



Revista Hacia la Promoción de la Salud
ISSN: 0121-7577
reprosa@ucaldas.edu.co
Universidad de Caldas
Colombia

Torres-López, Teresa Margarita; Aranzazú Munguía-Cortés, Jazmín; Aranda-Beltrán, Carolina
CONCEPCIONES CULTURALES DEL CONCEPTO BIENESTAR DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD
Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 20, núm. 1, enero-junio, 2015, pp. 96-110
Universidad de Caldas
Manizales, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309142716007>

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

CONCEPCIONES CULTURALES DEL CONCEPTO BIENESTAR DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

*Teresa Margarita Torres-López**
*Jazmín Aranzazú Munguía-Cortés***
*Carolina Aranda-Beltrán****

Recibido en noviembre 7 de 2014, aceptado en marzo 23 de 2015

Citar este artículo así:

Torres-López TM, Munguía-Cortés JA, Aranda-Beltrán C. Concepciones culturales del concepto bienestar de personas con enfermedades crónicas y profesionales de la salud. *Hacia promoc. salud.* 2015; 20(1): 96-110.

Resumen

Objetivo: Analizar las concepciones culturales del concepto de bienestar de personas con padecimientos crónicos y del personal de salud, con la finalidad de identificar coincidencias y discrepancias que pudieran ayudar o dificultar el proceso de promoción y de atención a la salud. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio antropológico cultural con 40 personas con padecimientos crónicos y 51 profesionales de la salud de Guadalajara (Méjico) seleccionados por muestreo propositivo. Se utilizaron las técnicas de listados libres y *pile sort*. Se aplicó análisis de consenso, conglomerados jerárquicos y escalas multidimensionales.

Resultados: Se observó un mayor consenso en la conceptualización del término bienestar de las personas con padecimientos crónicos que entre el personal de salud. Las coincidencias, entre personas con enfermedades crónicas y profesionales de la salud, incluyen la visión holística y los componentes del concepto: tener trabajo, dinero, salud, tranquilidad y felicidad. Sin embargo, para las personas con enfermedades crónicas el bienestar se relaciona con el cuidado de su salud y la disciplina implicada en ello, así como la convivencia familiar y con amigos, además del apoyo de Dios. Mientras que para el personal de salud el constructo se relaciona con la comodidad, la confianza, la estabilidad, la seguridad, la armonía y el amor además de una actitud positiva. **Conclusión:** Existen más discrepancias que coincidencias en la conceptualización cultural del constructo bienestar en una muestra de personas con enfermedades crónicas y profesionales de la salud. Es importante que ambos actores conozcan el punto de vista del otro para generar programas más exitosos de promoción y atención de la salud, así como de prevención de enfermedades.

Palabras clave

Bienestar, enfermedad crónica, antropología cultural, personal de salud, promoción de la salud. (*Fuente: DeCS, BIREME*).

* Ph.D. en Antropología Social y Cultural. Profesora Investigadora de la Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México. Autor de correspondencia. Correo electrónico: tere.torres.cucs@gmail.com

** Ph.D. en Ciencias de la Salud Pública. Profesora de la Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México. Correo electrónico: jazminmunguia@gmail.com

*** Ph.D. en Ciencias de la Salud Pública. Profesora Investigadora de la Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México. Correo electrónico: caranda2000@yahoo.com.mx

CULTURAL CONCEPTIONS OF THE WELFARE CONCEPT BY PEOPLE WITH CHRONIC DISEASES AND HEALTH PROFESSIONALS

Abstract

Objetive: To analyze the cultural conceptions of the welfare concept by people with chronic disease and the health professionals with the purpose of identifying coincidences and discrepancies that could help or block the health promotion process and health care. **Materials and Methods:** An anthropological cultural study was carried out with 40 people suffering chronic disease and 51 health professionals from Guadalajara (Mexico) selected through purposeful sampling. Free-listing and pile sorts techniques were used. Consensual analysis, hierarchical clustering, and multidimensional scales were applied. **Results:** There was higher consensus in the conceptualization of the term welfare from people with chronic disease than from the health professionals. The coincidences between people with chronic disease and health care professionals included a comprehensive view and the components of the concept: having a job, money, health, calm and happiness. However, for people with chronic disease, welfare is related to their personal health care and the discipline it implies as well as family life and friends, plus the support of God. While for the health professionals the construct is associated with comfort, confidence, stability, security, harmony, love besides a positive attitude. **Conclusion:** There are more discrepancies than coincidences in the cultural conceptualization of the welfare construct in a sample of people with chronic disease and health professionals. It is important for both actors to know the other point of view in order to generate more successful health promotion and care programs as well as disease prevention.

Key words

Welfare, chronic disease, cultural anthropology, health professionals, health promotion. (Source: MeSH, NLM).

CONCEPÇÕES CULTURAIS DO CONCEITO BEM-ESTAR DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Resumo

Objetivo: Analisar as concepções culturais do conceito de bem estar de pessoas com doenças crônicas e do pessoal de saúde, com a finalidade de identificar coincidências e discrepâncias que puderam ajudar ou dificultar o processo de promoção e de atenção à saúde. **Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo antropológico com 40 pessoas com padecimentos crônicos e 51 profissionais da saúde de Guadalajara (México) selecionados por amostragem proporcional. Utilizaram-se as técnicas de listados livres e *pile sort*. Aplicou-se análise de consenso, conglomerados hierárquicos e escadas multidimensionais. **Resultados:** Observou-se um maior consenso na conceptualização do termo bem estar das pessoas com doenças crônicas que entre o pessoal de saúde. As coincidências, entre pessoas com doenças crônicas e profissionais da saúde, incluem a visão holística e os componentes do conceito: Ter trabalho, dinheiro, saúde, tranquilidade e felicidade. Contudo, para as pessoas com doenças crônicas o bem estar se relaciona com o cuidado de sua saúde e a disciplina implicada em isto, assim como a convivência familiar e com os amigos, além do apoio de Deus. Enquanto que para o pessoal de saúde o constructo se relaciona com a comodidade, a confiança, estabilidade, a harmonia e o amor além de uma atitude positiva. **Conclusão:** Existem mais discrepâncias que coincidências na conceptualização cultural do constructo bem estar em uma mostra de pessoas com doenças crônicas e profissionais da saúde. É importante que ambos atores conheçam o ponto de vista do outro para gerar programas com mais sucesso de promoção e atenção à saúde, assim como de prevenção de doenças.

