

# DIMENSIONES CONCEPTUALES DEL BIENESTAR DE PERSONAS CON PADECIMIENTOS CRÓNICOS

Teresa M. Torres López, Carolina Aranda Beltrán, Manuel Pando Moreno y José Gpe. Salazar Estrada

Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara (Guadalajara, Jal., México)

E-mail: [ttorres@cencar.udg.mx](mailto:ttorres@cencar.udg.mx), [ttorres@cucs.udg.mx](mailto:ttorres@cucs.udg.mx)



## Introducción

En *Informe sobre la salud en el mundo 2002* se calculó que 7,1 millones de defunciones en el mundo se podían atribuir a la hipertensión arterial, 4,4 millones a la hipercolesterolemia y 2,6 millones al exceso de peso. De acuerdo con el Banco Mundial la diabetes mellitus está aumentando en todas partes, habiendo alcanzado una prevalencia de 5,1% en 2003; la prevalencia es mayor en países de ingreso alto, donde alcanza 7,8%, y en países en desarrollo fluctúa desde 2,4 en África al sur del Sahara en su extremo más bajo, a una cifra máxima de 7,6% en Europa oriental y Asia central. A pesar de que la prevalencia de esta enfermedad es más alta en los países de ingreso alto, la mayor parte de la carga de morbilidad (que es más de 70%), se encuentra en las regiones en desarrollo debido a su mayor población (1).

En México las afecciones crónico-degenerativas han cobrado creciente importancia no sólo como causa de muerte sino también, de manera muy importante, de discapacidad. Los padecimientos que han recibido mayor atención son los de origen cardiovascular y metabólico: la aterosclerosis y la diabetes. Sin embargo, la artrosis, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las afecciones que comprometen la salud mental merecen atención particular, pues contribuyen también al deterioro funcional y a la merma de la calidad de vida de manera muy significativa. La inequidad en el ingreso económico también influye en la prevalencia de estas afecciones (2). Las enfermedades cardiovasculares ocuparon el primer lugar como causa de muerte (71 X 100 mil habitantes) de la población adulta en el año 2000, mientras que la diabetes mellitus ocupó el segundo lugar (47 X 100 mil habitantes) (3). En el Estado de Jalisco la Hipertensión arterial tiene el 7º lugar en la frecuencia de enfermedades mientras que la diabetes mellitus ocupa el 9º lugar en el mismo estado (4).

Con estas cifras se visualiza a las enfermedades crónicas como un problema de salud en el mundo. Esta visión epidemiológica sin embargo, no puede dar cuenta en forma integral de la problemática que implica el tener este padecimiento crónico, como tampoco lo proporciona sólo el aspecto médico del tratamiento y control de la enfermedad.

Los diversos estudios sobre las enfermedades crónicas pueden agruparse en dos grandes perspectivas: el punto de vista tradicional o *etic*; y el de los sujetos enfermos o *emic*. En el campo de la antropología la diferenciación de los conceptos *emic* y *etic* hace referencia al punto de vista del investigador, en la visión *emic* o *visión desde dentro*. Permite acceder a información que se encuentra más allá de las apariencias que presentan las pautas de interacción, las costumbres y las creencias, lo cual permite entender el sentido que éstas pueden tener para la gente que las vive. En contraste, el término *etic* que designa la *visión desde afuera* (5). El segundo punto de vista es el que resalta la vivencia del padecimiento, el de la persona como actor, que tiene que vérselas todos los días de su vida con la dolencia y su atención. El partir de las concepciones culturales propias de las personas con padecimientos crónicos permiten un acercamiento de mayor calidad por parte de los profesionales de la salud hacia éstas personas.

Un estudio que consideró el punto de vista de los directamente implicados en la situación de las enfermedades crónicas tuvo como objetivo identificar la construcción de la identidad como enfermo crónico. Se encontró que las personas que ya se han identificado con una forma de vida donde aceptan su padecimiento, destacan la integración del conocimiento que se deriva de las diversas fuentes de información a las que tiene acceso, incluyendo el ello la experiencia propia. En el cual, se encuentra involucrado el desarrollo de nuevas formas de concebir su bienestar, entre las cuales se destaca la tranquilidad emocional y la vida espiritual (6).

También desde el enfoque de la Psicología positiva se ha criticado el hecho de que ha habido un énfasis en el estudio de la enfermedad, mientras que se han descuidado aspectos positivos, tales como el bienestar, la satisfacción, el optimismo y la felicidad entre otros, ignorándose los beneficios que éstos presentan para las personas (7). En particular el concepto de bienestar ha sido objeto de estudio desde diversas perspectivas teóricas, ya que ha sido identificado como bienestar psicológico, bienestar subjetivo, equilibrio emocional y como uno de los principales componentes de la calidad de vida y de la salud mental positiva.

