

DIMENSIONES CULTURALES DEL CONCEPTO DE SALUD EN TRABAJADORES JUBILADOS DE GUADALAJARA, MÉXICO

*María de los Ángeles Aguilera Velasco**

*Teresa Margarita Torres López***

*Rosa María Rodríguez García****

*Martín Acosta Fernández*****

Recibido en julio 6 de 2010, aceptado en septiembre 30 de 2010

Resumen

Objetivos: indagar la construcción social del concepto de salud a través de la exploración de los significados, las dimensiones cognitivas y el consenso cultural en trabajadores jubilados del Instituto Mexicano del Seguro Social, con la intención de aportar datos útiles para el diseño de acciones de intervención y promoción de la salud. **Material y métodos:** estudio cualitativo con diseño descriptivo, transversal y exploratorio, realizado en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México, entre enero y agosto de 2009. Los datos se recolectaron con las técnicas “listados libres” y “sorteo por montones”, en fases sucesivas con 20 personas cada vez. Se realizó análisis de dominios culturales. **Resultados:** el concepto de salud se definió principalmente a través del bienestar. Las dimensiones cognitivas del concepto revelaron una visión muy amplia y completa en las personas jubiladas, que incluyó la búsqueda de la independencia personal y el equilibrio de los aspectos físicos, mentales, emocionales, espirituales y sociales, donde la economía se identificó como un condicionante para estar tranquilos y tener salud. Se observó consenso cultural en razón de 3.888 y nivel promedio de competencia cultural de 0,512. **Conclusiones:** los elementos para considerarse en los programas de intervención y promoción de la salud comprenden la perspectiva integral. Incluyen alimentación adecuada, prevención y atención médica, ejercicio, ocuparse fuera de casa, divertirse, descansar, mantener la salud interior, estimular la propia aceptación y disfrutar las relaciones sociales y las creencias religiosas. Debido a la ausencia de elementos altruistas, se recomienda el fomento de actividades de apoyo para grupos vulnerables.

Palabras clave

Salud, jubilación, cultura, México.

* Cirujana Dentista. PhD en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Instituto de Investigación en Salud Ocupacional (IISO) de la Universidad de Guadalajara, México. Correo electrónico: aaguileracd@hotmail.com

** Psicóloga. PhD en Antropología. IISO. México. Correo electrónico: tere.torres.cucs@gmail.com

*** Contador Público. PhD en Desarrollo Humano. Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas de la Universidad de Guadalajara, México. Correo electrónico: rosa_auditoria@yahoo.com.mx

**** Psicólogo. PhD en Ciencias de la Salud en el Trabajo. IISO. México. Correo electrónico: fmartin63@gmail.com

CULTURAL DIMENSIONS OF THE HEALTH CONCEPT ON RETIRED WORKERS FROM GUADALAJARA, MEXICO

Abstract

Objectives: To investigate the social construction of the health concept through the exploration of meanings, cognitive dimensions and cultural consensus in workers retired from the Instituto Mexiocano del Seguro Social, with the intention to contribute with meaningful data for the design of intervention and health promotion actions. **Material and methods:** qualitative study with descriptive, cross-sectional and exploratory design. It was carried out in the Metropolitan Area in Guadalajara, Jalisco, Mexico, between January and August, 2009. The data collection techniques were “free list” and “pile sort” methods in successive stages with 20 people each. Cultural domain analysis was performed. **Results:** the health concept was defined mainly through the well-being concept. The cognitive dimensions of the concept revealed a very wide and complete vision in retired people which included the search for personal independence and the balance of the physical, mental, emotional, spiritual and social aspects where economy was identified as a conditioning aspect for them to be at ease and healthy. Cultural consensus at a rate of 3,888 and an average of cultural competence at 0.512 was observed. **Conclusions:** the elements to be considered in the health intervention and promotion programs cover a comprehensive perspective. They include adequate food, medical prevention and attention, exercise, outdoors activities, fun, rest, maintenance of internal health, stimulation of self-acceptance and enjoyment of social relations and religious believes. Because of the absence of altruistic elements, the promotion of supporting activities for vulnerable groups is recommended.

Key words

Health, retirement, culture, Mexico.

