



Artículo de investigación científica y tecnológica

Responsabilidad en salud y factores asociados en adultos de la Regional Norte de Santander, Colombia

Health responsibility and associated factors in adults in the Norte de Santander region, Colombia

Mayra Alejandra Barajas-Lizarazo¹, Lennys Soley Carvajal-Suárez²

Para citar este artículo: Barajas-Lizarazo MA, Carvajal-Suárez LS. Responsabilidad en salud y factores asociados en adultos de la Regional Norte de Santander, Colombia. Duazary. 2024;21:172-83. <https://doi.org/10.21676/2389783X.6054>

Recibido en julio 24 de 2024

Aceptado en septiembre 29 de 2024

Publicado en línea en septiembre 30 de 2024

RESUMEN

Introducción: los adultos son colectivos autónomos de las conductas que adoptan para asumir la responsabilidad sobre su salud. Sin embargo, diversos factores pueden influir en ese propósito. **Objetivo:** identificar las prácticas de responsabilidad en salud y los factores asociados en los adultos de la Regional Norte de Santander, Colombia. **Método:** se efectuó un estudio transversal, de correlación, en el que se incluyeron personas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó un cuestionario estructurado respecto a la frecuencia con que asumen comportamientos de responsabilidad en salud y variables sociodemográficas. **Resultados:** participaron 547 adultos con edades comprendidas entre 18 a 84 años, en quienes se evidenció que sólo algunas veces, casi nunca o nunca, efectuaron las prácticas de responsabilidad en salud; se encontraron diferencias estadísticamente significativas con algunas de las características sociodemográficas evaluadas. **Conclusiones:** factores como el sexo, género, curso de vida, último nivel de escolaridad, la actividad laboral actual, y el régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se relacionaron con las prácticas de responsabilidad en salud de los adultos de la regional de Norte de Santander Colombia participantes de la investigación.

Palabras clave: salud; adulto; Colombia; estudio transversal.

ABSTRACT

Introduction: Adults are autonomous groups regarding the behaviors they adopt to take responsibility for your health. However, several factors can influence this purpose. **Objective:** To identify health responsibility practices and associated factors in adults in the Norte de Santander Region, Colombia. **Method:** A cross-sectional correlation study was carried out in which people were included through a non-probabilistic convenience sampling. A structured questionnaire was used regarding the frequency with which they assume responsible health behaviors and sociodemographic variables. **Results:** 547 adults between the ages of 18 and 84 participated, in whom it was evident that they only sometimes, almost never or never carried out health responsibility practices; statistically significant differences were found with some of the sociodemographic characteristics evaluated. **Conclusions:** Factors such as sex, gender, life course, last level of schooling, current work activity, and the affiliation regime to the General Social Security Health System were related to the health responsibility practices of adults in Norte de Santander region, Colombia participate in the investigation.

Keywords: Health; Adult; Colombia; Cross-sectional study.

1. Universidad de Pamplona. Pamplona, Colombia. Correo: mayra.barajas@unipamplona.edu.co - <https://orcid.org/0000-0002-1583-4214>
2. Universidad de Pamplona. Pamplona, Colombia. Correo: lennys.carvajal@unipamplona.edu.co - <http://orcid.org/0000-0001-5591-3155>

INTRODUCCIÓN

La responsabilidad en salud es una de las dimensiones que integra el concepto de estilos de vida saludables, constituye las prácticas de autocuidado que adoptan las personas para la obtención del bienestar y una mejor calidad de vida,¹ consiste en la participación activa en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.² Implica la capacidad de los individuos, familias y comunidades para enfrentar, con o sin ayuda de un profesional, los procesos de salud y de enfermedad.³

La enfermera Nola Pender, ha sido una de las pioneras en promocionar el concepto de responsabilidad en salud, esto abarca la atención dedicada a la salud personal, la búsqueda de conocimientos sobre temas de salud y la práctica de un enfoque informado al buscar ayuda profesional.⁴

De hecho, la literatura preceptúa que el autocuidado y la responsabilidad en salud están estrechamente relacionados, ya que se construyen mediante hábitos intencionados que efectúan las personas, sin previa reflexión; y las acciones deliberadas que surgen a partir de experiencias significativas, que inducen a que las personas las adopten sin que las tuvieran planeadas.⁵

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud,³ reconoce que una de las prácticas de autocuidado es la responsabilidad que tienen las personas frente a su propia salud, establece que es un factor determinante para promover la atención primaria y para mejorar los resultados e indicadores de salud, tales como favorecer mayor cobertura y acceso, reducir las desigualdades de salud, obtener mayor equidad en la calidad de los servicios, mejorar los resultados en materia de derechos humanos y sociales, reducir el costo y utilizar de manera más eficiente los servicios y recursos de salud.

