

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL

# Análisis de la relación entre recursos de apoyo y chequeos médicos regulares entre mujeres vietnamitas de edad mediana

## Examining The Relationship Between Support Resources And Regular Health Check-ups Among Vietnamese Middle-aged Women

**Thuy Bich Luong.** Faculty of Sociology and Social Work, University of Social Sciences and Humanities, Vietnam National University, Hanoi, Vietnam.

Email: [luongbichthuy@gmail.com](mailto:luongbichthuy@gmail.com) or [thuylb@vnu.edu.vn](mailto:thuylb@vnu.edu.vn), <https://orcid.org/0000-0001-6954-7977>

**Lam Quang Truong.** Faculty of Psychology, University of Social Sciences and Humanities, Vietnam National University, Hanoi, Vietnam.

Email: [lamtq.psy@gmail.com](mailto:lamtq.psy@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-7245-9799>

**Ha Thi Thu Nguyen.** Assoc, Faculty of Sociology and Social Work, University of Social Sciences and Humanities, Vietnam National University, Hanoi, Vietnam.

Email: [hanguyenthuxhh@gmail.com](mailto:hanguyenthuxhh@gmail.com), <https://orcid.org/0009-0006-7125-8078>

**Hanh Hong Vu.** PhD Candidate. Program in Social Work, University of Social Sciences and Humanities, Vietnam National University, Hanoi; Currently working at School of Law and Development Management, Thu Dau Mot University, Vietnam.

Email: [hanhvh@tdmu.edu.vn](mailto:hanhvh@tdmu.edu.vn), <https://orcid.org/0009-0002-0063-9624>

**Recibido:** 26 de mayo de 2025.

**Aceptado:** 3 de junio de 2025.

**Conflictos de intereses:** Ninguno.

**DOI:** <https://doi.org/10.71164/socialmedicine.v19i1.2026.2185>

### Resumen.

**Antecedentes.** Los chequeos médicos regulares son vitales para la atención preventiva, pero siguen siendo infrutilizados entre las mujeres vietnamitas de edad madura. Este estudio investiga cómo diversos tipos de recursos de apoyo influyen sobre su participación en chequeos regulares. **Métodos.** Se levantaron los datos mediante una encuesta de 494 mujeres de entre 40 y 60 años en el norte de Vietnam. Se utilizó una regresión logística para identificar los predictores de la realización de chequeos médicos regulares. **Resultados.** 50.2% de las participantes reportó someterse a revisiones médicas regulares. La edad y la educación no fueron predictores significativos. Sin embargo, las mujeres que viven en zonas urbanas, las que tienen un horario laboral fijo y las jubiladas obtuvieron una mayor probabilidad de someterse a revisiones médicas regulares que las mujeres rurales y las que trabajan por cuenta propia. El apoyo de familiares, amigas y amigos y recursos basados en políticas y servicios aumentó significativamente la probabilidad de participar en las revisiones ( $\beta = 1.593$  y  $2.110$ , respectivamente). **Conclusión.** Las redes de apoyo desempeñan un papel crucial en el fomento de conductas favorables a la salud preventiva. Mejorar las estrategias de comunicación y el acceso a recursos basados en políticas de salud es esencial, especialmente entre mujeres desfavorecidas, para promover el mantenimiento regular de su salud.

**Palabras clave.** Recursos de apoyo; chequeos de salud regulares; mujeres de mediana edad; apoyo social.

### Abstract

**Background.** Regular health check-ups are vital for preventive healthcare, but remain underutilized among Vietnamese middle-aged women. This study investigates how various types of supportive resources influence their engagement in regular check-ups. **Methods.** Survey data were collected from 494 women aged 40–60 in northern Vietnam. Logistic regression was used to identify predictors of regular health check-up behaviors. **Results.** Among participants, 50.2% reported undergoing regular check-ups. Age and education were not significant predictors. However, women living in urban areas, those with fixed working hours, and retirees were more likely to have regular check-ups than their rural and self-employed counterparts. Support from family, friends, and policy/service-based resources significantly increased the likelihood of check-up participation ( $\beta = 1.593$  and  $2.110$ , respectively). **Conclusion.** Supportive networks play a crucial role in encouraging preventive health behaviors. Enhancing communication strategies and access to policy-based resources is essential, particularly for disadvantaged women, to promote regular health maintenance.