DIMENSÕES CULTURAIS DO CONCEITO DA SAÚDE NOS TRABALHADORES APOSENTADOS DA GUADALAJARA, MÉXICO

Resumo

Objetivos: pesquisar a construção social do conceito de saúde através da exploração dos significados culturais, as dimensões cognitivas e o consenso cultural em trabalhadores aposentados para o desenho de ações de intervenção e promoção da saúde. **Materiais e métodos:** estudo qualitativo com projeto descritivo, de seção transversal e exploratória. Realizou-se em Guadalajara, México, desde janeiro a agosto, 2009. Os dados recolheram se com as técnicas “listradas livre” e sorteio da pilha, em fases sucessivas com 20 pessoas cada vez. Realizou-se análise de domínios culturais. Resultados: o conceito de saúde definiu se principalmente a través do bem estar. As dimensões cognitivas do conceito revelaram uma visão muito amplia e completa nas pessoas aposentadas que incluiu a pesquisa da independência pessoal e o equilíbrio dos aspectos físicos, mentais, emocionais, espirituais e sociais, onde a **Resultados:** o conceito da saúde foi definido como o conceito do bem estar. As dimensões culturais da saúde mostraram visões diferentes com elementos físicos, mentais, emocionais, espirituais e sociais, onde a economia se identificou como um condicionante para estar tranquilo e ter saúde. Observou-se consenso cultural em razão de 3.888 e nível médio de competência cultural de 0, 512. **Conclusões:** Os elementos para considerar se nos programas de intervenção e promoção da saúde compreendem a perspectiva integral. Incluem alimentação adequada, prevenção, prevenção e atenção medica acondicionamento físico, ocupar se fora de casa, divertir se, descansar, manter a saúde interior, estimular a própria aceitação e desfrutar a relações sociais e as credencias religiosas. Devido à ausência de elementos altruístas, recomenda se o fomento das atividades de apoio para grupos vulneráveis.

Palavras Chave

Saúde, aposentadoria, cultura, México.

INTRODUCCIÓN

En la población jubilada existe la necesidad de realizar estudios que contribuyan a la construcción de saberes que ayuden a entender, aplicar y optimizar los discursos de la promoción de la salud, a través de la identificación de los factores condicionantes y protectores de la salud desde la óptica cultural y social, para una mejor comprensión del fenómeno salud-enfermedad (1), ya que el retiro laboral provoca cambios en los procesos de salud y enfermedad en al menos una de cada tres personas jubiladas, sobre todo en el área psicosocial.

Las personas ya jubiladas y las que están cerca de jubilarse necesitan atender su salud de manera específica. A pesar de lo anterior, en la mayoría de las instituciones de salud, empresas o asociaciones sindicales no existen programas o proyectos encaminados especialmente al cuidado de la salud de los jubilados, ya que se les atiende de acuerdo con su tipo de enfermedad aguda o crónica, sin entender que como grupo social la enfermedad cobra una materialidad distinta a la del simple mal y se convierte en un estado social (2). Como tal, este estado varía con la cultura y con los significados que se le atribuyen; por ejemplo, algunos autores de España, Cuba y México consideran que en el siglo XXI existe un nuevo grupo social de personas jubiladas con características y necesidades diferentes de los jubilados de generaciones anteriores (3, 4, 5, 6, 7, 8).

Con la intención de aportar datos que sean útiles para el diseño de acciones de intervención y promoción de la salud para los diversos grupos de personas jubiladas, en este estudio se consideró importante conocer la construcción social que hacen los trabajadores ya jubilados del concepto de la salud. Partiendo del supuesto de que las percepciones de buena y mala salud, junto con las amenazas correspondientes, se encuentran culturalmente construidas (9). Y que en esas

construcciones culturales de la salud, cada grupo social incluye formas y estilos de vida diferentes que influyen positiva o negativamente en su salud.

En ese sentido, al entender sus saberes colectivos, las representaciones y los discursos toman sentido y pueden ayudar a entender las acciones asumidas por un grupo social (1). Cada grupo humano tiene un significado para cada cosa del hacer y del quehacer, de manera que los significados tienen solo las connotaciones que cada grupo humano particular les da, pudiendo ser parecidos a los de otro grupo, pero nunca totalmente iguales; cada uno tiene su huella digital cultural, y por ello, no existen dos grupos humanos con la misma cultura (10).

La antropología cognitiva proporciona orientación teórica útil en el estudio de la cultura, al estudiar la relación entre la sociedad humana y el pensamiento humano (11). Basada en su enfoque, la teoría del consenso cultural reúne técnicas analíticas y modelos que pueden ser usados para estimar las creencias culturales y el grado en el cual los individuos conocen y reportan esas creencias. En el modelo, se estiman las respuestas culturalmente correctas a una serie de preguntas y el conocimiento de cada informante o el grado en que se comparten las respuestas (12). Desde este modelo se considera que si las personas tienen más conocimiento culturalmente correcto, hay más consenso, y es posible decir que si hay mayor consenso en las personas, están más informadas (13).

La teoría del consenso cultural estima la verosimilitud de que un sistema homogéneo de conocimientos predomine en una cultura; el grado de correspondencia entre los conocimientos de cada individuo y el sistema cultural de conocimientos, y el patrón de respuestas aceptadas como válidas en el grupo cultural, sin referencia a un patrón biomédico de respuestas correctas. Dicha teoría define el consenso como un patrón alto de correspondencia en las respuestas de los

informantes de un mismo grupo cultural, a las preguntas de un cuestionario referido a un tema específico y a la cultura como el conocimiento en el sentido más general, obtenido como el producto final del aprendizaje (14).

Los conceptos clave dentro de la teoría del consenso cultural son el dominio cultural o semántico, como categoría conceptual única, y los lexemas o elementos que definen el significado del mismo. La estructura o modelo semántico se define como el arreglo de los términos respecto a otros, representados en algún sistema métrico y descrito como un conjunto de distancias entre puntos que refleja la diferencia entre ellos. En el espacio estructural, los elementos que se consideran similares están más cerca entre sí que los que se consideran menos similares (15).