Palavras chave

Bem estar, doença crônica, antropologia cultural, pessoal de saúde, promoção da saúde. (Fonte: DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no contagiosas, tales como la enfermedad cardiovascular, el cáncer, la diabetes y la enfermedad crónica respiratoria, constituyen la principal causa de muerte en el continente americano. La Organización Panamericana para la Salud (OPS) estima que en dicha región hay 200 millones de personas que viven con una o más enfermedades crónicas (1). Lo que implica que un importante número de enfermos soliciten la atención médica a sus padecimientos. Es por ello que uno de los objetivos estratégicos, primarios, de dicho organismo internacional es proveer una respuesta efectiva por parte del sistema de salud de cada país que permita una prestación de servicios más efectiva. Esto a través del mejoramiento de la cobertura de salud, promoviendo acceso equitativo y servicios de calidad, particularmente, a las personas con enfermedades crónicas y enfatizando en la atención primaria a la salud y el fortalecimiento del autocuidado (2).

Para el logro de este objetivo, en el proceso de prestación de servicios se hace necesaria una buena comunicación entre el personal de salud y la persona diagnosticada con un padecimiento crónico.

Las diferencias en la conceptualización de diferentes términos, por parte de estos, pudieran generar problemas de comprensión, impactando así la prevención, promoción y educación para la salud de las personas con enfermedades crónicas. Uno de los conceptos más importantes, en el caso de la promoción para la salud, es el concepto de bienestar; que es entendido como la calidad de vida de las personas. Es un concepto que, generalmente, alude a un estado dinámico que mejora cuando las personas pueden lograr sus metas personales y sociales. Comprende la relación de medidas objetivas (como ingreso económico, educación y estado de salud), e indicadores subjetivos como felicidad, percepción de satisfacción y calidad de vida (3). Dodge et al., lo definen como un estado

de equilibrio o balance que puede ser afectado por los eventos de la vida. Esto incluye la idea de un conjunto de elementos necesarios para el logro del bienestar, la importancia del equilibrio entre los desafíos (físicos psicológicos y sociales) y los recursos (físicos, psicológicos y sociales), y con los que se cuenta. En suma, el bienestar es un punto de balance entre un conjunto de recursos individuales y los desafíos enfrentados (4).

Otros autores (5) consideran que el bienestar se conforma de cuatro dominios: el bienestar individual (incluye aspectos objetivos como los ingresos económicos y subjetivos como las experiencias psicológicas, morales y espirituales), familiar (acceso a recursos económicos, ecología y ambiente, seguridad física y cohesión social), comunitario (vivienda, relaciones interpersonales e intergeneracionales con la familia y con otras personas) y social (identidad, seguridad económica y física, integridad política y geográfica, orgullo y autodeterminación, equidad y justicia social). En este marco, se concibe el bienestar como una construcción dinámica de sus actores, a través de la relación entre sus circunstancias, espacio, actividades y recursos psicológicos, incluyendo las relaciones interpersonales con su familia y otras personas significativas.

Los estudios empíricos en torno al concepto de bienestar de la población en general, han sido abordados con el uso de escalas diseñadas para su medición, las cuales parten de diversas modalidades de la elaborada por Denier. Ésta mide las dimensiones de satisfacción global de vida, la satisfacción de diversos dominios como es el trabajo, el afecto positivo y el afecto negativo (6). Otros estudios con diferentes escalas de medición han sido reportados (7, 8), aunque cada vez es más frecuente la inclusión de estudios con enfoque metodológico cualitativo (9).

Considerando esta metodología un estudio enfocado hacia la población adulta de La Laguna (Tenerife) (10), encontró que en su visión del

bienestar lo relevante es la percepción que tiene el individuo de apoyo y no el número de fuentes que le dispensan ese apoyo. Las personas felices parecen caracterizarse por relaciones sociales satisfactorias y pasar poco tiempo solas. Por su parte, en un estudio realizado en Chile (11), donde se exploró el bienestar subjetivo y la actividad social con sentido histórico en adultos mayores, se encontró que la asistencia y persistencia en la actividad grupal refleja un valor de vida comunitaria sobre el objetivo terapéutico mismo y posiciona el elemento promocional de la salud. Así, el bienestar no proviene por sí solo de la actividad social, sino del sentido y significado que subjetivamente le asignan las personas. Esta actividad se retroalimenta de la subjetividad de los otros, donde también resalta su relación con la religión, vinculada a la preocupación por los otros.

En el caso de un grupo de trabajadores sociales de Canadá (12) estos destacaron, en relación a su propio bienestar subjetivo, la importancia de sus conductas personales (tales como conectarse con su espiritualidad, planear sus rutinas de trabajo, participar en actividades y acciones de autoayuda), sus relaciones interpersonales (principalmente con familia y amigos) y algunas condiciones extra-laborales (pertener a grupos, realizar actividades culturales y religiosas, otras actividades que fomentan la identidad). Mientras que en relación a los aspectos laborales indicaron que sus fuentes de bienestar son el ambiente laboral (aspectos físicos y culturales), las características del trabajo (tipo y carga de actividades), además de las relaciones interpersonales que implica (relación con los usuarios de sus servicios, con colegas de trabajo y con sus supervisores) (13).