**Keywords:** Support Resources; Regular Health Check-ups; Middle-aged Women; Social Support.



## Introducción

En la actualidad, las enfermedades no transmisibles (ENT) se han convertido en una preocupación y una carga importante para los sistemas de cuidado a la salud en muchos países del mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ENT matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale a 74%. Cada año, 17 millones mueren a causa de una ENT antes de los 70 años. Las principales causas de muerte incluyen: enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, que, en conjunto, representan más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT.<sup>1</sup> En particular, su carga se ha desplazado cada vez más a los países de ingresos bajos y medios en los últimos años, 86% de estas muertes prematuras se producen en estas regiones.<sup>1,2</sup> Vietnam es uno de los países que se enfrenta a una carga creciente de ENT debido a su rápido crecimiento económico y proceso de urbanización. Las estimaciones oficiales nacionales del Ministerio de Salud de Vietnam indican que las muertes relacionadas con ENT representaron 73% en 2014, 63% en 2016 y 80% en 2018.<sup>4</sup>

La OMS también enfatiza que detección, cribado y tratamiento son tres componentes clave en la respuesta a éstas.<sup>1</sup> Estas medidas pueden implementarse eficazmente mediante chequeos médicos regulares.<sup>2</sup> Varios estudios han destacado sus beneficios, incluyendo la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la reducción de las tasas de mortalidad.<sup>2,5</sup> Los chequeos médicos rutinarios ayudan a detectarlas en una etapa temprana o a identificar factores de riesgo modificables, lo que permite un tratamiento oportuno, en particular para las ENT. Este enfoque puede reducir las tasas de morbilidad y mortalidad,<sup>6</sup> a la vez que mejora las de supervivencia para las y los pacientes.<sup>7</sup> Además, estos chequeos médicos regulares contribuyen a acortar las hospitalizaciones futuras, reducir las pérdidas económicas personales y los costos del sistema médico nacional, en general, mejorando la salud y la calidad de vida.<sup>8</sup> Los chequeos médicos regulares también se reconocen como una práctica esencial de autocuidado.<sup>9</sup>

Varios estudios han examinado los factores que influyen en las decisiones de someterse a controles de salud. Los hallazgos indican que las características demográficas, factores del estilo de vida y el historial médico impactan significativamente los comportamientos hacia los controles de salud.<sup>10,11</sup> Numerosos estudios han

informado que los hombres tienen menos probabilidades que las mujeres de someterse a controles de salud regulares.<sup>12,13</sup> Algunas investigaciones sugieren que las personas mayores tienen más probabilidades de participar en dichos exámenes,<sup>14</sup> mientras que otras no han encontrado diferencias significativas entre los grupos de edad.<sup>15,16</sup> Las personas con menores ingresos, menor estatus socioeconómico, en desempleo o con niveles educativos más bajos, generalmente tienen menos probabilidades de someterse a tales controles.<sup>17</sup> Sin embargo, algunos estudios no han encontrado correlación entre nivel educativo y participación en controles de salud.<sup>18</sup> El estado civil también se ha identificado como un factor influyente, las personas solteras tienen menos probabilidades de participar.<sup>17,19</sup> Además, se ha descubierto que la distancia geográfica con respecto a los centros de atención médica influye en las decisiones al respecto.<sup>8</sup> La falta de confianza en la calidad y la competencia de los proveedores de atención médica, especialmente en puestos de salud locales, también actúa como una barrera.<sup>20,21,22</sup> Además, las personas con redes de apoyo social limitadas tienen menos probabilidades de someterse a pruebas de salud regulares.<sup>17,23</sup> Otra barrera importante son las preocupaciones relacionadas con el miedo, como la ansiedad por descubrir una enfermedad grave, las posibles consecuencias y el miedo a los tratamientos médicos.<sup>6,17</sup>

En Vietnam, el monitoreo médico se considera una política de cuidado a la salud para quienes trabajan en organizaciones privadas y públicas, así como para las y los jubilados. Según las recomendaciones del Ministerio de Salud de Vietnam, se deben realizar chequeos médicos regulares al menos cada seis meses.<sup>8</sup> Sin embargo, las tasas de participación siguen siendo bajas: 51.2% de los residentes urbanos,<sup>24</sup> y una tasa significativamente menor, de 24%, en las zonas montañosas del norte.<sup>8</sup>

Las pruebas de monitoreo médico se han estudiado ampliamente en todo el mundo, así como en Vietnam. Estudios previos han analizado los hábitos de monitoreo en diferentes grupos poblacionales, identificando predictores clave como creencias sobre la salud, barreras y características sociodemográficas, no obstante, persisten varias lagunas. En primer lugar, la investigación ha explorado sobre todo la relación entre la regularidad del monitoreo médico y los recursos de apoyo. En segundo lugar, la mayoría de los estudios se han centrado en la población general, adultos jóvenes o personas mayores, lo

que deja una brecha en la comprensión de los hábitos de chequeos médicos de las mujeres vietnamitas de mediana edad. Por lo tanto, este estudio busca explorar la relación entre las creencias sobre la salud, los recursos de apoyo y los chequeos médicos regulares en mujeres vietnamitas de mediana edad.