Bajo el contexto de la cultura, se han estudiado en México las dimensiones conceptuales del concepto de bienestar en personas con padecimientos crónicos (16) así como las representaciones sociales sobre salud y enfermedad en adultos (17) y las vivencias de la jubilación en odontólogos (18). En Chile, también se han analizado las dimensiones culturales, pero en el proceso de atención primaria desde el punto de vista de las madres (19). En los Estados Unidos de Norteamérica culturalmente se han explorado los conceptos de salud y enfermedad (20, 21, 22) y la perspectiva de los pacientes y los proveedores de la salud (23).

El objetivo general del presente estudio fue explorar las dimensiones culturales del concepto de salud en trabajadores jubilados del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Zona Metropolitana de Guadalajara, México. Los objetivos específicos fueron describir los significados, explorar la estructura cognitiva e interpretar el consenso cultural del concepto de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

El estudio fue de tipo cualitativo con diseño descriptivo, transversal y exploratorio, realizado en dos fases sucesivas, en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México, entre los meses de enero y agosto de 2009.

Muestra y participantes

En la primera fase se entrevistaron 20 informantes y en la segunda fase se entrevistaron otros 20, lo que representó un total de 40 informantes. El tamaño de la muestra se basó en el supuesto del modelo de consenso cultural de Romney, Weller y Batchelder (24) para el estudio de patrones culturales. El supuesto plantea que en los estudios de descripción cultural, el tamaño de la muestra no debe ser grande, debido a que la correlación promedio entre informantes tiende a ser alta. Weller y Romney (25) indican un tamaño mínimo de 17 informantes, si se espera clasificar el 95% de las preguntas correctamente, bajo un promedio de competencia cultural de 0,5 y nivel de confianza de 0,95. Al ser la muestra de la población participante mayor a este número, se consideró que se cumplió con el criterio de suficiencia y de saturación de la información.

Se integró una muestra de tipo bola de nieve donde los criterios de selección fueron incluir trabajadores ya jubilados de ambos sexos, de nivel socioeconómico medio, que hubieran trabajado entre 27 y 30 años en el Instituto Mexicano del Seguro Social y que se hubieran desempeñado como médicos, químicos, enfermeros, trabajadores sociales o laboratoristas.

Los participantes fueron abordados, primero, por teléfono, para explicarles los motivos del estudio y obtener su consentimiento informado, y luego, en su domicilio. El primer informante proporcionó

algunos teléfonos de otros jubilados amigos suyos, quienes a su vez fueron proporcionando los teléfonos de otros amigos.

Los participantes de la primera fase tuvieron entre 53 y 76 años de edad, con una media de edad de 60,45. De ellos, 13 personas fueron del género femenino y el resto del género masculino. Las personas de la segunda fase oscilaron entre 51 y 81 años de edad, con una media de edad de 62,3, de las cuales 14 eran del género femenino y 6 del género masculino. La mayoría reportó tener algún tipo de enfermedad crónica como problemas lumbares y renales, reumatismo, osteoporosis, hipertensión arterial, obesidad, diabetes, insomnio y cáncer de mama.

Todas las personas participaron en forma voluntaria y se garantizó la confidencialidad y el anonimato en el tratamiento de la información. Se les aclaró cualquier duda que surgió de los procedimientos, riesgos y beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación y datos personales, y se les indicó que podían abandonar el estudio en el momento que quisieran; sin embargo, todas las personas abordadas participaron en el proceso completo.

Técnicas de recolección

La recolección sistemática de los datos se realizó en dos fases sucesivas a través de las técnicas: “listados libres” y “sorteo por montones”. Ambas técnicas son adaptaciones de diversas técnicas que se utilizan en el campo de la investigación participativa (26). El tiempo de aplicación en la primera fase no pasó de 5 minutos mientras que en la segunda fue de 10 a 15 minutos.

En la primera fase del estudio se aplicó la técnica “listados libres”, que sirvió para crear las listas y conocer los lexemas del dominio de la salud. La técnica consistió en pedir a los participantes un listado escrito de las cinco primeras palabras que les vinieran a la mente con el término salud.

Posteriormente, se les indicó que explicaran sus respuestas. Los resultados de la primera fase sirvieron para conocer los significados del concepto de la salud y habilitar la segunda fase del estudio.

La segunda fase del estudio se llevó a cabo a través de la técnica de sorteo por montones. Dicha técnica se utilizó para comparar los puntos de vista de los informantes. Consistió en escribir el nombre de cada elemento seleccionado en una tarjeta y requerir a los informantes que agruparan los términos similares en pilas y que nombraran y describieran el significado de cada pila. No se les solicitó estimación de las cantidades, ni se impuso un determinado número de pilas.

Análisis de los datos

El análisis de los listados libres se basó en tres supuestos: a) algunos términos del dominio son más sobresalientes, mejor conocidos, importantes o familiares que otros, y cuando la gente hace listados libres tienden a mencionarlos en primer término; b) los individuos que poseen un mayor conocimiento del dominio listan más que aquellos que cuentan con un conocimiento menor, y c) los términos que más se mencionan indican los elementos más destacados de la temática (25).