El conocer las diferentes formas de conceptualizar el bienestar de los actores en la relación de las personas con enfermedades crónicas y del personal de salud que le ofrece servicios, permitiría identificar coincidencias y diferencias que pudieran favorecer u obstaculizar el proceso de atención y, por ende, la prevención y promoción de la salud.

Un enfoque teórico y metodológico que permite el acercamiento a las conceptualizaciones culturales de la población es la Teoría del Consenso Cultural, que estudia cómo las personas de diferentes culturas adquieren información sobre el mundo, cómo la procesan, toman decisiones y actúan en formas consideradas apropiadas para otros miembros de su cultura (transmisión cultural). Su objeto de estudio lo constituyen los dominios culturales; que son categorías significativas de conocimiento para una cultura en particular. Dichos dominios son creados por la población a partir de reglas cognitivas que permiten organizar las ideas, cosas y formas que tienen en mente, además de crear modelos para percibir, relacionar e interpretar la información (14).

Su base teórica se ubica en el estudio del consenso cultural, al cual se accede con el apoyo de técnicas estructuradas de obtención de información (listados libres, *card sorting*, formación de tríadas o pares, entre otras). Estas técnicas permiten generar información cuantificable con el fin de comprobar los supuestos de la teoría del consenso. Esta se basa en la idea de que la información culturalmente correcta, puede ser establecida desde el conocimiento compartido de los individuos (15). El estudio del consenso se basa en tres supuestos: a) verdad común: la existencia de una respuesta clave fija aplicable a todos los informantes, es decir, que existe una respuesta correcta para cada aspecto. Esto simplemente significa que se asume que todos los informantes provienen de una cultura común y si la realidad común es la misma para todos los informantes en la muestra, constituye una verdad común; b) independencia local: supone que las respuestas de cada informante son dadas independientemente de las respuestas de cada uno de los otros informantes (una respuesta no es influenciada por el conocimiento o presencia de otra); c) la homogeneidad en los reactivos (ítems): cada informante tiene una competencia cultural fija sobre todas las preguntas (son todas del mismo nivel de dificultad) (16).

Considerando este enfoque teórico metodológico el objetivo de este estudio fue analizar las concepciones culturales del concepto de bienestar de personas con padecimientos crónicos y del personal de salud, con la finalidad de identificar coincidencias y discrepancias que pudieran ayudar o dificultar el proceso de prevención y atención médica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de antropología cognitiva. La codificación de la información en este enfoque implica un tratamiento estadístico a fin de obtener el análisis de consenso, un análisis cuantitativo de datos cualitativos, ya que implica convertir palabras o imágenes en números y un análisis del contenido las respuestas para establecer las categorías.

Participantes

El estudio se realizó en un Centro de Salud ubicado en una zona popular de Guadalajara (Méjico). Se integró una muestra de tipo propositivo (17), los criterios para su selección fueron: mayores de edad, habitantes de la ciudad de Guadalajara, inclusión de ambos sexos. Éstos fueron abordados en la vía pública ya que se pretendía obtener la visión de la población abierta. El tamaño de la muestra se basó en el supuesto del modelo de consenso cultural para el estudio de patrones culturales. El mismo plantea que en estudios de descripción cultural, el tamaño de muestra no debe ser grande, debido a que la correlación promedio entre informantes tiende a ser alta (0,5 o más). Los dos factores que determinan el número de informantes son la competencia cultural esperada (concordancia entre las respuestas individuales y el patrón estimado de respuestas correctas del grupo) y el nivel de confianza aceptable para determinar la respuesta a la pregunta. Se sugiere un tamaño mínimo de 17 informantes para clasificar el 95% de las preguntas correctamente, bajo un promedio de competencia cultural esperada de 0,5 y un nivel de confianza de 0,95 (18).

Participaron un total de 40 personas con enfermedades crónicas. En la primer fase (la aplicación de listados libres) se entrevistó a 20 informantes (19 mujeres y 1 hombre), sus edades fluctuaban entre 31 a 80 años (promedio 56,5 años), con hipertensión arterial, con un periodo de evolución de 1 a 20 años (promedio de 5,7 años). En la segunda fase (la técnica de *pile sort*), se entrevistó a 20 personas (15 mujeres y 5 hombres), sus edades fluctuaban entre 37 a 74 años (promedio de 61 años), con padecimientos crónicos predominando la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, con un periodos de evolución de 1 a 25 años (en promedio 11,15 años).

Participaron también, 51 profesionales de la salud. En la primer fase se entrevistó a 31 informantes (19 mujeres y 12 hombres, con promedio de edad de 44,9) y en la segunda etapa 20 (10 mujeres y 10 hombres, con un promedio de edad de 47,6 años). Las profesiones representadas incluyen: 3 promotores de salud, 1 odontóloga, 10 enfermeras y 37 médicos (2 con especialidad médica y 5 con posgrado). Casi una tercera parte de dicho personal de salud, reportó padecer algunas enfermedades: cuatro diabetes mellitus, cuatro con hipertensión arterial, dos obesidad, uno asma bronquial, uno osteoporosis, uno hipertiroidismo y uno más arterioesclerosis.

A cada participante se le comunicó que las descripciones o referencias que se hicieran en el reporte de investigación, nunca evidenciarían datos personales que pusieran en riesgo su anonimato e integridad. Salvo su edad, escolaridad, género, no se mencionaría otra información mediante la cual pudieran ser localizados o identificados, ya que no es de interés ni relevancia para esta investigación evidenciar a ninguna persona ni divulgar su identidad y localización. No hubo consentimiento escrito ya que éste puede ser expreso y se debe considerar el contexto de desarrollo de grupos culturales diversos al del investigador, sus tradiciones en cuanto a comunicación y decisión, y se deben respetar estos procedimientos (19) (las

personas del sector popular no acceder a estampar firmas con facilidad, por experiencias propias o ajena, de fraudes y despojos). Además, el proyecto de investigación que fundamentó el presente estudio fue evaluado y en su momento aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara (registro IISO/CI/27/09).