## Metodología

### *Consideración ética y procedimiento*

Este estudio fue aprobado por la Universidad de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Nacional de Vietnam, Hanói, donde trabaja el investigador principal. En esta encuesta, se desarrolló un cuestionario que incluía preguntas sobre su participación en el monitoreo médico regular, una autoevaluación de recursos de apoyo para el autocuidado y ciertas características demográficas. El equipo de investigación desarrolló una escala para evaluar los recursos de apoyo para el autocuidado.

La investigación se realizó en dos lugares: Hanoi y Quang, Provincia de Ninh, en el norte de Vietnam. El equipo de investigación colaboró con la Unión de Mujeres a nivel de distrito y comuna de estas zonas para invitar a las de mediana edad a participar (de 40 a 60 años). En nuestra invitación, presentamos los objetivos y procedimientos del estudio, así como los posibles beneficios y riesgos para las participantes. Declaramos explícitamente que la participación era totalmente voluntaria y que podían retirarse en cualquier momento, que su información se utilizaría exclusivamente con fines de investigación y se mantendría confidencial.

Un total de 494 mujeres aceptaron formar parte y completaron la encuesta. Entrevistadoras capacitadas realizaron la encuesta utilizando el cuestionario en un centro comunitario. Cada entrevista duró entre 20 y 30 minutos, recibiendo las participantes un pequeño incentivo al finalizarla.

### *Medidas*

**Chequeo de salud regular.** Se preguntó a las participantes: ¿Con qué frecuencia se realiza un chequeo médico general? Las opciones de respuesta incluían: cada seis meses, una vez al año, nunca se ha realizado un chequeo médico o solo cuando no se encuentra bien. En el análisis de

datos con SPSS, el equipo de investigación reorganizó esta variable en dos categorías: quienes se realizan chequeos médicos periódicos y quienes no.

**Recursos de apoyo.** El equipo de investigación desarrolló una escala relacionada con los recursos de apoyo, para evaluar los principales para el autocuidado de las mujeres de mediana edad. Esta escala constó de 15 elementos divididos en dos ámbitos:

(i) Apoyo de familiares, así como de amigas y amigos (siete elementos): abarca actividades tales como dar ánimo, asistencia en el hogar, apoyo financiero, atención médica, apoyo informativo y acceso a servicios.

(ii) Apoyo mediante políticas y servicios (seis elementos): servicios de atención a la salud y difusión de información médica en clínicas locales dentro de la comunidad (por ejemplo, "Mis servicios de atención de salud locales son integrales y de buena calidad"); y políticas de atención a la salud existentes, relacionadas con el cuidado a la salud de las mujeres.

Las participantes evaluaron los elementos descritos sobre una escala de Likert de 5 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 2 = parcialmente en desacuerdo; 3 = parcialmente de acuerdo; 4 = bastante de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo). El alfa de Cronbach para la escala general fue de 0.907, con fiabilidades de subescala de 0.895 y 0.856, respectivamente. El análisis factorial arrojó un índice KMO de 0.878, con un valor p de la prueba de Bartlett < 0.001.

**Datos demográficos.** Las características demográficas incluyeron: residencia (0 = urbana; 1 = rural); edad (40-60 años); situación laboral (0 = autónoma; 1 = eventual; 2 = jubilada); nivel educativo (0 = bachillerato o inferior; 1 = universitario o superior).

### *Análisis de datos*

Los datos se analizaron con el programa SPSS versión 22.0. Además del análisis descriptivo, se aplicaron dos modelos de regresión logística para examinar los hábitos de monitoreo de la salud entre estas mujeres. En el primer modelo, se incluyeron las variables demográficas como predictores. En el segundo, se añadieron al modelo de regresión como factores predictores adicionales los recursos de apoyo.

**Tabla 1: Características clave de las variables estudiadas (N = 494)**

VARIABLES	Categorías	norte	%
Áreas residenciales	Urbano	271	54.9
	Rural	223	45.1
Situación laboral	Trabajadores por cuenta propia	256	51.8
	Empleo de horario fijo	118	23.9
	Jubilado	59	11.9
Nivel educativo	Intermedio y inferior	287	60.7
	Colegio, universidad y superior	186	39.3
Chequeo de salud regular	Chequeos de salud periódicos	248	50.2
	No hay controles de salud regulares	246	49.8
VARIABLES	Categorías	Metro	Dakota del Sur
Edad		48.0	5.67
Recursos de apoyo	Apoyo de familiares y amigos	3.59	0,71
	Soporte de políticas y servicios	3.19	0,83

Fuente: los datos de los cuadros son resultado de la encuesta.