El bienestar subjetivo esta compuesto de aspectos afectivo-emocionales (referidos a los estados de ánimo del sujeto) y otra centrada en los aspectos cognitivo valorativos (referidos a la evaluación de satisfacción que el sujeto hace de su propia vida). Se incluye también a la felicidad como otro componente del bienestar donde la vida espiritual tiene un lugar importante (8).

En las concepciones de salud integral se hace énfasis en el refuerzo de las evaluaciones positivas del entorno por parte del sujeto, que le permitan una participación activa con una alta cuota de bienestar subjetivo. Así, existen determinantes macro sociales y micro sociales del bienestar subjetivo. Entre los primeros se destaca el factor económico y la influencia de vivir en contextos individualistas o colectivistas. En lo micro social se incluye el estado civil, la satisfacción de la necesidades personales, los éxitos profesionales y personales, el apoyo y la participación sociales. Esto último es un fuerte predictor de bienestar entre las personas jubiladas, mientras que la satisfacción en el trabajo los es entre los que se encuentran en edad laboral (9).

Los estudios empíricos en torno al concepto de bienestar han sido abordados principalmente con el uso de escalas diseñadas para su medición los cuales parten de diversas modalidades de la elaborada por Denier (10,11,12) la cual mide las dimensiones de satisfacción global de vida, satisfacción con diversos dominios como es el trabajo, el afecto positivo y afecto negativo. La afectividad positiva está asociada a medidas de motivación de logro y de dominación social, a indicadores de conducta social, incluyendo la frecuencia de contactos, la satisfacción con amigos y las relaciones familiares, la implicación en organizaciones sociales y el establecimiento de relaciones nuevas (13).

Un estudio sobre bienestar subjetivo y salud con personas mayores de edad de la ciudad de La Habana, Cuba, fue realizado por Fernández et al. (14), donde se encontró que una percepción positiva de la salud se relacionó con niveles más altos de satisfacción con la vida y de bienestar. Sin embargo, podemos reconocer que al igual del concepto de salud mental, el de bienestar es un término ambiguo ya que no es ajeno al sistema de creencias y valores sociales, así como a su construcción simbólica a través del lenguaje. Por ello se planteo partir las conceptualizaciones culturales propias de las personas con padecimientos crónicos a fin de conocer su punto de vista sobre este tema. El objetivo de este estudio fue explorar las dimensiones conceptuales del bienestar de personas con padecimientos crónicos de la ciudad de Guadalajara, México, a fin de generar propuestas de intervención educativa en salud en materia de enfermedades crónicas.

### **Metodología**

El estudio se realizó en la ciudad de Guadalajara, México con dos grupos de personas con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial que participan en grupos de apoyo de dos Centros de Salud de la Secretaría de Salud, ubicados en dos colonias populares del oriente de la ciudad, cuya población tiene un nivel socioeconómico medio bajo. La atención que se proporciona en estos Centros a las personas con éstos padecimientos crónicos es de dos tipos: una en forma de consulta para llevar el control de la enfermedad y otra con la participación en un grupo de apoyo. En éstos últimos se llevan a cabo actividades físicas una vez por semana, pláticas educativas, talleres de cocina para preparar alimentos especiales para su dieta y otras actividades de tipo recreativo y cultural como son paseos, fiestas, etc.

La prevalencia de éstas enfermedades en la ciudad de Guadalajara para junio de 2006 era de 257 casos de personas con Diabetes tipo I (106 hombres y 151 mujeres), 5 389 con Diabetes Mellitus (2145 hombres y 3244 mujeres) y 7 900 con Hipertensión Arterial (2640 hombres y 5260 mujeres). Mientras que para ese mismo mes y año se registraron en el estado de Jalisco 440 casos con Diabetes tipo I, 16 720 con Diabetes Mellitus y 24 007 con Hipertensión Arterial (15)

Se realizó un trabajo de recolección sistemática de datos bajo el enfoque de la antropología cognitiva que estudia cómo los sujetos de diferentes culturas adquieren información y la procesan para generar decisiones y actuar de acuerdo a los valores normativos de su entorno (16). El diseño del estudio fue transversal exploratorio con niveles de análisis descriptivo y correlacional. En una primera etapa de entrevistas se aplicó la técnica de listados libres, a fin de obtener un repertorio de términos con los cuales se habilitó, posteriormente, la aplicación

de las técnicas de sorteo de montones, a fin describir la organización de las distintas dimensiones conceptuales que los informantes elaboran en torno al término bienestar.