Los adultos son colectivos responsables y autónomos de las conductas que adoptan para autocuidarse.⁶ Entre ellas se cuentan: la práctica de ejercicio, alimentación saludable, adherencia a la medicación, asistencia a los servicios de salud,⁷ medición de la tensión arterial, monitorización de la glucosa, documentarse en temas de salud, estar atentos a los síntomas extraños que produzca el cuerpo, expresar sentimientos y discutir con profesionales expertos los asuntos de la salud. En consecuencia, ser responsables de la propia salud no implica sólo una conducta individual, allí también se involucra el apoyo emocional y social ofrecido por la familia, los amigos y los profesionales de la salud.⁸

Es por ello que, en el contexto de la salud pública, el plan de intervenciones colectivas se ha convertido en una de las estrategias que tiene como propósito impactar positivamente los determinantes sociales de la salud a través de los planes de promoción de la salud y gestión de riesgos.⁹

Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados por las organizaciones de Salud, los indicadores de morbilidad cada día van en aumento. Según el reporte de análisis de situación en salud de la Regional Norte de Santander (2022), igual que el municipio de Pamplona, las enfermedades no transmisibles son la primera causa de morbilidad, específicamente en los adultos.¹⁰

La literatura revela que existen factores que pueden influir en que las personas no adopten hábitos saludables y se responsabilicen de su propia salud, entre ellas, las experiencias desagradables, la carencia de motivación, la confianza, los hábitos por elección, el apoyo social y las barreras para acceder a los servicios de salud.¹¹ Así mismo, Udoudo *et al.*¹² refieren que el exceso de tareas laborales, la falta de tiempo y la inadecuada remuneración también son factores de riesgo que conlleva a la no adherencia de prácticas saludables.

En efecto, el responsabilizarse de la propia salud es un tema transversal para abordar a través de la promoción y el mantenimiento de la salud, a personas que aparentemente están sanas; las que se encuentran en riesgo de enfermar; y las que ya padecen procesos patológicos.

Por lo tanto, la educación en materia de salud se ha convertido en una herramienta primordial para favorecer cambios de conductas y, por consiguiente, resultados óptimos en los indicadores de calidad de vida y bienestar.

Este estudio tuvo como propósito identificar las prácticas de responsabilidad en salud y los factores asociados en los adultos de la Regional Norte de Santander, Colombia.

MÉTODO

Tipo de estudio

La investigación correspondió a un estudio observacional, transversal, de correlación.

Área de estudio y población

El estudio fue desarrollado en la Regional Norte de Santander, Colombia, en el cual participaron hombres y mujeres adultos con residencia permanente en esta Regional.

Participantes

La muestra se seleccionó mediante un muestro no probabilístico por conveniencia. Para favorecer la representatividad de la muestra se efectuó el cálculo del tamaño muestral empleado el software Epidat 4.2, con base en un nivel de confianza del 95%, una prevalencia teórica máxima de 50% y un margen de error del 5%. La muestra final correspondió a 547 participantes que manifestaron su decisión de participar en el estudio, mediante la firma del consentimiento informado.

Instrumento

El Cuestionario de Perfil de Estilos de Vida (PEPS-I) propuesto y adaptado al español por Pender y colaboradores,¹³ conformado por 48 ítems y 6 dimensiones, con una confiabilidad y consistencia interna correspondiente a un Alpha de Cronbach de 0,94,¹⁴ ha demostrado ser una herramienta útil para identificar patrones de comportamiento saludables y no saludables en la población del contexto colombiano mediante el coeficiente alfa de Cronbach con un valor de 0,904.¹⁵ Para el presente estudio, específicamente se utilizó de dicho cuestionario la dimensión correspondiente a responsabilidad en salud, conformada por diez ítems tipo Likert, cada ítem con cuatro opciones de respuesta: nunca, a veces, frecuentemente y siempre. Esta dimensión evalúa aspectos relacionados con la capacidad para relatar al médico síntomas extraños relativos a la salud, el conocimiento del nivel de colesterol en la sangre, el empleo de medios educativos para conocer sobre el cuidado de la salud, la medición de la presión arterial, la asistencia a programas educativos sobre el mejoramiento de la salud y medioambiente, expresión de sentimientos positivos y la capacidad para identificar cambios físicos o señales de peligro. La confiabilidad y consistencia interna de la dimensión estudiada está representada con un alfa de Cronbach de 0,86.

Variable dependiente: responsabilidad en salud.