## Resultados

### *Características descriptivas de las variables clave estudiadas*

El Cuadro 1 resume las características clave de las participantes y otras variables asociadas. Entre las 494 mujeres la edad promedio fue de 48 años; 54.9% residía en zonas urbanas y 60.7% tenía un nivel educativo de bachillerato o inferior. En cuanto a la situación laboral, la mayoría seguía trabajando (75.7 %).

Los resultados mostraron que 50.2% declaró someterse a chequeos médicos regulares, mientras que 49.8 % no lo hacía. No existe una diferencia significativa entre estas dos tasas.

En el Cuadro 1 también se presentan los recursos de apoyo para el autocuidado, informados por las propias mujeres. El apoyo de familiares, amigas y amigos fue calificado como el más alto (M = 3.59; DE = 0.71), seguido por los recursos de políticas y servicios (M = 3.19; DE = 0.83).

### *Relación entre recursos de apoyo y monitoreo médico periódico*

El Cuadro 2 presenta los resultados del análisis de regresión. En ninguno de los dos modelos la edad y el nivel educativo fueron predictores significativos de la regularidad del monitoreo.

En el Modelo 1, las mujeres urbanas tuvieron 2.11 veces más probabilidades de someterse a chequeos regulares, que sus contrapartes rurales. Las mujeres de mediana edad con empleos de horario fijo y las jubiladas tenían 6.13 y 4.39 veces más probabilidades de someterse a revisiones regulares, que las mujeres autónomas, respectivamente.

En el Modelo 2, tras añadir recursos de apoyo como predictores, los resultados demográficos se mantuvieron constantes. Las mujeres con empleos de horario fijo tuvieron 5.86 veces más probabilidades de realizarse chequeos regulares, que las trabajadoras autónomas, mientras que las jubiladas tuvieron 3.27 veces más probabilidades.

**Tabla 2: Modelo de regresión logística para diferentes tipos de controles de salud regulares entre mujeres vietnamitas de mediana edad.**

	Coeficiente estandarizado ( $\beta$ )			
	Modelo 1		Modelo 2	
	$\beta$	SE	$\beta$	SE
<b>Demografía</b>				
Edad	1.027	0.024	1.030	0.025
Nivel educativo (ref. Intermedio e inferior)				
<i>Colegio, universidad y superior</i>	0.746	0,298	0.604	0.311
Zonas residenciales (ref. Rural)				
<i>Urbano</i>	2.111*	0,234	1.714*	0,247
Situación laboral (ref. Autónomo)				
<i>Empleo de horario fijo</i>	6.130*	0.325	5.866*	0.336
<i>Jubilado</i>	4.390*	0.450	3.273*	0.481
<b>Recursos de apoyo</b>				
Apoyo de familiares y amigos			1.593*	0.200
Soporte de políticas y servicios			2.110*	0,197
<b>Estadística de resumen</b>				
Logaritmo de verosimilitud	470.403		433.005	
$\chi^2$ ( gl )	5		7	

Nota: \*  $p < 0,05$

En cuanto a recursos de apoyo, tanto el familiar como el político fueron predictores significativos para la regularidad de los controles de salud:

- El apoyo familiar y de amigas y amigos obtuvo un coeficiente positivo y estadísticamente significativo de 1.593 ( $p < 0.05$ ), lo que indica que las mujeres que reportaron un mayor apoyo tenían más probabilidades de realizarse controles regulares.
- El apoyo mediante políticas y servicios tuvo un coeficiente significativo de 2.110 ( $p < 0.05$ ), lo que sugiere que las mujeres que percibieron un mayor apoyo, como disponibilidad de servicios de atención de salud de calidad, tenían más probabilidades de someterse a controles regulares.

El valor de verosimilitud logarítmica disminuyó de 470.403 en el Modelo 1 a 433.005 en el Modelo 2, y la  $\chi^2$  aumentó de 5 a 7, lo que indica un ajuste mejorado del modelo con la inclusión de recursos de apoyo.