Técnicas de obtención de la información

La técnica de listados libres consiste en pedir a los informantes un listado escrito de términos o frases relacionados con una esfera conceptual particular, en este caso la palabra: Bienestar. Luego de obtenidas las listas de palabras, se tabularon los términos por frecuencia de mención, lo que permitió escoger 20 términos a fin de generar el instrumento llamado *pile sorting*.

La técnica de *pile sorting* implica elaborar tarjetas para cada término y pedir a los informantes de ambos sexos que formen grupos de tarjetas que contengan los términos más parecidos, sin importar el número de grupos generados. Despues se les pide que etiqueten a cada montón con una palabra que identifique el conjunto de las tarjetas seleccionadas.

Análisis de la información

Listados libres, como ya se indicó un primer análisis fue la suma de frecuencias de los términos

generados. Un segundo procesamiento implicó la categorización de las definiciones dadas para cada palabra, lo cual se hizo con análisis comparativo (20).

Para los resultados de la aplicación del *pile sort*, se aplicó análisis de consenso mediante factorización de componentes principales, análisis dimensionales mediante conglomerados jerárquicos y escalas multidimensionales. Con esta última técnica se calculó el valor de *stress* como medida de bondad de ajuste de la representación de los conglomerados. Esta medida se define como la suma de correspondencias entre pares de objetos dentro de la representación espacial. Se sugiere para una representación de 20 términos un valor de corte de *stress* menor a 0,28 (18). Los distintos análisis se procesaron con el programa computarizado Anthropac v. 4.98.

RESULTADOS

Contenidos de las concepciones culturales de bienestar

Las categorías de palabras obtenidas en los listados libres por los informantes se ubican en la Tabla 1. Estas fueron ubicadas en forma ordinal de acuerdo a la frecuencia de las mismas. Se pude apreciar que no hay una correspondencia entre ambos grupos de participantes.

Tabla 1. Categorías de palabras obtenidas en los listados libres, Guadalajara (México), 2012

Personal de salud		Personas con enfermedades crónicas	
1º	Salud	1º	Ejercicio
2º	Alegria, felicidad	2º	Salud
3º	Tranquilidad	3º	Alimentación
4º	Comodidad	3º	Dormir bien
5º	Actitud positiva	4º	Sin problemas familiares
5º	Equilibrio	5º	Cuidarse
5º	Estar bien	6º	Trabajo
6º	Armonía	6º	Fe, vida espiritual
6º	Sin dolor, penas o estrés	6º	Dinero
7º	Dinero	7º	No tener dolor
7º	Satisfacción	7º	Aceptar lo que pasa
7º	Seguridad	7º	No estresarse
8º	Amigos, familia	8º	Convivir amigos
8º	Descanso	8º	Estar contento
9º	Amor	8º	Tomar medicamentos
9º	Placer	9º	Tener energía
9º	Trabajo	10º	Tomar agua
10º	Alimentación	10º	No tener vicios
10º	Vida espiritual	10º	Oír música

Fuente: elaboración propia producto del análisis de contenido.

El análisis comparativo de dichas categorías se muestra en la Tabla 2.

Dimensiones culturales del concepto de bienestar

Las dimensiones descritas por los árboles de conglomerados tuvieron valores de bondad de ajuste adecuados (*stress* 0,135 los profesionales de la salud y 0,213 las personas con enfermedades crónicas) en el análisis de escala multidimensional no métrica.

La agrupación que realizó el personal de salud sobre las palabras enlistadas se muestra en la Figura 1. Allí puede observarse que existen dos grandes dimensiones en el concepto de bienestar: área personal y área social. En la primera se incluyeron *vida* e *interacción humana*. En la primera ubicaron *amor* (incluyó *actitud positiva*,

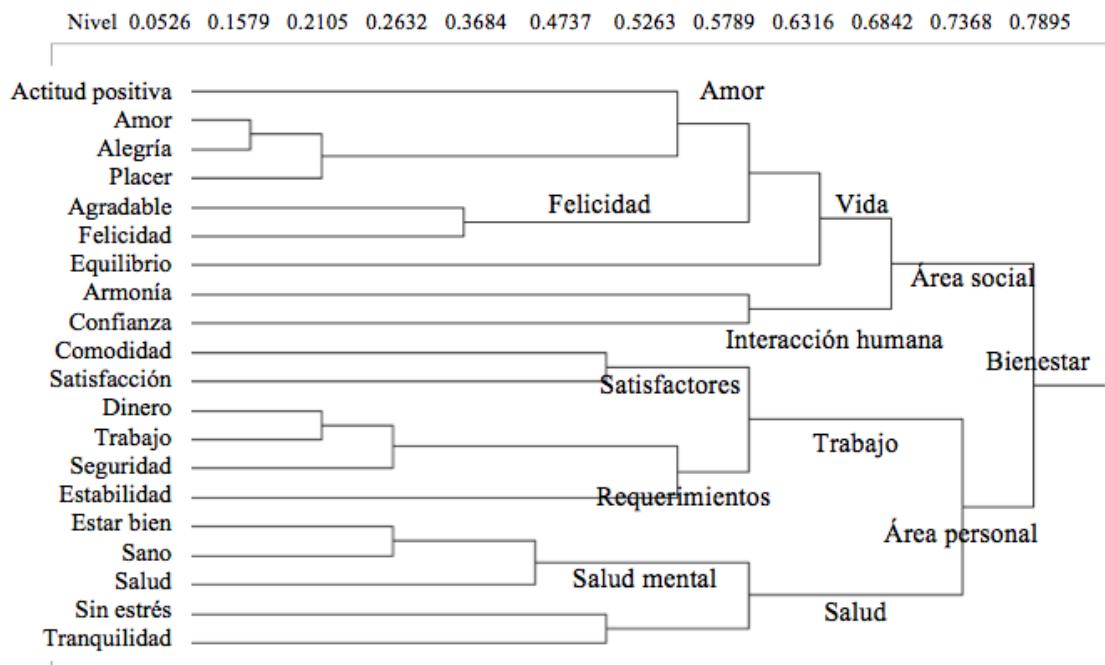
amor y *alegría*). Los participantes comentaron al respecto: “al estar alegre, yo proyectoro creando un entorno agradable”) y *felicidad* (comprendió *agradable* y *felicidad*). En la segunda incluyeron *armonía* y *confianza* (“al complementar la salud, alegría y paz mi persona se encuentra bien”).