Variables independientes: sexo, identidad de género, curso de vida, estado civil, último nivel de escolaridad, actividad laboral actual, régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, beneficiario de programas sociales del Estado y programa social del Estado del cual es beneficiario.

Procedimiento y recolección de la información

La aplicación del cuestionario respecto a la dimensión de responsabilidad en salud se efectuó en línea a través de un formulario de *Google Forms* que fue diligenciado por entrevista personal por parte del equipo de investigación con el fin de asegurar la veracidad de la información suministrada por parte de los participantes. El tiempo promedio de aplicación del cuestionario fue de 25 minutos. Una vez recolectada la información, se procedió a descargar la base de datos en Excel para su posterior análisis.

Análisis estadísticos

Se utilizó el programa SPSS Versión 25.0 para el procesamiento estadístico de los datos. Las variables cuantitativas fueron analizadas mediante promedios y desviación estándar, y las variables cualitativas a través de frecuencias y proporciones. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson de contingencia para comprobar la independencia de frecuencias entre las categorías de las variables estudiadas, con significancia inferior al 0,05 para el análisis bivariado.

Declaración de aspectos éticos

La presente investigación se abordó con estricta confidencialidad y anonimato. La participación fue voluntaria y estuvo respaldada mediante el consentimiento informado siguiendo las normas establecidas en la declaración de Helsinki 2013,¹⁶ específicamente donde expone los principios éticos de la investigación en seres humanos y en el Artículo 11 de la Resolución # 8430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia.¹⁷ Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Empresa Social del Estado de Pamplona, mediante el oficio # 004 del 26 de abril del 2024.

RESULTADOS

Del total de la muestra objeto de investigación (n=547), la mayor proporción fueron mujeres adultas, solteras, con bachillerato completo y cuya actividad laboral actual es independiente. El rango de edad comprendió de 18 a 25 para 84 años (M=35; DE=14,9). La mayoría se encontraban afiliadas al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en las diferentes Entidades Promotoras de Salud de la red pública (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica en adultos de la Regional Norte de Santander.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	196	35,8
	Mujer	351	64,2
Identidad de género	Femenino	342	62,5
	Masculino	203	37,1
	Prefiere no decirlo	2	0,4
Curso de vida	Juventud (18 a 25 años)	245	44,8
	Adulto (26-59 años)	256	46,8
	Adulto mayor (60-84 años)	46	8,4
Estado civil	Casado (a)	85	15,5
	Divorciado (a)	19	3,5
	Soltero (a)	285	52,1
	Unión libre	138	25,2
	Viudo (a)	20	3,7

Último nivel de escolaridad	Primaria completa	42	7,7
	Primaria incompleta	44	8,0
	Bachillerato completo	187	34,2
	Bachillerato incompleto	57	10,4
	Educación superior completa	122	22,3
	Educación superior incompleta	89	16,3
	Ninguno	6	1,1
Actividad laboral actual	Empleado con contrato	103	18,8
	Independiente	205	37,5
	Trabajador (a) informal	52	9,5
	Desempleado (a)	104	19,0
	No aplica	83	15,2
Régimen de afiliación al SGSSS	Contributivo	160	29,3
	Subsidiado	372	68,0
	Ninguno	15	2,7
Beneficiario de programas sociales del Estado	Sí	123	22,5
	No	362	66,2
	No aplica	62	11,3
Programa social del Estado del cual es beneficiario	Colombia Mayor	11	2,0
	Compensación del IVA	9	1,6
	Familias en Acción	58	10,6
	Ingreso Solidario	2	0,4
	Jóvenes en Acción	38	6,9
	Ninguno	429	78,4

La mayor parte de las personas rutinariamente relataron al médico cualquier síntoma extraño relacionado con la salud (31,3%), y frecuentemente observaron al menos cada mes su cuerpo para detectar cambios físicos o señales de peligro (30,2%). Sin embargo, sólo en algunas ocasiones leyeron revistas o folletos relacionados con el cuidado de la salud (46,6%), consultaron a otro médico o buscaron otra opción cuando estaban de desacuerdo con el criterio del profesional asignado para el tratamiento médico (36,6%), se hicieron medir la presión arterial conociendo el resultado (32,9%), y encontraron maneras positivas para expresar los sentimientos (30%).

Pese a ello, nunca o casi nunca asistieron a programas educativos sobre el mejoramiento del medioambiente en donde vivían (47%), ni sobre el cuidado de la salud personal, no conocieron las cifras de colesterol en la sangre (43,3%), y no confrontaron con profesionales calificados las inquietudes respecto al cuidado de la salud (38,4%).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las prácticas de responsabilidad en salud con algunas características sociodemográficas evaluadas, entre las cuales se identificó que, las mujeres, los adultos que se identifican con el género femenino, quienes se encuentran en el curso de vida adulto mayor, cuyo último nivel de escolaridad correspondió a bachillerato o educación superior y los trabajadores informales son los que muestran una mejor responsabilidad en salud. Dicho comportamiento también se evidenció en los adultos afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y beneficiarios de programas sociales del Estado (Tabla 2).