## Discusión

Este resultado de investigación muestra que la tasa de controles médicos regulares entre mujeres de mediana edad en el norte de Vietnam es comparable a la de las personas que no se someten a controles médicos regulares. Esta tasa es también similar a la de otro estudio realizado entre la población general, que incluye tanto hombres como mujeres de diferentes grupos de edad. En el estudio de Vuong en áreas urbanas, la tasa de controles médicos regulares fue solo de 51.2%.<sup>24</sup> Esta tasa fue incluso menor en la región montañosa del norte, donde solo 24% se sometió a controles médicos regulares.<sup>8</sup>

En otros países, como Arabia Saudita, solo el 34.3% de los adultos mayores y de mediana edad se sometieron a controles médicos regulares.<sup>25</sup> En Japón, la tasa de controles médicos regulares entre personas de 48 años o más fue de 38.4%.<sup>26</sup> La tasa de controles médicos regulares entre mujeres vietnamitas de mediana edad también es comparable a la de otros países de la región y del

mundo. Por ejemplo, en Alemania, la tasa de chequeos médicos regulares entre mujeres fue de 49.8%.<sup>27</sup> Quienes se someten a chequeos médicos regulares a menudo lo hacen porque se benefician de políticas de bienestar, regulaciones laborales o programas de jubilación; además, algunas personas buscan chequeos regulares para "sentirse más tranquilas".<sup>9,28</sup>

Por otro lado, varios factores contribuyen a que muchas personas no se realicen chequeos médicos regulares, como limitaciones financieras, falta de tiempo y apretadas agendas laborales, lo que las lleva a descuidarlos.<sup>9,24</sup> Además, la desconfianza en la calidad de los servicios de salud es otra razón para evitarlos.<sup>8,20,21,24</sup> Algunas personas también temen descubrirse una enfermedad grave durante un chequeo. Las mujeres, en particular, experimentan un conflicto interno: quieren saber si padecen una enfermedad, pero, al mismo tiempo, temen recibir un diagnóstico adverso. Como resultado, posponen los chequeos médicos regulares y solo buscan atención médica cuando aparecen los síntomas. El miedo a los exámenes médicos se ha documentado en diversos estudios.<sup>6,17</sup> Este es un problema importante, ya que los evita, aumentando el riesgo de enfermedades no diagnosticadas, ni tratadas. Además, junto con la omisión de los multi mencionados chequeos, el auto diagnóstico y el auto tratamiento son comunes. Estudios previos han demostrado que un alto porcentaje opta por estos enfoques alternativos.<sup>8</sup> Por lo tanto, concientizar y promover el monitoreo médico en la población general, especialmente entre mujeres de mediana edad, es un objetivo crucial para la salud pública.

Uno de los hallazgos clave de este estudio es que las mujeres de mediana edad reportaron recibir más apoyo para el autocuidado, en general, y para chequeos médicos regulares, en particular, de familiares, amigas y amigos, que de recursos de políticas y servicios. El modelo de regresión también indica que recibir apoyo de estas fuentes predice la probabilidad de someterse a chequeos regulares en este grupo de mujeres. La familia y el círculo cercano brindan diversas formas de apoyo, incluyendo estímulo emocional, asistencia financiera, información y cuidado directo. En Vietnam, donde los lazos comunitarios son fuertes,

las relaciones interpersonales son estrechas y el apoyo mutuo es altamente valorado, especialmente dentro de las familias, grupos de amigos, vecinos y colegas, por lo que dicho apoyo juega un papel crucial.

Además, el modelo de familia extendida, en el que las y los hijos viven con sus progenitores, sigue siendo común, reforzando las responsabilidades de cuidado mutuo entre las y los miembros de una familia. El apoyo familiar, en particular el de las y los miembros convivientes, es vital para fomentar las prácticas de cuidado a la salud, incluyendo los chequeos regulares, a través de dos aspectos clave: (i) El cuidado y el apoyo de los familiares permiten a las mujeres tener más tiempo para sí mismas, lo que influye en su decisión de someterse a monitoreo.

(ii) Además, las personas sienten la responsabilidad de cuidar de su propia salud, ya que esto repercute directamente en el bienestar de sus familiares. Cuando un familiar enferma, afecta significativamente la calidad de vida de todo el hogar.

(iii) Se han observado hallazgos similares en estudios realizados en países en desarrollo, donde el apoyo social de familiares, amigas, amigos y colegas desempeña un papel crucial en el autocuidado de las mujeres de mediana edad. Entre estas fuentes, los cónyuges suelen ser los que más influyen y brindan el apoyo más cercano.<sup>19</sup> Por lo tanto, los profesionales del trabajo social deberían priorizar estos sistemas de apoyo al diseñar programas de intervención para individuos, grupos y comunidades.