Para realizar el análisis de los listados libres, las palabras de las 20 listas se tabularon literalmente y se procesaron en el programa Anthropic 4.9. Se obtuvo la clasificación de las palabras de acuerdo con la frecuencia de mención y con la posición promedio de cada palabra en las listas. A partir de esos datos, las palabras se ordenaron a través de dos tablas, una para los elementos destacados (o más frecuentes) y otra para los elementos relevantes (o más importantes). Para el ordenamiento de los elementos destacados, las palabras, de acuerdo con su frecuencia, se integraron en elementos centrales, intermedios o periféricos. Los resultados obtenidos se interpretaron tratando de buscar el significado del concepto de la salud. Posteriormente, para la

ordenación de los lexemas relevantes se obtuvo el producto del rango de cada elemento con su posición promedio en las listas. Donde 1 fue el rango final más alto (26). A través de este análisis se encontraron nuevos puntos de vista que no se observaron en la organización por frecuencias, sobre todo cuando algunos elementos se situaron al principio o al final de las listas.

El análisis de la técnica de sorteo por montones se basó en el criterio de similitud entre elementos, buscando similitud de significados, mas no igualdad de significados, ya que esto último reduce la tarea semántica a la búsqueda de sinónimos (27). Los datos del sorteo por montones también se procesaron en el programa Anthropac 4.9. Las pilas de elementos se tabularon en una matriz de doble entrada y se evaluó el nivel de similitud entre los elementos. Los valores obtenidos se transformaron a proporciones de similaridades y se exploraron por separado los valores individuales y los agregados.

Las matrices de valores agregados se analizaron en conglomerados jerárquicos, donde los elementos considerados como similares por los sujetos fueron asignados a un mismo clúster o conglomerado, mientras que los diferentes se asignaron a conglomerados diferentes. En el clúster análisis se definen grupos tan distintos como sea posible en función de los datos. El método utilizado en este caso fue la vinculación entre grupos, con la medida de similitud de chi cuadrada para los valores de frecuencia, utilizando el enlace promedio. El grado de similaridad entre las palabras se expresó a través de un dendograma o gráfica en forma de árbol con niveles de correlación, que sirvió para revelar las dimensiones perceptuales que la gente usó para distinguir el concepto de la salud, así como para detectar los grupos de temas que conformaron los subdominios (28).

Para la exploración comparativa de las similaridades entre los grupos se utilizó el modelo de escalamiento multidimensional no

métrico. Este modelo trató de representar en un espacio geométrico de pocas dimensiones las proximidades, sin presuponer una relación lineal entre las proximidades y las distancias, sino establecer una relación monótona creciente entre ambas. El procedimiento se basó en transformar la matriz de proximidades en una matriz de rangos, obtener la distancia entre los estímulos, comparar las proximidades con las distancias y obtener las disparidades. A través del coeficiente de *stress* obtenido se conoció la bondad del ajuste del modelo, teniendo en cuenta que mientras mayor fue la diferencia entre las disparidades y las distancias, mayor fue el nivel de *stress*. El valor perfecto de *stress* es cero: 0,025 excelente; 0,050, bueno; 0,10, regular, y 0,20, pobre (29).

Las matrices de los valores individuales se analizaron a través del modelo cultural ajustado a respuestas ordinales. El 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 conocimientos individuales. Para ello 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 (F1) alcance una razón tres veces mayor a la del segundo factor (F2), lo cual significaría que hay una alta concordancia en las respuestas de los sujetos. Los resultados obtenidos en este análisis se presentaron por medio de una tabla.

Consideraciones éticas

Éticamente, la investigación se sujetó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México (30), de manera que se la consideró como una investigación sin riesgo. Los participantes conocieron los objetivos del estudio y dieron consentimiento informado verbal. Así mismo, el Comité Científico y de Ética del Instituto de Investigación en Salud

Ocupacional del Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara revisó este estudio y, en su momento, lo aprobó.

RESULTADOS

Significados del concepto de salud

Las palabras mencionadas por los participantes se encuentran en las Tablas 1 y 2, clasificadas de acuerdo a la frecuencia de mención y a la relevancia, respectivamente. De manera central, el concepto de salud se definió a través del término *bienestar*. Una persona mencionó: “*si tengo bienestar tengo salud y no tengo de qué quejarme*”; otra agregó: “*es un estado de tranquilidad, de armonía, de felicidad, de sentirse bien*”.

Con frecuencia intermedia se mencionaron las acciones que facilitaban la salud, como *ejercicio, viajes y paseos, alimentación, prevención, relaciones armoniosas, ocupación y descanso*. Así mismo, la salud se halló compuesta de *vitalidad, armonía, economía, familia, satisfacción, amor, enfermedad, seguridad y equilibrio*. Le atribuyeron los sentimientos de *felicidad, tranquilidad y calidad de vida*. Se distinguieron tres tipos de salud: *mental, física y espiritual*.