Tabla 2. Relación de variables sociodemográficas y prácticas de responsabilidad en salud.

		A veces		Frecuente-mente		Nunca/ Casi nunca		Siempre/ Casi siempre		Total n	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Relataron al médico cualquier síntoma extraño relacionado con la salud											
Sexo	Hombre	73	37,2	49	25	26	13,3	48	24,5	196	0,00
	Mujer	94	2,6	113	32,1	21	5,9	123	35	351	
Género	Femenino	92	26,9	111	32,4	20	5,8	119	34,7	342	0,00
	Masculino	74	36,4	51	25,1	27	13,3	51	25,1	203	
	Prefiere no decirlo	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	2	
Curso de vida	Adulthood	70	27,3	82	32,0	15	5,9	89	34,8	256	0,03
	Adulto mayor	12	26,1	12	26,1	3	6,5	19	41,3	46	
	Juventud	85	34,7	68	27,8	29	11,8	63	25,7	245	
Último nivel de escolaridad	Primaria completa	17	40,5	9	21,4	5	11,9	11	26,2	42	0,00
	Primaria incompleta	15	34,1	8	18,2	8	18,2	13	29,5	44	
	Bachillerato completo	69	36,9	55	29,4	13	7,0	50	26,7	187	
	Bachillerato incompleto	14	24,6	12	21,1	7	12,3	24	42,1	57	
	Educación superior completa	19	15,6	48	39,3	9	7,4	46	37,7	122	
	Educación superior incompleta	31	34,8	29	32,6	4	4,5	25	28,1	89	
Ninguno	2	33,3	1	16,7	1	16,7	2	33,3	6		
Observaron al menos cada mes el cuerpo para detectar cambios físicos o señales de peligro											
Sexo	Hombre	69	35,2	51	26,0	29	14,8	47	24,0	196	0,01
	Mujer	93	26,5	114	32,5	33	9,4	111	31,6	351	
Género	Femenino	90	26,3	110	32,2	31	9,1	111	32,5	342	0,02
	Masculino	71	35,0	55	27,1	31	15,3	46	22,7	203	
	Prefiere no decirlo	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	2	
Último nivel de escolaridad	Primaria completa		33,3	8	19,0	8	19,0	12	28,6	42	0,01
	Primaria incompleta	17	38,6	9	20,5	9	20,5	9	20,5	44	
	Bachillerato completo	60	32,1	54	28,9	22	11,8	51	27,3	187	
	Bachillerato incompleto	20	35,1	11	19,3	6	10,5	20	35,1	57	
	Educación superior completa	22	18,0	47	38,5	11	9,0	42	34,4	122	
	Educación superior incompleta	28	31,5	34	38,2	4	4,5	23	25,8	89	
Ninguno	1	16,7	2	33,3	2	33,3	14	16,7	6		
Lectura de revistas o folletos relacionados con el cuidado de la salud											
Sexo	Hombre	89	45,4	27	13,8	69	35,2	11	5,6	196	0,00
	Mujer	166	47,3	65	18,5	60	17,1	60	17,1	351	
Género	Femenino	162	47,4	64	18,7	59	17,3	57	16,7	342	0,00
	Masculino	91	44,8	28	13,8	70	34,5	14	6,9	203	
	Prefiere no decirlo	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	
Último nivel de escolaridad	Primaria completa	19	45,2	5	11,9	16	38,1	2	4,8	42	0,00
	Primaria incompleta	22	50,0	8	18,2	12	27,3	2	4,5	44	
	Bachillerato completo	85	45,5	31	16,6	48	25,7	23	12,3	187	
	Bachillerato incompleto	28	49,1	5	8,8	18	31,6	6	10,5	57	