Los hallazgos de nuestra investigación también indican que las mujeres que viven en áreas urbanas tienen más probabilidades de someterse a un monitoreo de salud en comparación con las de las áreas rurales. Esto puede explicarse por las siguientes razones:

(i) Las mujeres en áreas urbanas tienen mejor acceso a los servicios de atención médica, ya que las ciudades albergan numerosos hospitales y centros médicos importantes. El área urbana examinada en este estudio es el centro de la ciudad de Hanoi, la capital de Vietnam. Hanoi ofrece una amplia gama de instalaciones médicas, incluidos hospitales públicos y privados, hospitales generales y especializados, e instituciones que van

desde hospitales de nivel 1 hasta hospitales nacionales de primer nivel.

Por el contrario, las regiones rurales y montañosas, incluidas las áreas encuestadas, enfrentan limitaciones significativas. En estas áreas, las personas que buscan pruebas clínicas generalmente visitan los puestos de salud comunales locales, que son las instalaciones médicas más cercanas, o los hospitales a nivel de distrito. Sin embargo, hay una grave escasez de personal de atención médica y equipo médico en estos puestos, especialmente en regiones remotas, lo cual desalienta a someterse a un monitoreo periódico.<sup>8</sup> Por tanto, disponibilidad y calidad en los centros de salud son factores clave que influyen en la decisión de procurarse servicios médicos. Este hallazgo coincide con estudios previos realizados en Vietnam.<sup>8,20,21,22</sup>

(ii) En este estudio, 40.1% de las mujeres encuestadas trabajaban en puestos con horario fijo. El empleo con horario regular se identificó como un factor predictivo para la realización de chequeos médicos entre las mujeres del estudio en ambos modelos de regresión. Las que tienen entornos laborales regulados suelen beneficiarse de las políticas de bienestar laboral, que incluye un chequeo médico anual. Esta política es una de las principales razones por las que las y los vietnamitas se someten a chequeos médicos regulares.<sup>9,28</sup>

En el marco de este estudio, el nivel educativo y la edad no fueron predictores estadísticamente significativos para la realización de chequeos médicos. Este resultado concuerda con los hallazgos de estudios previos.<sup>15,16,18</sup>

### Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados. En primer lugar, utilizó un método de muestreo por conveniencia y se llevó a cabo en dos provincias del norte de Vietnam. Por lo tanto, es posible que los hallazgos no sean generalizables a mujeres de otras regiones. En segundo lugar, nuestra investigación se centra en análisis de datos cuantitativos, lo que puede limitar la profundidad de las perspectivas y explicaciones sobre las características psicológicas y sociales de las mujeres en la muestra. Por tanto, se necesita

investigación cualitativa adicional para obtener una comprensión más completa sobre el tema. Finalmente, este estudio se basa en datos autoinformados, lo que puede introducir un sesgo de recuerdo. A pesar de estas limitaciones, nuestros hallazgos aportan datos valiosos sobre la atención médica entre este grupo de mujeres. Estos resultados también pueden servir como referencia para el desarrollo de programas de intervención en atención médica para este grupo en el contexto actual.

### Conclusión

Nuestro análisis revela que factores como edad y nivel educativo no muestran una correlación significativa con los chequeos médicos regulares. Sin embargo, los factores que sí influyen incluyen las características demográficas, como el lugar de residencia y la situación laboral, así como los recursos de apoyo para el autocuidado a nivel micro (familia y amigos), así como a nivel de políticas y servicios.

Con base en estos hallazgos, proponemos las siguientes recomendaciones para promover el monitoreo de la salud, en particular, y prácticas de autocuidado, en general, entre las mujeres de mediana edad:

(i) Fortalecimiento de las intervenciones: las y los trabajadores sociales deben centrarse en empoderar a las personas aprovechando los recursos disponibles, especialmente a nivel micro, para fomentar conductas de autocuidado. Además, debe impulsarse con firmeza la mejora de los servicios de salud, especialmente en las zonas rurales. Es necesario invertir en la modernización de la infraestructura sanitaria, en garantizar quipos y suministros médicos adecuados para los centros de salud rurales y en mejorar la calidad y fiabilidad de los servicios de salud locales para fomentar su utilización.

(ii) Fomento de la concientización: se deben de implementar estrategias de comunicación eficaces sobre los beneficios y la necesidad de estos chequeos.

