

Percepción Sobre Salud y Bienestar en Trabajadores de la Salud en dos Entidades Federativas de México.

Health and welfare perception in health workers in two states of Mexico.

Hernández Cornelio, Carolina*, Priego Álvarez, Heberto Romeo**,
Ávalos García, María Isabel***

*Médico Cirujano. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud. Email: carohc28@hotmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1109-9785>.

**Doctor en Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud. Email: heberto_priego@hotmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9217-5702>.

***Doctora en Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud Email: isaavalos67@hotmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0115-4231>.

Correo para recibir correspondencia:

Heberto Romeo Priego Álvarez
heberto_priego@hotmail.com

ISSN 2448-4733



RESUMEN

OBJETIVO: Describir la percepción sobre la salud y el bienestar en trabajadores de la salud en dos entidades federativas del Sureste Mexicano.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, comparativo, transversal, realizado en una población de 540 trabajadores sanitarios en los estados de Tabasco y Campeche. Se aplicó un cuestionario validado sobre percepción de la salud y bienestar, previo consentimiento informado. Las variables de interés fueron sociodemográficas, autoconcepto de vida saludable, salud, bienestar y actividades que generan y producen salud y bienestar, para el análisis de la información, se empleó estadística descriptiva en el programa estadístico SPSS-25.

RESULTADOS: Predominaron las mujeres con estudio de bachillerato en ambos estados. El autoconcepto de salud en Tabasco se asoció a la dimensión biológica y fisiológica (físicamente 44% y saludable 15%). y perciben que para “sentirse bien” hay que tener una buena relación entre mente, cuerpo; mientras en Campeche, la salud es vista como la contraparte de la enfermedad (35%), y el comer bien, es lo que más los satisface.

CONCLUSIONES: La percepción de salud y bienestar fue diferente en cada grupo. Estos hallazgos arrojan luz sobre los desafíos, las necesidades y las oportunidades para promover un entorno más saludable, empático y sostenible para los trabajadores.

PALABRAS CLAVE: Percepción, Salud, Bienestar, Trabajadores de la salud.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the health and welfare perception of health workers in two states in the Mexican Southeast.

MATERIAL AND METHOD: Observational, comparative, cross-sectional study carried out in a population of 540 health workers in the states of Tabasco and Campeche. With prior informed consent, a validated health and welfare perception questionnaire was applied. The variables of interest were sociodemographic, self-concept of a healthy life, health, welfare, and activities that generate and produce health and welfare. Descriptive statistics was used in the SPSS-25 statistical program to analyze the information.

RESULTS: Women with a high school education predominated in both states. The self-concept of health in Tabasco was associated with the biological and physiological dimensions (physically 44% and healthy 15%). They perceive that “to feel good,” you have to have a good relationship between mind and body, while in Campeche, health is seen as the counterpart of illness (35%), and eating well is what satisfies them the most.

CONCLUSIONS: The health and welfare perceptions were different in each group. These findings shed light on the challenges, needs, and opportunities to promote a healthier, more empathetic, and sustainable environment for workers.

Keywords: Perception, Health, Welfare, Health workers.

La percepción de la salud y el bienestar en los trabajadores de la salud es un aspecto fundamental, pero a menudo subestimado en el entorno sanitario actual. La labor de estos recursos es esencial para el funcionamiento efectivo de los sistemas de atención médica, sin embargo, su propia salud y bienestar suelen ser pasados por alto.

Una demanda laboral creciente, los largos horarios, el estrés emocional, la exposición a situaciones críticas y la carga física y mental asociada con la atención que proporcionan, pueden afectar negativamente la salud y el bienestar de los trabajadores.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4º y la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) afirman que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano. México forma parte del Plan de Acción de la Organización de las Naciones Unidas (ONU): los Objetivos de Desarrollo sostenible (Agenda 2030 para el Desarrollo sostenible). En dicho documento, se establece que el tercer objetivo es Salud y Bienestar, enfatizando que “la buena salud es esencial para el desarrollo sostenible” (PNUD, s. f.).

La OMS (1948) definió el término salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Un indicador indirecto es la Percepción de la Salud (PES), dado que con esta información se puede estimar y comprender el estado de salud de una población. Este proceso permite la elaboración de planes y programas, con el fin de conseguir una buena educación sanitaria y en consecuencia mejorar los servicios de salud (De la Guardia y Ruvalcaba, 2020).