	Educación superior completa	54	44,3	27	22,1	16	13,1	25	20,5	122	
	Educación superior incompleta	45	50,6	16	18,0	15	16,9	13	14,6	89	
	Ninguno	2	33,3	0	0,0	4	66,7	0	0,0	6	
Consultaron a otro médico cuando estaban en desacuerdo con el criterio del profesional asignado											
Sexo	Hombre	69	35,2	36	18,4	68	34,7	23	11,7	196	0,00
	Mujer	131	37,3	76	21,7	78	22,2	66	18,8	351	
Se hicieron medir la presión arterial y conocieron el resultado											
Sexo	Hombre	70	35,7	25	12,8	83	42,3	18	9,2	196	0,00
	Mujer	110	31,3	83	23,6	84	23,9	74	21,1	351	
Género	Femenino	108	31,6	80	23,4	83	24,3	71	20,8	342	0,00
	Masculino	72	35,5	28	13,8	83	40,9	20	9,9	203	
	Prefiere no decirlo	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	
Curso de vida	Adulthood	79	30,9	55	21,5	78	30,5	44	17,2	256	0,02
	Adulto mayor	15	32,6	11	23,9	6	13,0	14	30,4	46	
	Juventud	86	35,1	42	17,1	83	33,9	34	13,9	245	
Actividad laboral actual	Desempleado(a)	29	27,9	19	18,3	41	39,4	15	14,4	104	0,01
	Empleado con contrato	29	28,2	19	18,4	32	31,1	23	22,3	103	
	Independiente	75	36,6	36	17,6	63	30,7	31	15,1	205	
	Trabajador(a) informal	26	31,3	24	28,9	13	15,7	20	24,1	83	
	No aplica	21	40,4	10	19,2	18	34,6	3	5,8	52	
Régimen afiliación al SGSSS	Contributivo	36	22,5	40	25,0	48	30,0	36	22,5	160	0,00
	Subsidiado	139	37,4	64	17,2	113	30,4	56	15,1	372	
	Ninguno	5	33,3	4	26,7	6	40,0	0	0,0	15	
Encontraron maneras positivas para expresar los sentimientos											
Sexo	Hombre	82	41,8	50	25,5	22	11,2	42	21,4	196	0,03
	Mujer	126	35,9	109	31,1	21	6,0	95	27,1	351	
Último nivel de escolaridad	Primaria completa	18	42,9	9	21,4	3	7,1	12	28,6	42	0,00
	Primaria incompleta	21	47,7	10	22,7	6	13,6	7	15,9	44	
	Bachillerato completo	79	42,2	56	29,9	15	8,0	37	19,8	187	
	Bachillerato incompleto	23	40,4	11	19,3	4	7,0	19	33,3	57	
	Educación superior completa	35	28,7	42	34,4	4	3,3	41	33,6	122	
	Educación superior incompleta	30	33,7	30	33,7	8	9,0	21	23,6	89	
	Ninguno	2	33,3	1	16,7	3	50,0	0	0,0	6	
Beneficiario programas del Estado	Si	39	31,7	33	26,8	13	10,6	38	30,9	123	0,04
	No	151	41,7	100	27,6	28	7,7	83	22,9	362	
	No aplica	18	29,0	26	41,9	2	3,2	16	25,8	62	
Régimen afiliación al SGSSS	Contributivo	55	34,4	39	24,4	13	8,1	53	33,1	160	0,01
	Subsidiado	146	39,2	112	30,1	30	8,1	84	22,6	372	
	Ninguno	7	46,7	8	53,3	0	0,0	0	0,0	15	
Conocimiento de las cifras de colesterol en la sangre											
Sexo	Hombre	63	32,1	21	10,7	97	49,5	15	7,7	196	0,00
	Mujer	94	26,8	72	20,5	140	39,9	45	12,8	351	
Género	Femenino	91	26,6	71	20,8	135	39,5	45	13,2	342	0,00
	Masculino	66	32,5	22	10,8	100	49,3	15	7,4	203	
	Prefiere no decirlo	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	2	