(iii) Ampliación de la cobertura del servicio médico nacional para chequeos médicos regulares: como impulsores clave de los chequeos médicos tenemos las políticas de bienestar en el lugar de

trabajo. Sin embargo, las y los trabajadores autónomos que no están afiliados a organizaciones específicas, no se benefician de estas políticas. Según la actual Ley de Seguro Médico de Vietnam, los chequeos no están cubiertos, lo que supone una barrera para promover el comportamiento. Si las pólizas de seguro médico incluyeran un cierto porcentaje de cobertura para éstos entre grupos específicos de las personas aseguradas, se podría fomentar significativamente el monitoreo entre la población general y, en particular, entre las mujeres de mediana edad. Facilitar la detección y el tratamiento temprano de enfermedades, reduciría la carga de enfermedades graves y maximizaría la eficacia de la atención proactiva a la salud. Un enfoque proactivo no solo mejora la salud individual, sino que también mejora la eficiencia general del sistema de atención sanitaria al reducir los costes de tratamiento a largo plazo y mejoraría las estadísticas en salud pública.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2023 [consultado el 10 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Fazal F, Shahani HA, Gondal MF, Atif M, Ashraf M, Irfan A, et al. Actitudes y factores que determinan la práctica de chequeos médicos rutinarios en la población de Rawalpindi, Pakistán: Un estudio transversal. *Cureus* . 2023 ;15 (5):e38843. doi:10.7759 /cureus.38843
3. Organización Mundial de la Salud. Perfiles de países con enfermedades no transmisibles (ENT) 2018 [Internet]. 2018 [consultado el 8 de marzo de 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/nmh/countries/2018/vnm\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/nmh/countries/2018/vnm_en.pdf?ua=1)
4. Nguyen TT, Nguyen TT, Tran BQ, Bui QH, Tran NH, Le QH, et al. Aprovechamiento de los datos sobre enfermedades no transmisibles en Vietnam: Una investigación sobre la capacidad de vigilancia sanitaria comunitaria. *BMC PublicHealth*. 2023 ;23:321 . doi:10.1186 /s12889-023-14986-4
5. Sirven N, Or Z. Disparidades en la utilización regular de la atención sanitaria en Europa. En: OCDE, editor. *Desigualdades en los sistemas de salud: Una perspectiva internacional*. Berlín:

Springer; 2011. págs. 337–58. doi:10.1007 /978-3-642-17472-8\_22

6. Thompson S, Tonelli M. Controles generales de salud en adultos para reducir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(10) :ED000047 . doi:10.1002 /14651858.ED000047
7. Kengsakul M, Laowahutanont P, Wilailak S. Experiencias en la prevención y detección del cáncer de cuello uterino en Tailandia. *Int J GynaecolObstet*. 2021 ;152:48–52 .
8. Ngo TT, Hoang PN, Pham HV, Pham TQ, Le KT, Do HT, et al. Prácticas de chequeo médico rutinario y autotratamiento en residentes comunitarios de una zona montañosa del norte de Vietnam. *Biomed Res Int*. 2021 ;2021:8734615 . doi:10.1155 /2021/8734615
9. Luong TB. Autocuidado en mujeres de mediana edad [tesis]. Hanói (VN): Universidad Nacional de Vietnam, Hanói; 2022.
10. Iwasaki M, Otani T, Yamamoto S, Inoue M, Hanaoka T, Sobue T, et al. Características de los antecedentes de los participantes en el examen básico de salud: La encuesta de referencia del estudio JPHC. *J Epidemiol* .2003 ;13:216–25 . doi:10.2188 /jea.13.216
11. Yoshida Y, Iwasa H, Kwon J, Hasegawa M, Fujiwara Y, Yoshida H, et al. Características de los no participantes en exámenes de salud integrales (“Otasha-kenshin”) entre ancianos residentes en una comunidad urbana. *NihonKoshuEiseiZasshi* .2008 ; 55:221 –7.
12. Dickinson JA, Pimlott N, Grad R, Singh H, Szafran O. Detección: Cuando las cosas salen mal. *Can FamPhysician*. 2018 ;64:502–8 .
13. Park BH, Lee BK, Ahn J, Kim SA, Kim Y, Park S, et al. Asociación entre la participación en chequeos médicos y factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. *J KoreanMedSci*. 2021 ;36:e19 . doi:10.3346 /jkms.2021.36.e19
14. Chen YJ, Lin CF, Feng J, Chiu HL. Factores que influyen en la participación y la satisfacción con los chequeos médicos para personas mayores: Un estudio transversal. *Front PublicHealth*. 2023 ;11:1104438 . doi:10.3389 /fpubh.2023.1104438
15. Karwalajtys T, Kaczorowski J, Chambers LW, Dolovich L, Farrell B, McDonough B, et al. Un ensayo aleatorizado de invitación por correo o por teléfono a un programa comunitario de concienciación sobre salud cardiovascular para pacientes mayores de medicina familiar