De forma menos frecuente, se mencionaron la *salud social* y la *salud emocional*, los *nervios* y la *muerte*. La necesidad de que la salud fuera *accesible*, con intervención de *Dios* y la *Virgen*, poder contar con *estímulo, atención médica* y convivir con la *naturaleza*. Y el reconocimiento del *éxito* en la salud, como *ausencia de enfermedad y libertad* para moverse sin ayuda de nadie (Ver la Tabla 1).

La *salud emocional* y *Dios* fueron los elementos que, en promedio, se nombraron primero en las listas, seguidos de *bienestar, prevención y muerte*. Esto indica que si bien se definió la salud como

un estado de bienestar integrado por actividades preventivas, las principales preocupaciones de las personas jubiladas se encontraron en los aspectos emocionales, en la accesibilidad a la salud y en llegar a la muerte, teniendo presentes sus creencias religiosas (Ver la Tabla 2).

Las palabras que se seleccionaron para la segunda fase del estudio fueron: *bienestar, ejercicio, viajes y paseos, alimentación, prevención, relaciones armoniosas, ocupación, descanso, vitalidad, economía, familia, satisfacción, amor, equilibrio, felicidad, tranquilidad, calidad de vida, salud física y salud espiritual*, por ser de frecuencia central e intermedia. De frecuencia periférica se incluyó la palabra salud emocional, por considerarse que representó una preocupación relevante de las personas jubiladas.

Dimensiones culturales en el dominio de la salud

El dendograma que representa las dimensiones culturales del concepto de la salud se encuentra en la Figura 1 (se encuentra al final del texto). En la primera dimensión se halló que para tener salud física se necesitaba valerse por sí mismos y estimularse para sentirse mejor. Para valerse por sí mismos (“*para no molestar o depender de nadie*”) fue importante sentar las bases de una buena salud, a través de la alimentación (“*con buena alimentación hay buena salud*”) y la prevención (“*salud es prevenir enfermedades*”), así como mantenerse activos a través del ejercicio (“*contribuye a estar bien en la salud*”; “*si no hago ejercicio, si soy sedentaria, se vienen un montón de enfermedades*”) y de tener vitalidad (“*poderte mover, estar activa físicamente*”). Las actividades (*estímulos*) que contribuyeron a la buena salud física incluyeron descanso, placer (viajes y paseos) y alguna ocupación fuera de la casa (“*distraerse para salir de la rutina*”; “*estar ocupados en algo que nos guste*”; “*cuando se ocupa uno en algo, en lugar de deprimirse, lo estimula a salir adelante y sentirse mejor*”).

Tabla 1. Elementos destacados por frecuencia de mención en el dominio de la salud en trabajadores jubilados de Guadalajara, México, 2009.

Elemento/Frecuencia %	Significado	Clasificación
Bienestar 50%	<i>Definición</i>	Elemento central
Ejercicio 30% Viajes y paseos 25% Alimentación 25% Prevención 15% Relaciones armoniosas 10% Ocupación 10% Descanso 10%	<i>Prácticas</i>	Elementos intermedios
Vitalidad 25% Armonía 25% Economía 20% Familia 20% Satisfacción 15% Amor 15% Enfermedad 10% Seguridad 10% Equilibrio 10%	<i>Componentes</i>	
Felicidad 20% Tranquilidad 20% Calidad de vida 15%	<i>Atributos</i>	
Mental 20% Física 10% Espiritual 10%	<i>Tipos</i>	
Social 5% Emocional 5% Nervios 5% Muerte 5%	<i>Problemas</i>	
Accesible 5% Virgen 5% Dios 5% Naturaleza 5% Estímulo 5% Atención médica 5%	<i>Necesidades</i>	Elementos periféricos
Éxito 5% Ausencia de enfermedad 5% Libertad 5%	<i>Logros</i>	

Fuente: Listados libres.

Tabla 2. Elementos relevantes en el dominio de la salud en trabajadores jubilados de Guadalajara, México, 2009.

Elemento	Frecuencia %	Rango por frecuencia	Posición promedio	Relevancia
Bienestar	50	1	16	1,6
Ejercicio	30	2	3,33	6,66
Economía	20	4	1,75	7
Emocional, Dios	5	7	1	7
Armonía	25	3	2,4	7,2
Mental	20	4	2,25	9
Física	10	6	1,5	9
Viajes y paseos	25	3	3,2	9,6
Prevención	15	5	2	10
Vitalidad, Alimentación	25	3	3,4	10,2
Familia	20	4	2,74	11
Felicidad	20	4	3,25	13
Tranquilidad	20	4	3,5	14
Accesible, Muerte	5	7	2	14
Seguridad	10	6	2,5	15
Calidad de vida	15	5	3,33	16,65
Enfermedad	10	6	3	18
Satisfacción, Amor	15	5	3,67	18,35
Equilibrio	10	6	3,5	21
Virgen, Libertad	5	7	3	21
Espiritual	10	6	4	24
Ocupación, Descanso	10	6	4,5	27
Social, Ausencia de enfermedad, Naturaleza	5	7	4	28
Relaciones armoniosas	10	6	5	30
Estímulo, Atención médica, Nervios, Éxito	5	7	5	35