Curso de vida	Adulthood	76	29,7	49	19,1	98	38,3	33	12,9	256	0,00
	Adulto mayor	17	37,0	6	13,0	11	23,9	12	26,1	46	
	Juventud	64	26,1	38	15,5	128	52,2	15	6,1	245	
Último nivel de escolaridad	Primaria completa	7	16,7	9	21,4	23	54,8	3	7,1	42	0,02
	Primaria incompleta	17	38,6	7	15,9	15	34,1	5	11,4	44	
	Bachillerato completo	52	27,8	33	17,6	87	46,5	15	8,0	187	
	Bachillerato incompleto	23	40,4	2	3,5	23	40,4	9	15,8	57	
	Educación superior completa	35	28,7	28	23,0	40	32,8	19	15,6	122	
	Educación superior incompleta	22	24,7	14	15,7	45	50,6	8	9,0	89	
Régimen afiliación al SGSSS	Ninguno	1	16,7	0	0,0	4	66,7	1	16,7	6	0,00
	Contributivo	33	20,6	44	27,5	57	35,6	26	16,3	160	
	Subsidiado	120	32,3	48	12,9	170	45,7	34	9,1	372	
Confrontación con profesionales calificados de las inquietudes respecto al cuidado de la salud											
Sexo	Hombre	54	27,6	41	20,9	84	42,9	17	8,7	196	0,02
	Mujer	98	27,9	65	18,5	126	35,9	62	17,7	351	
Último nivel de escolaridad	Primaria completa	8	19,0	7	16,7	22	52,4	5	11,9	42	0,00
	Primaria incompleta	9	20,5	5	11,4	24	54,5	6	13,6	44	
	Bachillerato completo	50	26,7	41	21,9	75	40,1	21	11,2	187	
	Bachillerato incompleto	16	28,1	9	15,8	27	47,4	5	8,8	57	
	Educación superior completa	37	30,3	20	16,4	38	31,1	27	22,1	122	
	Educación superior incompleta	32	36,0	24	27,0	20	22,5	13	14,6	89	
Sexo	Ninguno	0	0,0	0	0,0	4	66,7	2	33,3	6	0,03
	Hombre	60	30,6	24	12,2	104	53,1	8	4,1	196	
Asistencia a programas educativos sobre el mejoramiento del medioambiente en donde vivían											
Sexo	Mujer	113	32,2	49	14,0	153	43,6	36	10,3	351	0,00
	Hombre	64	32,7	19	9,7	99	50,5	14	7,1	196	
Género	Mujer	129	36,8	64	18,2	111	31,6	47	13,4	351	0,00
	Femenino	125	36,5	61	17,8	109	31,9	47	13,7	342	
	Masculino	66	32,5	22	10,8	101	49,8	14	6,9	203	
Último nivel de escolaridad	Prefiere no decirlo	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,04
	Primaria completa	10	23,8	4	9,5	21	50,0	7	16,7	42	
	Primaria incompleta	16	36,4	4	9,1	23	52,3	1	2,3	44	
	Bachillerato completo	65	34,8	28	15,0	69	36,9	25	13,4	187	
	Bachillerato incompleto	16	28,1	10	17,5	27	47,4	4	7,0	57	
	Educación superior completa	53	43,4	22	18,0	32	26,2	15	12,3	122	
	Educación superior incompleta	32	36,0	15	16,9	33	37,1	9	10,1	89	
	Ninguno	1	16,7	0	0,0	5	83,3	0	0,0	6	

DISCUSIÓN

Los adultos de la regional de Norte de Santander, Colombia participes de la investigación, solo en algunas ocasiones realizan prácticas de responsabilidad en salud, para lo cual se evidenció que factores como el sexo, género, el curso de vida, último nivel de escolaridad, la actividad laboral actual, el régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y ser beneficiario de programas sociales del Estado, se relacionaron con el comportamiento asumido respecto al cuidado de sí mismos. Dicho resultado fue similar al estudio de Laricó¹⁸ quien encontró que tan solo en algunas ocasiones los adultos adoptaron comportamientos saludables para favorecer su propio bienestar.

Los hallazgos del presente estudio reportan que las mujeres fueron las que demostraron mejor responsabilidad en salud a diferencia de los hombres en todos los criterios evaluados, estos resultados son similares a lo expuesto por Santana-Zamudio,¹⁹ y Texeira *et al*,² quienes expusieron que los hombres fueron los que presentaron baja adherencia a las prácticas de responsabilidad en salud debido a las características hegemónicas, causas conductuales, prioridades de vida y sentimientos de miedo, generando asistencia a los servicios de salud solo cuando ya se está cursando la enfermedad y presentan complicaciones graves. No obstante, otro estudio realizado en estudiantes universitarios reportó que los hombres fueron los que mejor presentaron conductas saludables frente a la salud (84,8%) a diferencia de las mujeres.²⁰

Con relación al curso de vida, el estudio identifica que la población adulto mayor fue la que mejor describió conductas de responsabilidad sobre su propia salud específicamente en la práctica de consultar al médico ante cualquier síntoma relacionado con la salud (41,3%), resultados contrarios al estudio realizado por Matta *et al*,²¹ quienes describieron que del total de adultos mayores, tan solo el 16% presentaban responsabilidad en salud, pese a presentar enfermedades crónicas y versen comprometidos a asistir a los servicios de salud.

En cuanto al nivel de escolaridad, el estudio realizado por Contreras *et al*,²² establece que las personas que presentaron menor alfabetización en salud, estuvieron expuestas a mayores riesgos de padecer enfermedades. De hecho, los hallazgos obtenidos en el presente estudio, revelan que la mayoría de los participantes bachilleres demostraron tener mejor responsabilidad en salud en prácticas como relatar al médico síntomas extraños o cambios físicos del cuerpo y conocer los resultados relacionados con su salud. En este sentido, se destaca que disponer de un nivel educativo avanzado posibilita la disposición de información y de saberes más estructurados para la toma de decisiones responsables en el cuidado de la salud, aunque ello también depende de diversos factores vinculados al entorno y al contexto en el cual cada individuo se desarrolla.