El trabajo tuvo dos recolecciones sucesivas de datos, entre marzo y mayo de 2006: una con la técnica de listados libres y otra con las técnicas de sorteo de montones. En ambas recolecciones se entrevistaron 20 informantes, siendo un total de 40. El tamaño de la muestra en cada contexto se basó en el supuesto del modelo de consenso cultural de Romney et al. (17) para el estudio de patrones culturales. El supuesto 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 ó más). En ese sentido, Weller y Romney (18) sugieren un tamaño mínimo de 17 informantes para clasificar el 95% de las preguntas correctamente, bajo un promedio de competencia cultural esperada (concordancia entre las respuestas individuales y el patrón estimado de respuestas correctas del grupo) de 0.5 y un nivel de confianza de 0.95.

La estrategia de muestreo para la selección de entrevistados fue no probabilística propositiva (19), orientada a encontrar cierta variación en algunas características de los informantes: sexo, edad y diferentes enfermedades crónicas. En todas las localidades las entrevistas se efectuaron en el Centro de Salud, durante o después de las actividades cotidianas del grupo. Antes de cada entrevista se explicaron los objetivos del estudio y se obtuvo el consentimiento informado verbal, garantizándose a los informantes la confidencialidad y anonimato en la recolección y el análisis de la información. La participación de los entrevistados se sujetó a su aceptación voluntaria.

Las técnicas de recolección de datos se orientaron a la descripción del dominio cultural del concepto de bienestar. En la antropología cognitiva se entiende por dominio cultural al conjunto organizado de palabras o frases que, en distintos niveles cognitivos, hacen referencia a una esfera conceptual específica (19). En ese sentido, en la primera fase del estudio se aplicó la técnica de *listados libres*. Esta técnica 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 18 términos de cada listado, a fin de generar instrumentos de recolección de sorteo de montones que se aplicaron en la segunda fase del estudio. Esta técnica consiste en elaborar tarjetas para cada término y pedir a los informantes que formen grupos de cartas que contengan los términos más parecidos, sin importar el número de grupos generados. Después se les pide que etiqueten a cada montón con una palabra que identifique el conjunto de las tarjetas seleccionadas.

Los datos generados en las dos fases de recolección fueron tabulados en matrices de palabra por palabra y sus valores fueron transformados a proporciones de similaridades. Las matrices resultantes fueron analizadas por separado para los valores agregados y los valores individuales. En el caso de los valores agregados, las matrices fueron analizadas mediante conglomerados jerárquicos. Este método asigna palabras a dimensiones conceptuales de acuerdo a la similaridad percibida por los informantes. El grado de similaridad entre palabras se expresó en una gráfica de diagrama de árbol con niveles de correlación. En forma complementaria, se hizo la representación espacial en dos dimensiones de las similaridades de las palabras representadas en los árboles de conglomerados, mediante escalas multidimensionales no métricas. Con esta 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. En el trabajo se siguió la propuesta de Sturrock y Rocha (21), quienes sugieren para una representación de 20 términos un valor de corte de *stress* menor a 0.28 y para 15 términos un valor menor de 0.23.

En el caso de los valores individuales, las matrices fueron analizadas mediante un modelo de consenso cultural ajustado a respuestas ordinales (22). Este modelo estima la verosimilitud de que un sistema homogéneo de conocimientos predomine en una cultura, a partir de la correspondencia entre los conocimientos del grupo y los del individuo. Para el efecto, se corrieron análisis factoriales de componentes principales que agrupan a los individuos en función de sus respuestas. El criterio de bondad de ajuste para la obtención del consenso en los modelos implica que el primer factor alcance una razón tres veces mayor a la del segundo factor, lo cual significaría que hay una alta concordancia en las respuestas de los informantes. Los distintos análisis se procesaron con el paquete ANTHROPAC v. 4.1.

## **Resultados**

### **Características de los informantes**

En la fase de listados libres se entrevistó a 20 informantes, 19 del sexo femenino y uno de masculino, sus edades fluctuaban de 31 a 80 años (promedio 56.5 años), todos ellos con Hipertensión arterial, dicho padecimiento tenía un periodo de evolución de uno a 20 años (promedio de 5.7 años). Y en la segunda de sorteo de montones a 20 informantes, 15 del sexo femenino y 5 del masculino, sus edades fluctuaban de 37 a 74 años (promedio de 61 años), todas ellas con padecimientos crónicos predominando la Diabetes Mellitus y la Hipertensión arterial, padecían dichas enfermedades desde uno a 25 años (en promedio 11.15 años).