La definición de bienestar que da la Real Academia Española (2014) es “conjunto de las cosas necesarias para vivir bien”, teniendo un carácter multidimensional, siendo cada dimensión diferente acorde a las prioridades de cada persona para su desarrollo y llegar a alcanzar “el buen vivir” (OMS, 2023).

El autoconcepto de salud y bienestar cambia a diario en el imaginario de cada individuo, grupo y población y se ve influenciada por diferentes factores, entre ellos el social, económica y cultural.

Las representaciones sociales son “una visión funcional del mundo que permite al individuo o al grupo conferir sentidos a sus conductas, y entender la realidad mediante su propio sistema de referencias” (Jean-Claude, 2001) estas nos ayudan a entender e interpretar la realidad social; por lo tanto, la autopercepción es un constructo social relativo.

Se han realizado diferentes investigaciones en Latinoamérica sobre las percepciones en salud de la población, el más reciente de Hernández-Garnica y Suárez-Lugo (2022) involucrando cinco países (Colombia, Cuba, México, Panamá y Perú), encontrándose que la representación

social del concepto de salud la ligan con el binomio salud-enfermedad, y en cuanto al concepto de bienestar lo relacionan con estar en paz consigo mismos (vivir en paz). En Costa Rica, otro estudio efectuado a 2562 adultos mayores, concluyó que los factores biológicos, psicosociales y económicos pueden influir en la autoevaluación de la salud. A nivel nacional, un estudio que comparó la percepción del estado de salud en diferentes grupos de edad, jóvenes, adultos y adultos mayores reveló que la calidad de vida difiere en cada grupo de edad, por como autoperciben la salud y la presencia de enfermedades (Aguilar-Fernández y Carballo-Alfaro, 2021).

Es objetivo primordial de la presente investigación es, describir la percepción sobre la salud y el bienestar de las representaciones sociales de los trabajadores de la salud de dos entidades federativas del sureste de México, Tabasco y Campeche.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación observacional, comparativa, transversal en trabajadores de la salud en dos entidades federativas del sureste de México. La población en estudio se obtuvo por muestreo no probabilístico (n=540 trabajadores de la salud), 225 del estado de Tabasco y 315 del estado de Campeche. El horizonte de tiempo para la obtención de los datos fue de septiembre a enero de 2020.

Para identificar en la población la percepción de la salud y el bienestar, se utilizó el cuestionario para conocer la percepción de la salud y bienestar, fue diseñado y validado por Hernández-Garnica y Suárez-Lugo (2022, 2021), que es una versión adaptada al cuestionario "Fantástico" (Wilson y Ciliska, 1984).

El universo se constituyó con la población de profesionales de la salud entre las edades de 20 a 80 años en los dos estados participantes. Los criterios de inclusión fueron ser trabajador del área de la salud, estar de acuerdo en participar en el estudio. Se excluyeron los formularios incompletos y quienes tuvieron diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas.

Las variables que se exploraron fueron sociodemográficas (edad, género, estado civil, ocupación principal y escolaridad), caracterizando así la población del estudio; autoconcepto de salud, autoconcepto de bienestar, percepción de lo que les permite sentirse bien, condiciones en la vida cotidiana que producen bienestar, actividades saludables que realizan y autoconcepto de enfermedad.

El estudio fue aprobado por el comité de investigación de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, por lo que no generó consecuencias perjudiciales para la salud y permitió la participación voluntaria. Para su realización se apegó a los principios éticos de la Ley General de Salud.

RESULTADOS

El perfil de los informantes en ambas entidades federativas corresponde en su mayoría a mujeres, trabajadoras en activo, entre 18 y 24 años de edad con educación media superior. La muestra solo difiere en el estado civil, ya que en Tabasco predominaron las casadas, y en Campeche las solteras (Tabla 1).

Tabla 1
 Características sociodemográficas

Características	Tabasco		Campeche	
	n=225	Porcentaje (%)	n=315	Porcentaje (%)
Género				
Femenino	146	64.88	174	55.23
Masculino	79	35.11	141	44.76
Edad				
18 a 24	47	20.8	218	69.30
25 a 29	32	14.2	35	11.34
30 a 34	28	12.4	13	3.50
35 a 39	24	10.6	11	3.5
40 a 44	22	9.7	9	1.08
45 a 49	21	9.3	12	3.58
50 a 54	26	11.5	10	3.14
55 a 59	10	4.4	3	1.72
60 a 64	5	2.2	1	0.71
65 a 69	5	2.2	0	0
70 a 74	1	0.4	0	0
75 y más	4	1.7	3	2.13
Estado civil				
Soltero/a	72	32	246	78.1
Casado/a	100	44.4	42	13.33
Unión libre	39	17.3	22	6.98
Divorciado/a	9	4.0	1	0.32
Viudo/a	5	2.2	4	1.37
Ocupación				
Trabajador/a	219		310	
Jubilado/a	6		5	
Escolaridad				
Primaria/básica	29		22	
Secundaria/media	51	22.7	20	6.35
Técnico superior/bachillerato/preuniversitario	78	34.7	132	41.9
Universidad	60	26.7	131	41.59
Posgrado	7	3.1	10	3.17

Nota. Elaboración propia.