Así mismo, vale la pena resaltar que el 97,3% de los participantes se encuentran afiliados al sistema general de seguridad social en salud y el 39% son beneficiarios a un programa del estado, teniendo la posibilidad de acceder a los servicios de salud no solo desde el componente clínico sino desde el abordaje psicosocial para facilitar herramientas positivas para expresar sentimientos. Estos hallazgos son similares al estudio de Medina,²³ quien reportó que el 88,9% de la población objeto de estudio se encuentra afiliada al sistema de salud y cuenta con diversidad de atenciones en salud, no obstante, tan solo en algunas ocasiones realizan prácticas saludables relacionadas con la salud.

De igual manera, los trabajadores informales mostraron una mejor responsabilidad en salud específicamente en la práctica de la medición de la presión arterial (24,1%), a diferencia de las personas que cuentan con empleo con contrato, los independientes y desempleados; este comportamiento difiere de los hallazgos reportados en la investigación publicada sobre estilos de vida en trabajadores informales, en la cual se reportó que el 85,3% de los participantes no practicaban conductas saludables especialmente en lo relacionado con la asistencia a controles de salud.²⁴

En efecto, las prácticas inadecuadas de responsabilidad en salud en relación con la medición de la tensión arterial, el conocimiento de las cifras de colesterol sanguíneo, la dieta desequilibrada con exceso de sodio, grasas saturadas y ácidos grasos trans, el consumo elevado de carbohidratos refinados, el sedentarismo, la predisposición genética, el estrés físico y mental, son factores que contribuyen a la generación de hipertensión arterial y otras enfermedades de tipo cardiovascular.²⁵

Bajo este contexto, en este estudio se identificó que tanto los hombres como las mujeres nunca y casi nunca tienen conocimiento de las cifras de colesterol en la sangre, resultados similares al estudio de Chalapud-Narváez *et al.*,²⁶ quienes reportaron que la mayoría de los participantes presentaron hábitos poco saludables, donde el 67,2% nunca se han monitorizado los niveles de colesterol en sangre.

En este sentido, generar procesos educativos que permitan a las personas conocer, identificar y asumir su papel corresponsable en el cuidado de la salud, representa un pilar fundamental en el contexto de la salud pública para la realización de hábitos y comportamientos saludables, lo cual se traduce en la obtención de resultados positivos en torno al fortalecimiento y mantenimiento de factores protectores.²⁷ De hecho, los pacientes con enfermedades no transmisibles que reciben educación terapéutica mejoran los hábitos de vida, con una influencia positiva en las conductas de autocuidado.²⁸

Entre las fortalezas de este estudio se destaca que será un insumo fundamental para apoyar el desarrollo de futuras investigaciones en relación con la generación de conductas de responsabilidad para el cuidado de la salud, considerando la influencia de características sociodemográficas que deben abordarse en correspondencia con las particularidades de los diferentes contextos. Adicionalmente, aporta elementos trascendentales en salud pública para la planificación, ejecución y evaluación de estrategias de intervención interinstitucionales e intersectoriales en el marco de la promoción de la salud y prevención de enfermedades para individuos y colectividades. Sin embargo, por ser transversal en este estudio no se efectuó la medición de los mecanismos causales, por lo cual se sugiere realizar investigaciones adicionales.

CONCLUSIONES

Factores como el sexo, género, curso de vida, último nivel de escolaridad, la actividad laboral actual, y el régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se relacionaron con las prácticas de responsabilidad en salud de los adultos de la regional de Norte de Santander Colombia participantes de la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A cada uno de los participantes que formaron parte de este estudio.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

MABL realizó la búsqueda de la literatura, análisis de los datos, elaboración del cuerpo del manuscrito, revisión y aprobación.