### Listados Libres

Las palabras mencionadas por los informantes con mayor frecuencia en la aplicación de los listados libres se clasificaron en tres categorías: elementos descriptivos del concepto de bienestar (a su vez clasificados en léxico = sinónimos del término, composición = elementos que conforman el concepto de bienestar y vecindad = otras palabras relacionadas), prácticas (clasificadas en acciones y funciones del bienestar) y atributos (adjetivos o calificativos), y se describen en la Tabla 1.

**Tabla 1. Palabras de mayor frecuencia obtenidas en los Listados Libres sobre el concepto de Bienestar**

<b>Clasificación de términos</b>	<b>Bienestar</b>
<b>Descriptivos</b>	<i>Salud</i>
- Léxico	<i>Energía</i>
- Composición	<i>Paz</i>
- Vecindad	<i>Estar activo</i>
	<i>Estar contento</i>
	<i>Estar bien espiritual, mental y moralmente</i>
	<i>No enojarse</i>
	<i>No estar nerviosa (o)</i>
	<i>No tener dolor</i>
	<i>No tener vicios</i>
	<i>Buena alimentación</i>
	<i>Tener dinero</i>
	<i>Sin problemas familiares</i>
	<i>Dormir bien</i>
<b>Prácticas</b>	<i>Aceptar lo que le pasa</i>
- Acciones	<i>Controlar presión y azúcar</i>
- Funciones	<i>Convivir con amigos</i>

<i>Cuidarse</i>
<i>Hacer ejercicio</i>
<i>Escuchar música</i>
<i>Evitar excesos</i>
<i>Tomar agua</i>
<i>Tomar medicamentos</i>
<i>Trabajar</i>
<i>Tranquilidad</i>
<i>Estar satisfecho con lo que hace</i>
<i>Estar libre de culpa</i>

Fuente: Listados Libres

Se presentaron igual número de términos en los elementos descriptivos y en prácticas, mientras que no hubo términos clasificados como atributos. Los términos ubicados en léxico o sinónimos de bienestar fueron: salud (una de las mujeres participantes indicó: "tratando de estar bien de salud se puede estar en bienestar, es vivir saludable"), energía (un hombre dijo: "se siente uno lleno de vitalidad") y paz. Los ubicados en composición son estados que involucran un proceso permanente de cuidados para la salud no sólo en lo físico sino también en lo mental y emocional: estar activo, contento, no enojarse, no estar nerviosa (o), no tener dolor, no tener vicios y estar bien en lo espiritual, mental y moral. Otras palabras asociadas son las de: tener dinero, buena alimentación, sin problemas familiares y dormir bien.

En cuanto a las prácticas referidas a las acciones se ubican los términos relacionados con formas de cuidado a la salud (*controlar presión y azúcar, tomar medicamentos, cuidarse, hacer ejercicio, evitar excesos*) otras hacia el logro de un estado de bienestar mental (*aceptar lo que pasa, convivir con los amigos, escuchar música*) así como una actividad productiva como lo es el *trabajar*. En cuanto a las funciones del bienestar se encuentran la *tranquilidad, estar satisfecho con lo que se hace y estar libre de culpa*.

### Dimensiones conceptuales del bienestar

En la figura 1 se muestran las dimensiones conceptuales encontradas mediante análisis de conglomerados fueron ser responsable, la felicidad (con las subdimensiones de tranquilidad, tener fe, tener salud), la disciplina (subdimensiones: desarrollo y mantenimiento y prolongar la vida) y el vivir a gusto. En la dimensión de *ser responsable* se encuentran los términos tener dinero ("*no se siente presionado si no tiene estos problemas, no hay preocupaciones*", "*los que le rodean pueden estar bien*") y trabajar (los participantes comentaron: "*se distrae y le permite estar activo*", "*lo activa*", "*le da vigor*").