En el *área personal* se incluyeron las dimensiones de *trabajo* y *salud*. En la primera *satisfactores* (con los términos *comodidad*, *satisfacción*: “reflejan satisfactores para trabajar o convivir en mejores condiciones”) y *requerimientos* (incluyó *dinero*, *trabajo*, *seguridad* y *estabilidad*: “Con dinero puedo acceder a artículos que me pueden dar bienestar”, “representa estar protegido en mis necesidades de salud y seguridad”), y en la segunda *salud mental* (*salud*, *sin estrés*, *tranquilidad*: “si tenemos salud, tenemos estabilidad emocional y hay equilibrio”).

Tabla 2. Análisis comparativo del concepto de bienestar, Guadalajara (Méjico), 2012

Personal de salud		Personas con enfermedades crónicas	
Categoría (%)	Conceptualización	Categoría (%)	Conceptualización
Salud (17)	Física y mental, equilibrio biopsicosocial, genera calidad de vida	Ejercicio (13,2)	Genera salud, tranquilidad, relaja, libera la mente y controla la enfermedad
Alegria y felicidad (15)	Estado emocional agradable, para sí mismo y con los demás, se debe compartir	Salud (9,9)	Produce felicidad, no se tienen dolencias ni se siente decaído, se debe cuidar
Tranquilidad (8)	Para tener paz, satisfacción, bienestar emocional y concentración	Alimentación (8,8)	Da energía, permite salir adelante, evita enfermedades
Comodidad (5,2)	Trabajar, convivir y descansar en las mejores condiciones	Dormir bien (8,8)	Reposa y descansa el cuerpo, se siente más fresco y sin nervios
Actitud positiva (4,6)	Perfecto estado psicológico, emocional y social, ser autosuficiente	Sin problemas familiares (7,7)	La familia es el mejor apoyo, da tranquilidad, debe estar unida
Equilibrio (4,6)	Estabilidad en todos los aspectos	Cuidarse (7,7)	Evitar excesos, acudir al médico, controlar la presión
Estar bien (4,6)	Sentirse bien y tener bienestar completo	Trabajo (5,5)	Activa, da vigor, distrae y evita malos pensamientos
Armonía (4)	Con nosotros mismos y con nuestro entorno	Fe, vida espiritual (5,5)	Dios ayuda a estar mejor, libera culpas, no se siente desesperación
Ausencia de (4)	Dolor, estrés, penas, hambre	Dinero (5,5)	Con dinero no se sienten presiones, da tranquilidad
Dinero (3,3)	Genera seguridad individual y familiar	No tener dolor (4,4)	Se puede hacer cualquier cosa, no te aflige
Satisfacción (3,3)	De necesidades, de lo que me gusta, de servir a los demás	Aceptar lo que pasa (4,4)	Aceptar la enfermedad y todo lo demás para no alterarse
Seguridad (3,3)	Base de la confianza, la comodidad y la protección	No estresarse (4,4)	Ni enojarse porque puede ocasionar problemas graves
Otras categorías (23,1)		Otras categorías (14,2)	

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de contenido.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio.

Figura 1. Dimensiones culturales del concepto de bienestar del personal de salud, Guadalajara (Méjico), 2012.