LSCS participó en el análisis de los datos, organización de los resultados y elaboración del cuerpo del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Cancio C, Lorenzo A, Alarco G. Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Inf Psicol*. 2020;20:119-38. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>
2. Texeira J, Lima M, Krull B, Guerra N. Percepções sobre o autocuidado masculino: Uma revisão de literatura. *Braz J Dev*. 2021;7:20766-77. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-631>
3. Organización Mundial de la Salud. Autocuidado para la salud y el bienestar. Ginebra: OMS; 2024.
4. Pender, N, Murdaugh C, Parsons, M. Health promotion in nursing practice. Canadá: Pearson Education; 2018.
5. Arenas-Monreal L, Jasso-Arenas J, Campos-Navarro R. Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Global Health Prom*. 2011;18:42-8. <https://doi.org/10.1177/1757975911422960>
6. Vargas G, Lozano M, Quijije R. Aproximación teórica del autocuidado del adulto mayor y los paradigmas de enfermería. *Univ Cienc Tecnol*. 2020;1:37-43.
7. Riegel B, Jaarsma T. Recognizing the complexity of self-care. *Int J Nurs Stud*. 2021;116:103908. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103908>
8. Ardón-Mejía D, López-Rodríguez D. Relación del autocuidado y grado de desequilibrio metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. *Rev Metrop Cienc Apl*. 2024;7:102-11.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de Intervenciones Colectivas. Bogotá: Ministerio de Salud; 2022.
10. Instituto Departamental de Salud Norte de Santander. Análisis de situación de salud con el modelo de determinantes Sociales. Cúcuta: Observatorio Departamental de Salud; 2022.
11. Moya-Martínez L. Plan de cuidados basado en la teoría de rango medio del autocuidado de las enfermedades crónicas. *Ene*. 2022;16:1309.
12. Udoudo D, Agu C, Lawrence E, Woolcock A, Emanuel M, Kahwa E. Factors influencing nurses' self-care practices. *J Holist Nurs*. 2023;41:285-93. <https://doi.org/10.1177/08980101221119776>
13. Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nurs Res*. 1990;39:268-73.
14. Pérez B, Pérez A, Laviada J, Meda R, Monroy I. Propiedades psicométricas del perfil de estilos de vida en muestra mexicana. *Rev Psicol Salud*. 2024;12:131-48. <https://doi.org/10.21134/pssa.v12i1.115>
15. Esparragoza D, Martínez D, Linás J. Estilos de vida saludable en estudiantes de administración de empresas en el marco de la COVID-19. *Revinv*. 2023;18:45-60. <https://doi.org/10.33304/revinv.v18n1-2023003>
16. Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Ferney-Voltaire: AMM; 2013.
17. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
18. Larico S. Factores de riesgo de enfermedades no transmisibles relacionados con los estilos de vida de personas adultas, Centro de Salud Capachica 2023 [Trabajo de grado Licenciatura en Enfermería]. Perú: Universidad Privada San Carlos. Facultad de Salud; 2024.
19. Santana-Zamudio P. Roles de género y su impacto en la salud de hombres y mujeres. [Reporte Servicio Social]. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana. Departamento de Atención en Salud; 2021.
20. Gutiérrez H, Cuadra M, Paz E, Izquierdo M, Córdova F, Gutiérrez J. Estilos de vida por sexo en estudiantes de ingeniería de la Universidad Nacional de Trujillo. *Rev. Investig. Estad*. 2022;4:47-56

21. Matta M, Santisteban G. Estilos de vida en adultos mayores con hipertensión en la Asociación Santa Rosa - Los Olivos - Lima, 2021 [Trabajo de Grado Licenciatura en Enfermería]. Lima: Universidad Cesar Vallejo. Facultad de Ciencias Médicas; 2021
22. Contreras V, Arroyo H. Alfabetización en salud y los determinantes sociales de la salud en Latinoamérica y el Caribe: un análisis contextual. In: Marco competencial en promoción y educación para la salud: experiencias iberoamericanas. Madrid: Dykinson; 2021. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1ks0g1t>
23. Medina R. Factores sociodemográficos y acciones de prevención Y promoción asociado al Comportamiento de la Salud [Trabajo de Grado Licenciatura en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Facultad de salud; 2020.
24. Mendinueta-Martínez M, Herazo-Beltrán Y, Fernández-Barrios J, Hernández T, Garzón O, Escorcía N, et al. Estilos de vida en trabajadores del sector informal. Arch Venez Farmacol Ter. 2020;39:121-5. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4068209>
25. Pilozo E, Pincay M, Pesantes A. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en el centro de salud Jipijapa. Rev Inv Educ Salud. 2023;2:86-98. <https://doi.org/10.47230/unsum-salud.v2.n1.2023.86-98>
26. Chalapud-Narváez L, Molano-Tobar N, Roldán-González E. Estilos de vida saludable en docentes y estudiantes universitarios. Retos. 2022;44:477-84.
27. De La Guardia-Gutiérrez M, Ruvalcaba J. Health and its determinants, health promotion and health education. J Negat Posit Result. 2020;5:81-90. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
28. Lee SK, Shin DH, Kim YH, Lee KS. Effect of diabetes education through pattern management on self-care and self-efficacy in patients with type 2 diabetes. Int J Environ Res Public Health. 2019;16:3323. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183323>