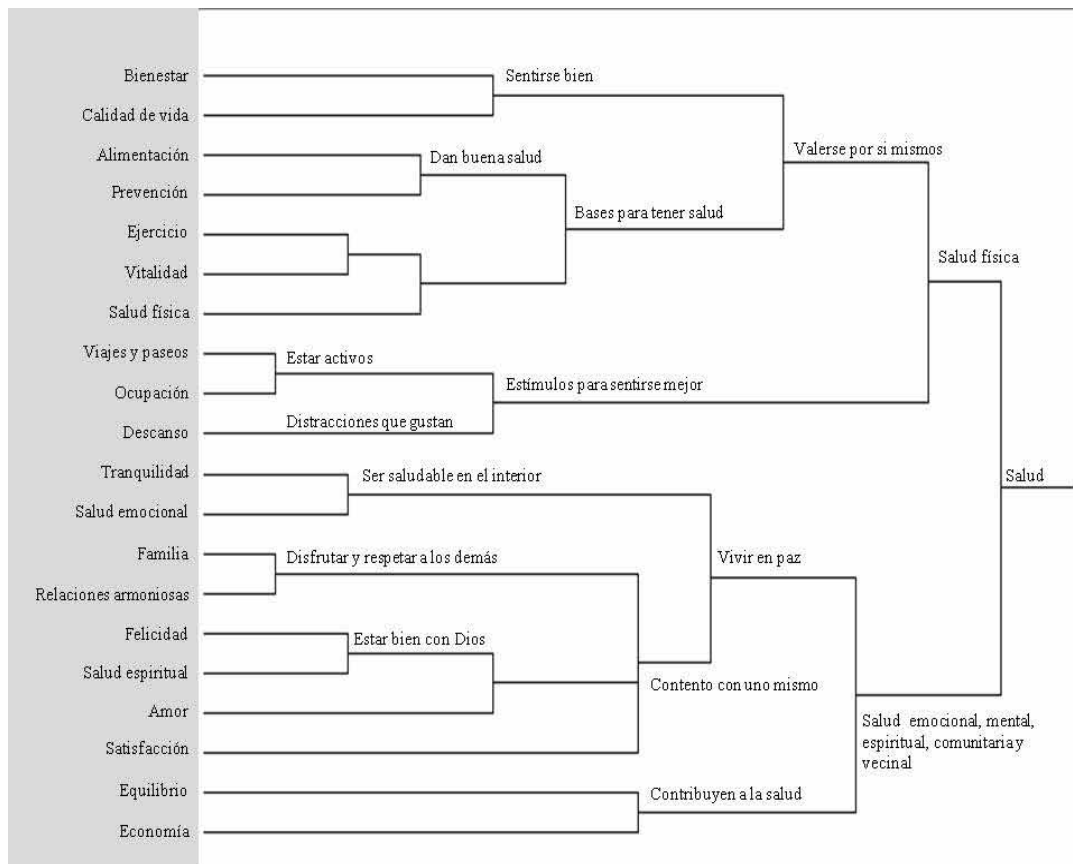
Fuente: Listados libres.

En la segunda dimensión se halló que para tener salud emocional, mental, espiritual, vecinal y comunitaria era necesario vivir en paz (“cuando estás tranquilo mentalmente, también tienes un cuerpo sano”; “si tengo tranquilidad no voy a enfermar, porque las angustias pueden provocar enfermedades”), contar con recursos económicos suficientes (“con dinero hay tranquilidad, bienestar y salud”) y mantener el equilibrio en todas las áreas de la vida. Para vivir en paz se consideró importante tener salud interior (“siendo saludable en mi interior, donde están las emociones, puedo vivir más tranquila y en paz con todos los que me rodean”), disfrutar a las personas amadas (“vivir

y dejar vivir, entender a los demás y entenderme, respetar y aceptar a los demás con límites”; “donde hay salud hay amor”), estar bien con Dios (“porque la vida se acaba y viene la vida eterna”) y sentirse conformes consigo mismos (“con lo que se ha obtenido, con lo que llegado a formar de su cuerpo y de su persona”). (Ver la Figura 1).

Las dimensiones descritas por los árboles de conglomerados tuvieron valores de bondad de ajuste adecuados ($stress = 0,163$, equivalente a regular) en el análisis de escala multidimensional no métrica.

Figura 1. Dimensiones culturales del concepto de salud en trabajadores jubilados de Guadalajara, México, 2009.



Consenso cultural de la salud

La organización conceptual de las distintas dimensiones de la salud tuvo consenso cultural. Alcanzó un nivel de razón = 3.888. Como ya se mencionó antes, la regla es que F1 debe calificar más de tres veces la varianza de F2, lo cual sucedió en este caso, significando con ello

una alta concordancia en las respuestas de las personas jubiladas. El porcentaje acumulado de la varianza para F1 fue de 69,6% y la media de la competencia cultural individual fue de 0,512, con una desviación estándar de 0,116, confirmando un nivel de competencia cultural media del 95%. El nivel de concordancia grupal alcanzó una validez del 90% (Ver la Tabla 3).