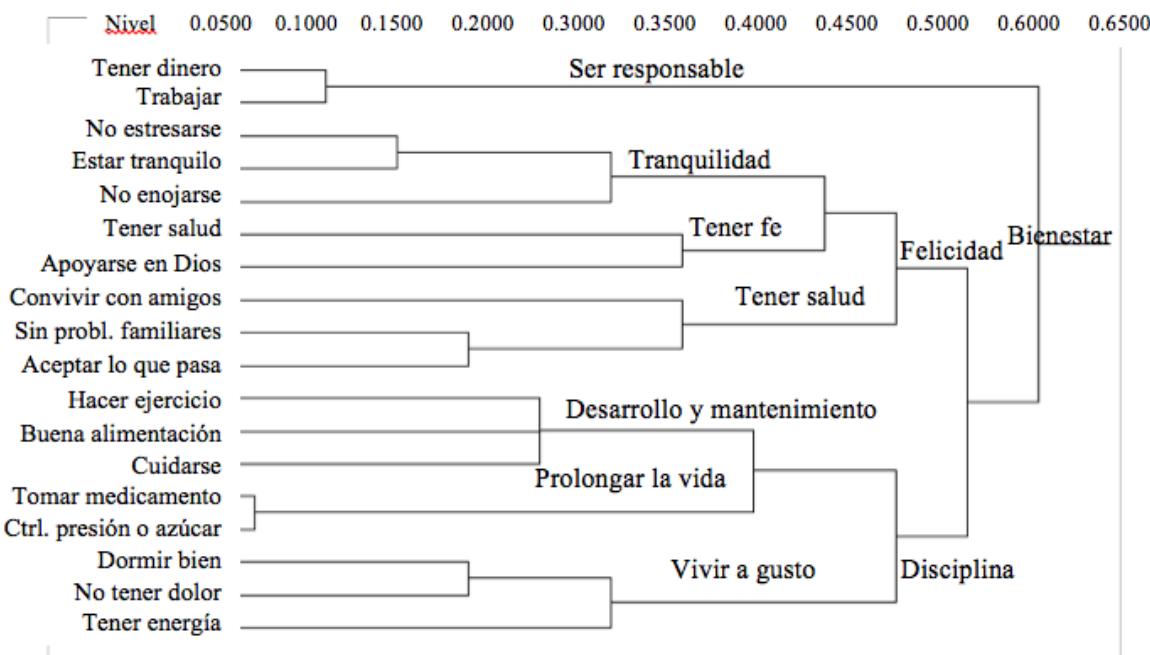
En la Figura 2 se muestran las agrupaciones que hicieron las personas con enfermedades crónicas. La primera fue *ser responsable*, incluyó *tener dinero* (los participantes comentaron al respecto: “no se siente presionado, no hay preocupaciones”, “los que le rodean pueden estar bien”) y *trabajar* (“se distrae y le permite estar activo”, “lo activa”, “le da vigor”).

La segunda dimensión *felicidad* comprendió *tranquilidad, tener fe, tener salud*. El término *tranquilidad* se compone de *no estresarse* (“no estresarse para que los problemas no te afecten mucho”), *estar tranquilo* (“si estás tranquilo, no se te sube la presión”) y *no enojarse* (ya que enojarse “puede ocasionarse problemas más graves”). Otra dimensión de la *felicidad* fue *tener fe*, incluyó *tener salud y apoyarse en Dios*. Y por último, *tener salud* incluyó *convivir con los amigos* (ya que ello “mejora su autoestima”, “le da alegría”), *no tener*

problemas familiares (“con la familia unida uno se siente mejor”, “da tranquilidad y apoyo”) y *aceptar lo que pasa* (“no alterarse demasiado con lo que pasa”).

La tercera dimensión *disciplina* incluyó *desarrollo y mantenimiento, prolongar la vida y vivir a gusto*. En la primera se consideró *hacer ejercicio* (“le permite al cuerpo estar bien, se relaja y le da buen humor”), *tener buena alimentación* (“la buena alimentación da salud”) y *cuidarse* (“ir al médico, si no se cuida uno es malo”). En *prolongar la vida* se incluyó *tomar el medicamento* y *controlar la presión arterial* y los *niveles de azúcar*.

Finalmente la dimensión *vivir a gusto* incluyó *dormir bien* (“dormir bien para estar bien y de buenas”), *no tener dolor* (“se pueden hacer las cosas con facilidad”) y *tener energía*.



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio.

Figura 2. Dimensiones culturales del concepto de bienestar de personas con enfermedades crónicas, Guadalajara (México), 2012.

Tabla 3. Nivel de consenso cultural del concepto de bienestar de personas con enfermedades crónicas y del personal de salud, Guadalajara (México), 2012

Personas participantes	Razón del Factor 1 (F1)	Varianza acumulada %	Razón del Factor 2 (F2)	Varianza acumulada %	Razón ¹ F1:F2	Competencia cultural Media ² DE ³	Concordancia grupal ⁴	
Personas con enfermedades crónicas (n = 20)	8,221	90,1	0,502	95,6	16,36	0,62	0,15	0,38
Personal de salud (n = 20)	5,12	74,5	1,08	90,3	4,74	0,472	0,216	0,222

¹ Cociente de F1 en relación con F2. La regla es: F1 sea por lo menos tres veces mayor que F2 para hacer válido el consenso (21).

² Media aritmética grupal del grado de acuerdo individual con las respuestas promedio. Es la concordancia entre las respuestas individuales y el patrón estimado de respuestas correctas el grupo (21).

³ Desviación estándar.

⁴ Acuerdo grupal en las respuestas obtenidas por los informantes. Se obtiene con el promedio de la competencia cultural elevado al cuadrado (21).

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio.

Consenso cultural del concepto de bienestar

En la Tabla 3 se presenta el nivel de consenso cultural del concepto estudiado, la organización conceptual de las distintas dimensiones del concepto de bienestar donde se mostró consenso. El consenso fue mayor en el caso de las personas con enfermedades crónicas que en el personal de salud (8,22 y 5,12, respectivamente). La regla es que el factor 1 (verdad común) debe calificar más de tres veces la varianza del segundo factor (independencia local), lo cual sucedió en los dos casos (16,37 y 4,74 veces mayor). El porcentaje acumulado de la varianza para el factor ratio 1 fue mayor a 70% (95,6 y 90,3) lo cual valida también el consenso (ver Tabla 3).

DISCUSIÓN

Se logró el objetivo de analizar las concepciones culturales del concepto de bienestar de una muestra de personas con padecimientos crónicos y personal de salud, a fin de identificar coincidencias y discrepancias que pudieran ayudar o dificultar el proceso de prevención, promoción y atención a la salud.

Se observó un mayor consenso en la conceptualización del término bienestar en las personas con enfermedades crónicas que entre los profesionales de la salud. Ello pudiera tener por un lado, relación con el hecho de que fueron entrevistados profesionales de diferentes disciplinas tal como lo reportó el estudio de trabajadores de salud alemanes. En ese estudio hubo diferencias en la conceptualización del constructo entre médicos y enfermeras (12). Es decir, que entre los profesionales de la salud podría haber diferenciales culturales propias de la formación académica recibida, y al no pertenecer todos los participantes a la misma (como ya se indicó se incluyeron médicos, enfermeras y otras profesiones) el consenso alcanzado no fue alto.