A la identificación del autoconcepto de salud con base a las representaciones sociales, en Tabasco, se asoció fundamentalmente a la dimensión biológica y fisiológica de la salud (físicamente 44% y saludable 15%); mientras en Campeche, es especialmente vista como la contraparte de la enfermedad (35%), como un componente del “estar bien” (13%) y vinculada a buenos hábitos (comer bien y hacer deporte 11%, cuidado del cuerpo 8%, la condición física 7%, dormir y comer bien 4% y buena higiene 2.5%) (Tabla 2).

Tabla 2
Autoconcepto de salud según representaciones sociales

Salud /palabras Campeche	Absoluto	%	Salud /palabras Tabasco	Absoluto	%
Ausencia de enfermedad	112	35.56	Físicamente	117	44.0
Bienestar	41	13.02	Mentalmente	66	24.9
Vivir feliz	39	12.38	Saludable	40	15.0
Comer bien y hacer deporte	36	11.43	Importante	30	11.2
Un buen cuidado del cuerpo	26	8.25	Espiritualmente	13	4.9
Condición física	23	7.30			
Dormir y comer bien	13	4.13			
Gozar de buena higiene	8	2.54			
Buena vida	8	2.54			
El balance de bienestar físico y mental	6	1.90			
Bienestar espiritual	3	0.95			
Total	315		Total	266	100

Nota. Elaboración propia.

Para ambas poblaciones, estar bien (15.56%) y tener salud (21.27%) son las definiciones más destacadas para el “bienestar”, seguido de tener una estabilidad (15.56%) y no estar enfermo (13.33%), también se encontró el tener un equilibrio físico, mental y espiritual (9.84%), sentimiento de satisfacción (6.98%), vivir libre de preocupaciones (5.40%) y tener alcance o acceso a los medios que nos permitan gozar de una calidad de vida óptima (4.76%).

En la Tabla 3, los trabajadores de la salud de Tabasco, tanto hombres como mujeres, perciben que para “sentirse bien” hay que tener una buena relación entre mente, cuerpo y estar bien psicológicamente. En contraste, para Campeche, los trabajadores hombres y mujeres solo coinciden que el comer bien, es lo que más los satisface.

Los varones de ambos grupos, coinciden en darle un peso menor al estar bien psicológicamente (sexto lugar), mientras que las féminas no coincidieron en ningún orden (Tabla 3).

Tabla 3
 Percepción de los participantes de lo que les permite sentirse bien según prioridad y sexo

	Masculino Tabasco		Femenino Tabasco		Total Tabasco		Masculino Campeche		Femenino Campeche		Total Campeche	
	f	Posición	f	Posición	f	Posición	f	Posición	f	Posición	f	Posición
Una buena relación entre mente, cuerpo y espíritu	208	1	408	1	616	1	16	7	51	6	78	6
Estar bien psicológicamente	21	6	27	6	48	6	27	6	9	8	14	8
Tener un equilibrio físico-social y psicológico	10	7	64	5	84	5	5	8	26	7	42	7
El buen funcionamiento del cuerpo (órganos y mente)	84	2	154	2	238	2	70	4	96	5	140	5
Comer bien	66	3	85	4	174	3	210	2	259	2	469	2
Estar bien físicamente	45	4	5	8	26	7	328	1	156	3	294	3
Tener el organismo libre de cualquier enfermedad	32	5	114	3	135	4	138	3	392	1	720	1
Dormir bien	1	8	14	7	8	8	44	5	105	4	175	4

Nota. Elaboración propia.

Las representaciones sociales femeninas y masculinas de Campeche consideran en el orden de relevancia que para alcanzar el bienestar: no tener conflicto con la familia (2° lugar), que el cuerpo esté bien (3er lugar) y, por último, estar en armonía con los demás (8vo lugar). En cambio, en Tabasco coinciden en todos los órdenes.