Thuy Bich Luong, Lam Quang Truong, Ha Thi Thu Nguyen, Assoc, Hanh Hong Vu

[ISRCTN61739603]. *BMC FamPractica* .2005 ; 6:35 . doi:10.1186 /1471-2296-6-35

16. Hsu HY, Gallinagh R. Relaciones entre las creencias sobre la salud y la utilización de exámenes médicos gratuitos en personas mayores que viven en un entorno comunitario en Taiwán. *J AdvEnfermeras* .2001 ; 35 (6): 864–73. doi:10.1046 /j.1365-2648.2001.01924.x

17. Dryden R, Williams B, McCowan C, Themessl-Huber M. ¿Qué sabemos sobre quién asiste y quién no a los controles de salud generales? Hallazgos de una revisión narrativa de alcance. *BMC PublicHealth*. 2012 ;12:723 . doi:10.1186 /1471-2458-12-723

18. Schülein S, Taylor K, Schriefer D, Blettner M, Klug SJ. Participación en chequeos médicos preventivos de 19.351 mujeres en Alemania. *PrevMed Rep*. 2017 ;6:23-6 . doi:10.1016 /j.pmedr.2017.01.011

19. Arpanantikul M. Proceso de autocuidado experimentado por mujeres tailandesas de mediana edad. *Health Care WomenInt*. 2006 ;27:893–907 . doi:10.1080 /07399330600880533

20. Vuong QH, Nguyen TK. Elección del proveedor de atención médica por parte de los pacientes vietnamitas: En busca de información de calidad. *Int J BehavHealthc Res*. 2015 ;5 (3–4):184–212. doi:10.1504 /IJBHR.2015.077678

21. Hoa NT, Derese A, Peersman W, Markuns JF, Wens J. Calidad de la atención primaria en Vietnam: Percepciones y opiniones de los médicos de atención primaria en centros de salud comunitarios: un estudio de métodos mixtos. *PLoSOne*. 2020 ;15 (10):e0241311. doi:10.1371 /journal.pone.0241311

22. Ngo AD, Hill PS. Calidad de los servicios de salud reproductiva en los centros de salud comunales de Vietnam: Implicaciones para la estrategia nacional de salud reproductiva. *ReprodHealthMatters*. 2011 ;19 (37):52–61. doi:10.1016 /S0968-8080(11)37555-6

23. Zhang Z, Yin AT, Bian Y. Disposición a recibir exámenes de salud periódicos según el modelo de

creencias sobre la salud en personas mayores de la China rural: Un estudio transversal. *Pacientes prefieren la adherencia*. 2021 ;15:1347–58 . doi:10.2147 /PPA.S312806

24. Vuong QH. Datos de una encuesta sobre la propensión de los vietnamitas a acudir a exámenes médicos generales periódicos. *Sci Data*. 2017 ;4:170142 . doi:10.1038 /sdata.2017.142

25. Al-Kahil AB, Khawaja RA, Kadri AY, Abbarh SM, Alakhras JT, Jaganathan PP. Conocimientos y prácticas para el chequeo médico rutinario en personas de mediana edad y mayores de Riad. *J PatientExp*. 2020 ;7 (6):1310–5. doi:10.1177 /2374373519851003

26. Haruyama Y, Yamazaki T, Endo M, Takahashi K, Yasui Y, Muto T. Estado personal de los chequeos generales de salud y gasto médico: Un estudio de cohorte retrospectivo comunitario a gran escala. *J Epidemiol* . 2017 ;27 (5):209–14. doi:10.1016 /j.je.2016.06.001

27. Hoebel J, Richter M, Lampert T. Estatus social y participación en controles de salud en hombres y mujeres en Alemania: Resultados de la Actualización de Salud Alemana (GEDA), 2009 y 2010. *DtschArzteblInt*. 2013 ; 110 (41): 679–85. doi:10.3238 /arztebl.2013.0679

28. Thai PT, Nam VC. Factores que influyen en la decisión de realizarse un chequeo médico rutinario: Evidencia de datos de encuestas en Khanh Provincia de Hoa . *Ciencia Tecnología Dev J EconLawManag* . 2020 ;4 (4):1050–8. doi:10.32508 /stdjelm.v4i4.676

29. Funahashi H, Nishida T, Okamura Y, Sakakibara H. Atributos de los no participantes de 40 a 59 años en chequeos médicos específicos. *Jpn J PublicHealth*. 2013 ;60 (3):119–27.

30. Golics CJ, Basra MK, Finlay AY, Salek S. El impacto de la enfermedad en los familiares: Un aspecto crítico de la atención médica. *JR SocMed*. 2013 ;106 (10):399–407. doi:10.1177 /0141076812472616



**Social Medicine**

Health For All

ISSN: 1557-7112