Una explicación más, puede estar relacionada con el nivel de competencia cultural, pues las personas con enfermedades crónicas que participaron en el estudio, parece ser un grupo con competencia cultural (14) en el tema del bienestar (mayor que la de los profesionales de la salud según se indicó en la Tabla 3), ya sea por su inserción cultural o bien por el hecho de asistir al mismo centro de salud a solicitar atención. Además, de que participan activamente en los grupos de apoyo para las personas con enfermedades crónicas (que en dicho lugar existen), donde reciben y socializan información sobre el autocuidado, promoción de su salud y control de sus padecimientos.

Así, se parte de la idea de que las personas son culturalmente competentes en un área específica de un objeto social en la que son expertas no solo por su conocimiento científico, sino también, y sobre todo, por los saberes culturalmente compartidos (21).

No obstante, la coincidencia entre ambos grupos de participantes se muestra en la visión holística del bienestar, ya que abarca tópicos que incluyen aspectos físicos, emocionales y de tipo social. Esto ya ha sido encontrado en el caso de visiones de los legos en torno a diversos problemas de salud (22, 23). Y también con el personal de salud, como es el estudio realizado con un grupo de trabajadoras sociales canadienses (13). Además, se encontraron coincidencias en los componentes del concepto relativas a la vida laboral y sus beneficios económicos que incluyen tener trabajo y dinero; así como en el ámbito de la salud física y mental, con los temas de salud, tranquilidad y felicidad.

Aunque hubo consenso en algunos factores, se encontró un mayor número de diferencias en la conceptualización del constructo entre los dos grupos de participantes. Para las personas con enfermedades crónicas, el bienestar se relaciona con el cuidado de su salud y la disciplina implicada en ello; así como la convivencia familiar y con amigos, además del apoyo de Dios. Esto, también,

fue reportado por los estudios antes citados (10) donde se destacó la importancia del apoyo familiar y las relaciones sociales, así como de la vida religiosa (11) en el sentido subjetivo del bienestar. En un estudio realizado en Brasil con una muestra pentecostal practicante se mostró la importancia de los valores religiosos en el bienestar psicológico, con sus implicaciones en la vida familiar en particular y la cotidianidad en general (24).

Por su parte, los profesionales de la salud destacaron la comodidad, la confianza, la estabilidad, la seguridad, la armonía y el amor además de una actitud positiva. Esta visión se aproxima más a la definición que propusieron los trabajadores de salud alemanes (12), y se aleja más de las visiones de las personas a las que les brindan atención. Este tipo de diferencias entre las conceptualizaciones del personal de salud y sus pacientes fue reportada, previamente, en estudios realizados con modelos explicativos de la diabetes en grupos poblacionales guatimaltecos, mexicanos, México-americanos y de Puerto Rico (25). En estos se resaltó la forma en que dichas discrepancias pueden afectar el manejo de la enfermedad. También se indicó que estas discrepancias están relacionadas con los niveles de educación formal y las diferencias de clase. Estas últimas, particularmente, tienen un rol muy importante en la brecha de comprensión entre ambos actores. En este estudio, los resultados reflejan que los profesionales no son ajenos a la cultura donde se desarrolla su vida laboral, y también podrían dar cuenta de una vida con condiciones materiales y dimensiones culturales diferenciales a las que tienen los usuarios de sus servicios.

Esta visión disímil, además, puede generar problemas en el proceso de comunicación, aspecto básico para lograr una atención de calidad, tal como lo ha resaltado Bustamante (26) quien señala cómo la comunicación interna en escenarios de salud, entra a relacionarse con áreas más desarrolladas de la comunicación en salud, como la relación médico-paciente, el periodismo sanitario o la comunicación

de la crisis. Todas con el fin de apoyar desde la comunicación el mejoramiento de la salud de los individuos y las comunidades. Por consiguiente, los problemas de discrepancia entre los conceptos por parte de estos actores sociales, que conviven en escenarios relativamente pequeños como lo es un centro de salud, bien podría estarse reflejando en los procesos de comunicación macros, como son las campañas de prevención y las alertas sanitarias (23).

CONCLUSIONES

En esta investigación se observó un mayor consenso en la conceptualización del término bienestar en el grupo de personas diagnosticadas con enfermedades crónicas que entre el personal de salud. Las coincidencias fueron en la visión holística del concepto y en los componentes del concepto: tener trabajo, dinero, salud, tranquilidad y felicidad. Sin embargo, se presentaron en mayor número las diferencias; para las personas con enfermedades crónicas el bienestar se relaciona con el cuidado de su salud y la disciplina implicada en ello, así como la convivencia familiar y con amigos, además del apoyo de Dios. Mientras que los profesionales de la salud destacaron la comodidad, la confianza, la estabilidad, la seguridad, la armonía y el amor además de una actitud positiva.

A la luz de estos resultados, se hace imperativo que los actores implicados en el proceso de atención a la salud conozcan el punto de vista de los otros (ya sea usuario o proveedor de los servicios). Ello podría facilitar una mejor comunicación, además de fundamentar programas de educación para la salud y de prevención de enfermedades más exitosos.

Otra de las aportaciones del estudio es la metodología empleada, ya que presenta la ventaja de utilizar técnicas de aplicación y análisis de resultados en forma más rápida que las utilizadas en los estudios cualitativos tradicionales. Por lo

cual, la transferibilidad metodológica, citada por Lincoln y Guba (27), podría resultar de interés en otros campos disciplinares.