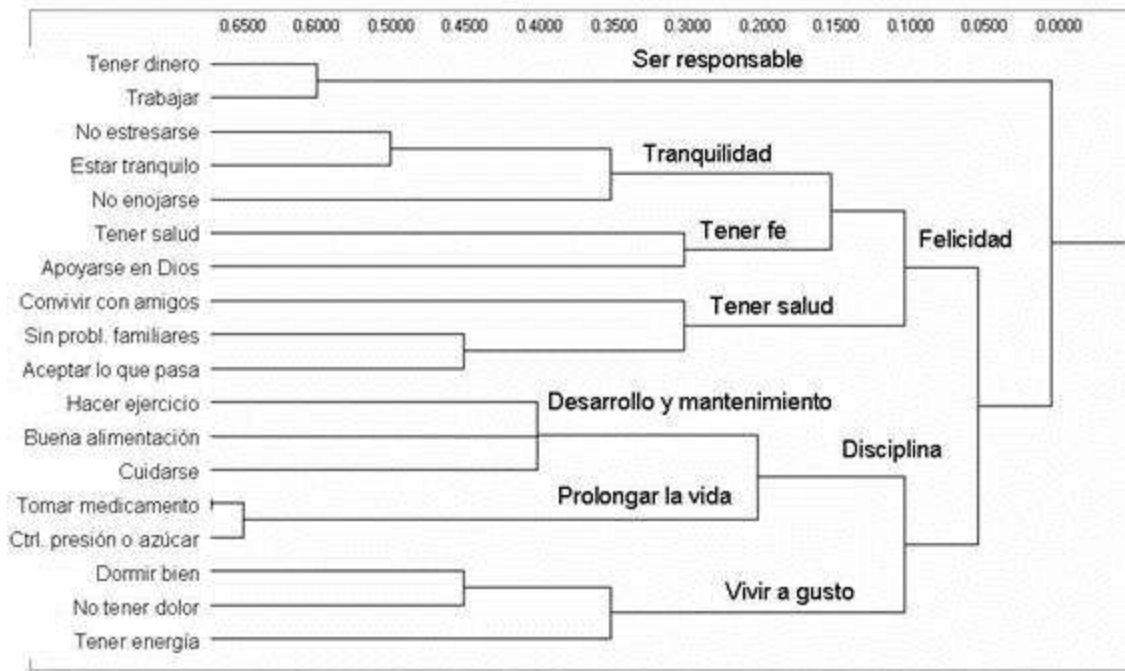
En la dimensión de felicidad que incluye la subdimensiones de tranquilidad, la cual se compone de las palabras no estresarse (una mujer dijo: "*no estresarse para que los problemas no le afecten mucho*"), estar tranquilo (otra mujer comentó: "*si está tranquilo no se le sube la presión*") y no enojarse (ya que enojarse "*puede ocasionarse problemas mas graves*"). Otra subdimensión de la felicidad es tener fe la cual incluye tener salud y apoyarse en Dios (una mujer mayor indicó: "*debe uno encomendarse a Dios para que todo el día esté bien*"). Y por último la subdimensión tener salud incluyo términos relacionados con la salud mental, como son convivir con los amigos (ya que ello "*mejora su autoestima*", "*le da alegría*", "*lo pone alegre*"), no tener problemas familiares (ya que "*con la familia unida uno se siente mejor*", "*da tranquilidad y apoyo*") y aceptar lo que pasa (en esto se mencionó: "*aceptar su enfermedad*" y "*no alterarse demasiado con lo que pasa*").

En la dimensión de disciplina se incluyeron las subdimensiones: desarrollo y mantenimiento, además de prolongar la vida. En la primera se consideró el hacer ejercicio (“le permite al cuerpo estar bien, “se relaja y le da buen humor”, “le da tranquilidad física y mental” y “le da salud al controlar su enfermedad”), tener buena alimentación (“no va a tener otras enfermedades”, “la buena alimentación da salud” “uno puede salir adelante sin enfermarse”) y cuidarse (“ir al médico, si no se cuida uno es malo”). En prolongar la vida se incluyó a tomar el medicamento y controlar la presión arterial o los niveles de azúcar.

Finalmente la dimensión vivir a gusto incluyo el dormir bien (“no hay como dormir bien para estar bien y de buenas”, “cuando uno duerme bien no amanece nervioso”), no tener dolor (“si no te aflige nada puedes estar bien”, “se pueden hacer las cosas con facilidad”) y tener energía.

Las dimensiones descritas por los árboles de conglomerados tuvieron valores de bondad de ajuste adecuados (stress < 0.28 al obtener 0.213), en el análisis de escala multidimensional no métrica.