Tabla 3. Consenso cultural del concepto de salud en trabajadores jubilados de Guadalajara, México, 2009.

Participantes	Razón F1	Varianza acumulada %	Razón F2	Varianza acumulada %	Razón F1:F2	Competencia cultural media*	Desviación estándar	Concordancia grupal**
20	5,512	69,6	1,417	87,5	3,888	0,512	0,116	0,262

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

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

DISCUSIÓN

A través de los resultados se observó que la salud significó fundamentalmente bienestar en las personas jubiladas, tal y como se ha encontrado en otros estudios con diferentes tipos de población (16, 17, 18). A pesar de padecer diversas enfermedades crónicas, las personas jubiladas tuvieron una visión muy amplia y completa del concepto de la salud, que incluyó la búsqueda del equilibrio y la armonía de los aspectos físicos, mentales, emocionales, espirituales y sociales, con énfasis en el cuidado de la familia y en la salud vecinal y comunitaria. Ellas identificaron, además, el factor económico como un condicionante importante que influye en la tranquilidad emocional. A través de sus percepciones, la salud no fue un fin en sí mismo, sino el medio para alcanzar la plenitud, la independencia y realización personal. A diferencia del punto de vista de la población adulta en general (17) de una colonia de clase media de Guadalajara,

México, con edad media de 47 años en los varones y 44 años en las mujeres, quienes en la estructura cognitiva de la salud solamente distinguieron los aspectos físicos, emocionales y espirituales de la salud; y de la perspectiva de algunas madres de los centros de atención primaria chilenos, con edad promedio de 29 años y escolaridad media de 8 años, en donde sus dimensiones culturales de la salud estuvieron vinculadas fuertemente a fenómenos naturales y mágico-religiosos (19).

Por otro lado, tal como lo manifiestan algunos estudios (20, 23) sobre la divergencia de opinión entre proveedores de salud y usuarios, en este estudio también se encontró una concepción de la salud inserta en un amplio contexto cultural y social, común entre los usuarios de los servicios de salud (21), y no desde el punto de vista de los profesionales de la salud, quienes generalmente reducen su concepción a los aspectos biomédicos de la salud y centran su atención en la enfermedad,

en un contexto de facilidades tecnológicas y clínicas, para abordar el proceso patológico, dejando en un segundo plano las influencias sociales y culturales (22).

Sin embargo, es importante resaltar que los informantes de este estudio, antes que personas jubiladas, fueron proveedores de la salud, de tal forma que cabría preguntarse en futuros estudios cómo es que llegaron a transformar su punto de vista y de qué manera influye la jubilación. Al respecto, se ha encontrado que los odontólogos jubilados (18) consideran que en la jubilación mejora su estado de salud porque disponen de mayor tiempo para cuidarse; en cambio, los dentistas prejubilados han percibido que durante los años previos a jubilarse, disminuye su salud debido al estrés y la ansiedad que sienten por los trámites e incertidumbre de su jubilación, que se suman al estrés cotidiano del trabajo y de la atención de la familia.

En los resultados también se observa que los jubilados de este estudio, al ser personas con preparación profesional y amplia experiencia en el ámbito del trabajo, gracias al tiempo libre de que disponen y al ingreso económico, aunque reducido, pero estable, corresponden al nuevo perfil de los jubilados (3, 4, 5, 6, 7) y podrían tener un papel de importancia especial en las organizaciones al apoyar a los grupos sociales vulnerables, como niños en situación de abandono, ancianos e incluso otros jubilados, ya que podrían brindar testimonios y asesoría sobre el cuidado de la salud, y al ayudar a otros, también se estarían ayudando a sí mismos, ya que manifestaron la importancia que tiene para la propia salud el mantenerse ocupados. Cuando las personas poseen movilidad y autonomía, la jubilación puede convertirse en una situación favorable al logro de un ocio fecundo, que posibilite el desarrollo personal, una mejor calidad de vida y la contribución al desarrollo humano de la sociedad, durante un período posterior al cese de la actividad laboral (8).

CONCLUSIONES

El objetivo de explorar las dimensiones culturales del concepto de la salud en los trabajadores jubilados del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Zona Metropolitana de Guadalajara, México, se cumplió. También se logró la descripción de los significados, la exploración de la estructura cognitiva y la interpretación del consenso cultural del concepto de salud.

Los elementos para considerar en los programas de intervención y educación incluirían la promoción de la salud integral a través de: a) alimentación balanceada, b) atención médica para la prevención, detección oportuna y control de enfermedades, c) rutina de ejercicios, d) mantenerse ocupados tanto con actividades laborales como de ocio y placer al aire libre, e) búsqueda de salud interior a través del control de las emociones, f) desarrollo de habilidades sociales y fomento de valores de tolerancia y respeto que permiten relacionarse mejor con la familia y la sociedad en general, g) estímulo de las creencias religiosas que proporcionan salud espiritual, y h) fortalecimiento de la propia aceptación que aporta satisfacción con la vida.