Finalmente, este trabajo muestra las limitaciones propias de los estudios desde este enfoque, donde se enfatiza en los elementos cognitivos mientras

que los procesos participativos y prácticas no son considerados. Para futuros estudios se sugiere incluir otros tipos de población, estratificando por inserción laboral y diferentes condiciones sociales, a fin de considerar grupos de comparación por diferentes niveles de competencia cultural derivados de experiencias previas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pan American Health Organization. Non-communicable disease project & health information and analysis project & sustainable development and environment area: Non-communicable diseases in the Americas: Basic indicators 2011 [Internet]. Washington DC, USA, 2011. [acceso 4 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=4270&Itemid=270&lang=es
2. Pan American Health Organization. Strategy for the prevention and control of non-communicable diseases. Document prepared after the Regional Consultation. 28th Pan American Sanitary Conference 64th Session of the Regional Committee [Internet]. Washington, DC, USA; September 2012. [acceso 4 de noviembre de 2014]; 17-21. Disponible en: http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fhq%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_vie w%26gid%3D21345%26Itemid&ei=OJVRVL2BMpGvogSyh4KQBQ&usg=AFQjCNFbS1qc-HJrNuCPCTqGVJJEdBX4mQ
3. Statham J, Chase E. Childhood Wellbeing: A brief overview. London, Childhood Wellbeing Research Centre. Briefing Paper 1, August 2010.
4. Dodge R, Daly A, Huyton J, Sanders L. The challenge of defining wellbeing. International Journal of Wellbeing. 2012; 2(3): 222-235.
5. La Placa V, McNaught A, Knight A. Discourse on wellbeing in research and practice. International Journal of Wellbeing. 2013; 3(1): 116-125.
6. Busseri A, Sadava SW. A Review of the Tripartite Structure of Subjective Well-Being: Implications for Conceptualization, Operationalization, Analysis, and Synthesis. Pers Soc Psychol Rev. 2011; 15: 290. Originally published online, 3 December 2010; 15(3): 290-314.
7. Wollny I, Apps J, Henricson C. Can government measure family wellbeing? A literature review. Research & Policy for the real world. London: Family & Parenting Institute; 2010.
8. Atkinson S. Moves to measure wellbeing must support a social model of health. British medical journal. 2011; 343(7832): 7323.
9. Eriksson U, Asplund K, Sellström E. Growing up in rural community – children's experiences of social capital from perspectives of wellbeing. Rural and Remote Health [Internet] 2010. [acceso 24 de marzo de 2015]; 10: 1322. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20701413>
10. Marrero RJ, Carballera M. El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. Salud Mental. 2010; 33: 39-46.
11. Muñoz C. Bienestar subjetivo y actividad social con sentido histórico en adultos mayores. Hacia la Promoción de la Salud. 2013; 18(2): 13-26.
12. Graham JR, Shier ML. Social work practitioners and subjective well-being: Personal factors that contribute to high levels of subjective well-being. International Social Work. 2010; 53: 757. Originally published online, International Social Work. 2010; 53(6): 757-772.
13. Shier ML, Graham JR. Work-related factors that impact social work practitioners' subjective well-being: Well-being in the workplace. Journal of Social Work. 2011; 11: 402. Originally published online, Journal of Social Work. 2010; 11(4): 402-421.
14. Hruschka DJ, Maupin JN. Competence, Agreement, and Luck: Testing Whether Some People Agree More with a Cultural Truth than Do Others. Field Methods. 2013; 25: 107. Originally published online 19 September 2012.

15. Dressler W, Balieiro MC, Dos Santos JE. Finding Culture Change in the Second Factor: Stability and Change in Cultural Consensus and Residual Agreement. *Field Methods*, published online 14 August 2014.
16. Reyes-García V. The relevance of traditional knowledge systems for ethnopharmacological research: theoretical and methodological contributions. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* [Internet] 2010. [acceso 24 de marzo de 2015]; 6: 32. Disponible en: <http://www.ethnobiomed.com/content/6/1/32>
17. Suri H. Purposeful Sampling in Qualitative Research Synthesis. *Qualitative Research Journal*. 2011; 11(2): 63-75.
18. Torres-López TM, Reynaldos C, Lozano A, Munguía J. Concepciones culturales del VIH/Sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México. *Revista de Salud Pública*. 2010; 44 (5): 820-9.
19. Aguilera-Guzmán RS, Mondragón L, Medina-Mora ME. Consideraciones éticas en intervenciones comunitarias: la pertinencia del consentimiento informado. *Salud Mental*. 2008; 31: 129-138.
20. Gibbs G. El análisis de datos cualitativos en Investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata; 2012.
21. Weller S. Questions Cultural Consensus Theory: Applications and Frequently Asked. *Field Methods*. 2007; 19: 339-368.
22. Torres-López, TM, Guerrero J, Salazar JG. Dimensiones conceptuales del dengue que favorecen o limitan su prevención. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012; 31(3): 197-203.
23. Torres-López TM, Matsui JO, Aranda C. Dimensiones culturales del concepto de influenza humana en estudiantes y docentes de ciencias de la salud que favorecen o dificultan su prevención. *Desacatos*. 2012; 39: 45-56.
24. Dengah F. How religious status shapes psychological well-being: Cultural consonance as a measure of subcultural status among Brazilian Pentecostals. *Social Science & Medicine*. 2014; 114: 18-25.
25. Weller SC, Baer RD, García de Alba J, Salcedo AL. Explanatory models of diabetes in the U.S. and Mexico: The patient provider gap and cultural competence. *Social Science & Medicine*. 2012; 75: 1088-1096.
26. Bustamante E. La comunicación interna y la promoción de la salud. Estudio de caso en Madrid Salud. *Hacia la promoción de la Salud*. 2013; 18(2): 79-95.
27. Flick U. La gestión de la calidad en Investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata; 2014.