Figura No. 1  
Dimensiones del concepto de bienestar por conglomerados jerárquicos  
mayo 2006



### Consenso cultural sobre la concepción del bienestar

La organización conceptual de las distintas dimensiones del bienestar tuvo consenso cultural. Alcanzó un nivel de razón = 8.221. Como ya se mencionó antes la regla es que este factor debe calificar más de tres veces la varianza del segundo factor, lo cual sucedió en este caso (fue 16.36 veces mayor). El porcentaje acumulado de la varianza para el factor ratio 1 fue mayor a 70% y la media de la competencia cultural individual fue mayor a 0.6, confirmando esos valores el consenso cultural. Los valores mayores a 0.3 en la medida de acuerdo grupal describen homogeneidad en la organización conceptual de las dimensiones y validan también el consenso.

**Tabla 2. Nivel de consenso cultural del concepto de bienestar (expresado en razones factoriales y varianza acumulada de factores, promedio de competencias culturales y concordancia grupal)**

<b>Personas participantes</b>	<b>Razón del Factor 1 (F1)</b>	<b>Varianza Acumulada %</b>	<b>Razón del Factor 2 (F2)</b>	<b>Varianza Acumulada %</b>	<b>Razón F1:F2</b>	<b>Competencia Cultural* Media DE</b>		<b>Concordancia grupal**</b>
20	8.221	90.1	0.502	95.6	16.36	0.62	0.15	0.38

DE: desviación estándar

\*\* Competencia Cultural: media aritmética grupal del grado de acuerdo individual con las respuestas promedio.

\*\* Concordancia grupal: promedio de Competencia Cultural elevado al cuadrado

Fuente: Análisis de consenso del sorteo de montones

### **Discusión**

El objetivo planteado para este estudio de explorar las dimensiones conceptuales del bienestar de personas con padecimientos crónicos de la ciudad de Guadalajara, México, fue cubierto. En dichas dimensiones las personas participantes mostraron una visión holística del concepto de bienestar. Ello se encuentra en concordancia con estudios anteriores referidos a las representaciones sociales de la diabetes y de la salud en general (23), donde las personas con padecimientos crónicos consideran una multiplicidad de factores en la conceptualización de sus padecimientos donde se manifestó una perspectiva global del mismo. Así se presenta en su idea de bienestar la implicación de la totalidad de su ser como persona, de sus relaciones familiares, laborales y sociales, y no exclusivamente en lo físico o fisiológico.

Las dos grandes dimensiones que conforman el concepto de bienestar tienen que ver por un lado con la responsabilidad y la disciplina, es decir, con la atención de aspectos de tipo físico y mental, lo cual llevaría al desarrollo y mantenimiento del cuerpo así como a prolongar la vida. Las dimensiones conceptuales implicadas en esta parte hacen referencia a decisiones voluntarias de tipo más bien personal, donde la familia y el aspecto comunitario no son incluidos. Con ello se resalta el carácter de autocontrol de la propia conducta en detrimento de la participación social como sería el apoyo social que pidieran proporcionar las redes sociales.

La segunda dimensión es sobre elementos de tipo mental y social donde se incluyó a la felicidad y el vivir a gusto. Ello implica la práctica de acciones y cuidados de la salud mental, la vida espiritual y social. Esto se encuentra en estrecha relación con lo encontrado por Alcántara (24) en personas que participan en forma frecuente con los grupos de autoayuda para personas con enfermedades crónicas de los Centros de Salud, ya que éstos favorecen en los participantes el fomento de su salud mental. Lo mismo fue encontrado por Díaz (25) y Fernández et al. (26) donde la participación grupal es considerada como una fuente de satisfacción. Así una de las aportaciones más relevante radica en la asociación del concepto de bienestar con el de salud mental.

Los resultados obtenidos permiten generar propuestas de intervención educativa en salud en materia de enfermedades crónicas con mayor fundamento. Dichas propuestas se presentan enfocadas tanto a las personas con dichos padecimientos, a sus familias, a los profesionales de a salud, las instituciones del sector salud y a la población en general. En cuanto a los profesionales de salud y las instituciones de salud señalar que la atención de estas enfermedades debería ser en forma integral, ya que esta es la visión que manifiestan los participantes, en lo cual se incluye el respeto y apoyo de creencias religiosas, formas de control emocional, cuidados generales, satisfacción de necesidades materiales, además de la atención médica. Así de identificar el desarrollo de nuevas formas de concebir su bienestar.

En el caso de los enfermos y sus familias, se debe reforzar los elementos de tipo cognoscitivo. Al parecer las formas de atención y cuidado de salud en el nivel informativo es suficiente y muestra un consenso aceptable, ello tiene implicaciones en la actitud positiva que se toma hacia diferentes formas de vivir con dichos padecimientos, la aceptación de su situación de salud y en la construcción de la identidad como enfermo crónico. Cabe mencionar que esto se presenta en personas que participan en grupos de autoayuda, queda pendiente explorar estos conocimientos en el caso de las personas que no acuden a este tipo de servicios.