El presente estudio refuerza el carácter cultural del término, ya que los sistemas de significados sobre la salud en los jubilados llevan a moldear la experiencia (real o subjetiva), condicionan sus percepciones e interpretaciones e influyen en sus prácticas de atención y vida.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra la falta de un abordaje desde la perspectiva de género. Otra limitación fue la falta de análisis grupal e indagación de las prácticas. Sin embargo, la metodología empleada presenta la ventaja de utilizar técnicas de aplicación y análisis de resultados en forma más rápida que las utilizadas en otros estudios cualitativos tradicionales, por lo

que la transferibilidad metodológica podría resultar de interés en otros campos de la atención primaria de salud, mientras que la transferencia de los resultados sólo puede considerarse en poblaciones con características sociales y culturales similares a la de los informantes seleccionados (17).

AGRADECIMIENTOS

Los autores se encuentran muy agradecidos con las personas jubiladas quienes generosamente participaron en este estudio, ya que sin su valioso apoyo no hubiera sido posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escobar CL. Antropología médica: una visión cultural de la salud. *Revista Hacia Promoción de la Salud*. 2003;(8):51-57.
2. Lejarraga A. La construcción social de la enfermedad. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2004;102(4):271-276.
3. Bazo MT. La institución social de la jubilación y las personas jubiladas. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. 2000:241-255.
4. Canes C, García RM. Perfil del anciano del año 2000. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 1989;(24):335-341.
5. De Zayas I. El reto de la atención socio-asistencial de los nuevos jubilados. En *IV Jornadas de Intervención Social del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*. 1996;(3):2365-2373.
6. Lizaso I, Sánchez M, Reizábal L. Factores psicológicos y salud asociados con un nuevo perfil de jubilados. *Revista Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. 2008;24(3):303-324.
7. Meléndez JC. La percepción de posibilidades personales: ¿existen diferencias entre prejubilados y jubilados? *Gerokomos*. 1996;(7):109-114.
8. Téllez V, Reyes D. Jubilación, envejecimiento y espacios alternativos de participación social. Santiago. 2004;(104):102-105. Disponible en: <http://www.uo.edu.cu/ojs/index.php/stgo/article/view/14504207/831>
9. Flores-Guerrero R. Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural. *Revista Mad*. 2004;(10):1-8. Disponible en: <http://www.revistamad.uchile.cl/10/paper03.pdf>
10. Austin TR. Para comprender el concepto de cultura. *Revista UNAP Educación y Desarrollo*. 2000;1(1):1-10. Disponible en: javeriana.edu.co/personales/jramirez/PDF/Austin-pcecddec.pdf
11. D'Andrade R. *The development of cognitive anthropology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1995.
12. Weller S. Cultural Consensus Theory: Applications and Frequently Asked Questions. *Field Methods*. 2007;19(4):339-368.
13. Boster JS. Introduction. *American Behavioral Scientist*. 1987;31(2):150-162.
14. Romney K, Batchelder W, Weller S. Recent applications of cultural consensus theory. *American Behavioral Scientist*. 1987;31(2):163-177.
15. Romney K, Boyd JP, Moore C, Batchelder W, Brazil TJ. Culture as shared cognitive representations. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 1996;(93):4699-4705.
16. Torres TM, Aranda C, Pando M, Salazar JG. Dimensiones conceptuales del bienestar de personas con padecimientos crónicos. *Revista de Salud Pública y Nutrición RESPYN*. 2007;8(4):1-8. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/viii/4/articulos/bienestar.htm>
17. Torres TM, Munguía JA, Pozos BE, Aguilera MA. Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de la población adulta de Guadalajara, México. *Aten Primaria*. 2010;42(3):154-161.
18. Aguilera MA, Torres TM. Vivencias de jubilación y prejubilación en odontólogos. *Revista de Salud Pública y Nutrición RESPYN*. 2008;9(1):1-8. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/ix/1/index.html>
19. Alarcón AM, Vidal AC. Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Salud Pública de México*. 2005;47(6):440-446.
20. Helman C. *Culture, health and illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1994.
21. Hanhn R. *Sickness and healing: An anthropological perspective*. New Haven: Yale University Press; 1995.

22. Bryant J. Health and developing world. Cornell: University Press; 1975.
23. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University Press, 1980.
24. Romney K, Weller S, Batchelder W. Culture as consensus: A theory of culture and informant accuracy. *American Anthropologist*. 1986;(88):313-338.
25. Weller S, Romney K. Systematic Data Collection. Newbury Park, Beverly Hills, London, New Delhi: Sage; 1988.
26. Chevalier JM. Listados libres y clasificación por montones. *Sistemas de Análisis Social 1.0*. 2006. Disponible en: <http://www-sas-pm.com/>
27. Coxon AA. Sorting data: Collection and analysis. Thousand Oaks, CA: Sage; 1999.
28. Borgatti SP, Halgin D. Guía del etnógrafo. 1999; Tomo 3. Walnut Creek: Comunicado de Altamira.
29. Kruskal JB. Nonmetric Multidimensional Scaling: A Numerical Method. *Psychometrika*. 1964;(2):115-129.
30. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México,; 1983.