Sin embargo, el nivel informativo no es suficiente ya que los elementos comunitarios no han sido considerados por las personas con padecimientos crónicos, o al menos no fueron enunciados en este estudio. Ello implica fomentar en las personas que les rodean, su participación en el fomento de los cuidados y en la disciplina que ha sido identificada como una obligación que sólo concierne al enfermo. La involucración de la familia en las actividades de los grupos de autoayuda y en otras actividades para llevar a la toma de conciencia sobre la situación de sus familiares podría ser un buen apoyo.

Los medios de comunicación masiva también tendrían que ser implicados en este proceso. Ya que la difusión de medidas de prevención secundaria y terciaria favorecería una mejor calidad de vida para las personas con padecimientos crónicos, máxime cuando éstos se encuentra en constante aumento. Este trabajo muestra las limitaciones propias sobre los estudios del enfoque cognitivo donde se enfatiza los elementos cognoscitivos, mientras que los niveles de análisis grupal, las prácticas y los procesos participativos no son considerados, con lo cual se limita la participación de la comunidad en el apoyo que pudiera existir entre personas con padecimientos crónicos, con sus familiares y cuidadores. Por ello anterior se surgen las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las prácticas de apoyo social que existe hacia la población con padecimientos crónicos? ¿Cuál es la participación de la familia en el mantenimiento y fomento del estado de bienestar de las dichas personas? ¿Cuáles son las prácticas que la población con padecimientos crónicos lleva a cabo para desarrollar su estado de bienestar? Estas y otras más podrían responderse en estudios posteriores.

### **Resumen**

Se explora las dimensiones conceptuales del bienestar de personas con padecimientos crónicos de la ciudad de Guadalajara, México, a fin de generar propuestas de intervención educativa en salud en materia de enfermedades crónicas. Estudio transversal exploratorio realizado entre marzo y mayo de 2006 con 40 personas con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial que participan en grupos de apoyo en Centros de Salud de la ciudad de Guadalajara, México, seleccionadas por muestreo propositivo. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas mediante técnicas de listados libres y sorteo de montones. Se indagaron términos asociados al concepto de bienestar y grupos de dimensiones conceptuales. Se aplicó análisis de consenso mediante factorización de componentes principales y análisis dimensional, mediante conglomerados jerárquicos y escalas multidimensionales. El modelo de consenso mostró alta homogeneidad en las concepciones del bienestar (valor de 8.22). Las dimensiones comunes en las concepciones fueron: ser responsable, la felicidad (con las subdimensiones de tranquilidad, tener fe y tener salud), la disciplina (subdimensiones: desarrollo y mantenimiento así como prolongar la vida) y el vivir a gusto (valor de verosimilitud:  $\text{stress} < 0.28$ ). Las personas participantes mostraron en dichas dimensiones una visión holística del concepto de bienestar. Las dimensiones de responsabilidad y disciplina hacen referencia decisiones voluntarias de tipo más bien personal, donde la familia y el aspecto comunitario no son incluidos. La segunda dimensión es sobre elementos de tipo mental y social donde se incluyó a la felicidad y el vivir a gusto. Ello implica la práctica de acciones y cuidados de la salud mental, la vida espiritual y social. Se encontró además asociación del concepto de bienestar con el de salud mental.

*Palabras clave: bienestar, enfermedad crónica, concepciones culturales*

### **Abstract**

To explore conceptual dimensions of the well-being of people with chronic illness of the city of Guadalajara, Mexico, in order to generate proposals of educational intervention in health about chronic illnesses. An exploratory cross-sectional study was realized. 40 subjects of two groups of people with diabetes mellitus and arterial hypertension that participate in groups of support of health centers of the city of Guadalajara, Mexico were selected by purposive sampling. It was applied semi structured interviews through free lists and pile sorts. It was investigated associated terms of well-being and groups of conceptual dimensions. It was applied consensus analysis with factorial principal components method and dimensional analysis with hierarchical clusters and multidimensional scales. Consensus model showed high homogeneity of well-being conceptions (ratio value of 8.22). Common dimensions of the conceptions were: to be responsible, the happiness (sub dimensions of tranquility, to have faith and to have health), the discipline (sub dimensions: develop and maintenance and to prolong the life) and lives comfortable (verisimilitude value:  $\text{stress} < 0.28$ ). The dimensions of participant people showed a holistic vision of the concept of well-being. The dimensions of responsibility and it disciplines they make reference voluntary and personal decisions, where the family and the community are not included. The second dimension is about mental and social aspects, here was included to the happiness and lives comfortable. It implies the practice of actions and cares of the mental health, the spiritual and social life. Beside, it found the association of the concept of well-being with mental health.



*Key words: well-being, chronic illness, cultural conceptions*

### **Agradecimientos**

Nuestro más profundo agradecimiento a las personas que participaron en este estudio compartiendo su tiempo y experiencias con sus enfermedades.

### **Referencias**

1. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, 2006. Las prioridades del Salud, Washington, Banco Mundial. Accesible en <http://files.dcp2.org/pdf/PIH/PIHSpanish.pdf>. Último acceso 21/11/1006.
2. Organización Panamericana de la Salud 2005. Salud y bienestar del adulto mayor en la ciudad de México. SABE, 2005. Accesible en [http://publications.paho.org/spanish/moreinfo.cfm?Product\\_ID=84](http://publications.paho.org/spanish/moreinfo.cfm?Product_ID=84). Último acceso 31/10/1006.
3. Organización Panamericana de la Salud 2002. Country health profiles: United Mexican States. Accesible en [http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp\\_484.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_484.htm). Último acceso 26/09/2006.
4. Secretaría de Salud del Estado de Jalisco 2006. Boletín Epidemiológico. Jalisco. Semana 25. Accesible en <http://ssj.jalisco.gob.mx/index.html>. Último acceso 26/07/2006.
5. Rossi, I. y E. O'Higgins 1981 Teorías de la Cultura y Métodos Antropológicos. Editorial Anagrama.
6. Torres, T.M., J.D. Castañeda, F. Chong 2005. Tener una enfermedad crónica o ser un enfermo crónico: el caso de la diabetes Mellitus. Investigación en Salud. Vol. VII No.1:42-49.
7. Cuadra, H. y R. Florezcano 2003. El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. Vol. XII No.1:83-96.
8. *Idem*.
9. Díaz, G. 2000. El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. Revista Cubana de Medicina Geriátrica Integral. Vol. 17 No. 6: 572-9.
10. Diener E., E. Suh y Sh. Oishi 1997. Recent findings on subjective well-being. Indian Journal of Clinical Psychology, March.
11. Diener, E. 2000. Subjective Well-Being. American Psychologist. Vol. 55 No.1:34-43.
12. Salazar A. y B. Torres 2004. Desenvolvimiento de una escala de bienestar subjetivo. Psicología: Teoría e Investigación. Vol. 20 No. 2: 153-164.
13. Paéz D., J.A. Adrián y N. Basabe 1992. Balanza de afectos, dimensiones de la afectividad y emocionales: Una aproximación socio psicológica a la salud mental. En Álvaro JL y cols. Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Editorial Siglo XXI 200pp.
14. Fernández N., A.M. Clúa, R.M Báez, M. Ramírez y V. Prieto 2000. Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. Revista Cubana de Medicina Geriátrica Integral. Vol. 16 No. 1: 6-12.
15. Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, *Op. cit*.
16. Bernard, H.R. 1994. Research methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative approaches. Sage Editorial.

17. Romney A., W.H. Batchelder y S.C. Weller 1987. Recent applications of Consensus Theory. Am. Behav. Sci .Vol. 31:163-177.
18. Weller, S.C. y A.K. Romney 1988. Systematic data collection. Sage Editorial.
19. Kuzel, A.J. 1992. Sampling in Qualitative Inquiry. En: B.G. Crabtree y W.L. Miller. Doing Qualitative Research. Sage Editorial 31-44 pp.
20. Bernard, H.R., *Op. cit.*
21. Sturrock, K. y J. Rocha 2000. A Multidimensional Scaling Stress evaluation table. Field Methods. Vol. 12: 49-60.
22. Weller, S.C. y N.C. Mann 1997. Assesing rater performance without a gold standard using Consensus Theory. Med. Decis. Making. Vol. 17:71-9.
23. Torres, T.M., M. Sandoval y M. Pando 2004. Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de enfermos crónicos de un barrio de Guadalajara, México. Cad. Saúde Pública. Vol. 21 No.1:101-110.
24. Alcántara, E. 2003. Perspectiva de las personas con enfermedad crónica. Las intervenciones educativas en los servicios de salud. Tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias de la Salud Pública. Universidad de Guadalajara (Guadalajara, México)
25. Díaz, *Op. cit.*
26. Fernández *et al. Op. cit.*