Además, las mujeres de ambas entidades le dieron primacía a estar bien conmigo misma, paz interior y que el cuerpo este bien, pero la población masculina coincide en que el cuerpo este bien.

Tabla 4

Requerimientos que los participantes consideran para alcanzar el bienestar según prioridad y sexo

	Masculino Tabasco		Femenino Tabasco		Total Tabasco		Masculino Campeche		Femenino Campeche		Total Campeche	
	Puntos totales	Posición	Puntos totales	Posición	Puntos totales	Posición	Puntos totales	Posición	Puntos totales	Posición	Puntos totales	Posición
Vivir en paz	168	2	273	2	441	2	216	1	76	5	144	5
No tener conflicto con la familia	24	5	56	5	80	5	168	2	203	2	371	2
Que el cuerpo esté bien	54	3	102	3	156	3	132	3	156	3	288	3
No tener conflicto con mis amigos	1	8	1	8	2	8	100	4	30	7	50	7
Sentirme satisfecho	15	6	12	6	27	6	68	5	120	4	220	4
Estar bien conmigo misma paz interior	232	1	456	1	688	1	42	6	256	1	472	1
Vivir en armonía con el entorno que nos rodea	30	4	75	4	105	4	20	7	54	6	96	6
Armonía con los demás	6	7	2	7	8	7	7	8	11	8	18	8

Nota. Elaboración propia.

El autoconcepto de enfermedad (Tabla 5) con mayor representación en Campeche es la ausencia de salud, problema de salud y dolencia en el cuerpo, estado de malestar en el organismo (48.89%), seguido de malos hábitos (15.56%), el estado de desequilibrio y alteración (15.56%), la presencia de estrés y discapacidad en menor proporción. El 46.6% en Tabasco lo define como malestar, un 26.5% como un desequilibrio en el organismo, 12.1% con daño, tristeza 8.5% e incapacidad 6.3%.

Tabla 5
Autoconcepto de la enfermedad según representaciones sociales

Enfermedad/palabras Campeche	Absoluto	%	Enfermedad/palabras Tabasco	Absoluto	%
Ausencia de Salud, problema de salud y dolencia del cuerpo estado de malestar en el organismo	154	48.89	Malestar	88	46.6
El resultado de malos hábitos	67	21.27	Desequilibrio	50	26.5
Un estado de desequilibrio y alteración	49	15.56	Daño	23	12.1
Presencia de estrés	35	11.11	Tristeza	16	8.5
Discapacidad	10	3.17	Incapacidad	12	6.3
Total	315	100	Total	189	100

Nota. Elaboración propia.

Más del 50% en las dos entidades federativas consideran que la definición de las palabras salud y bienestar es lo mismo, seguido del desconocimiento si son sinónimos y, por último, que ambas son esenciales en el ser humano y en conjunto les harán sentir bien y les darán plenitud.

DISCUSIÓN

Los términos de “salud” y “bienestar” resultan complejos al momento de analizarlos, debido a la interpretación que tienen las representaciones sociales. Al análisis del autoconcepto de salud y bienestar en la población, al igual que otra investigación que estudió a los profesionales de la salud de Latinoamérica (Hernández-Garnica y Suárez-Lugo, 2021) se coincide al comparar la definición de salud y bienestar que brinda la OMS con los autopercebidos por la población como incompleto.

La salud se debe abordar desde un punto de vista biológico, psicológico, social y ecológico, e incluso económico y no solamente medir el binomio salud-enfermedad (García et al., 2017). La percepción es subjetiva y cambiante en la población debido a la influencia de diferentes factores biopsicosociales (Aguilar-Fernández y Carballo-Alfaro, 2021).

La interpretación sobre la percepción subjetiva de salud y bienestar es percibida por el individuo dependiendo del grado de satisfacción que perciba al afrontar las condiciones de vida.

Dentro de las variables sociodemográficas, el perfil de estudio del sexo femenino joven, muestra deficiencias en la percepción de salud y bienestar, lo que concuerda con Noroña Salcedo (2021) en donde ser mujer aumenta en 3.2 la probabilidad de perturbaciones psicósomáticas entre hombres y mujeres, pero cabe señalar que este estudio se realizó durante la fase de la epidemia de COVID-19 y pudiera verse influido por el confinamiento. Delamays-Hernández et al. (2020) reportaron en estudiantes universitarias de Chile, que las

mujeres presentaron valores más bajos que los hombres en cuanto a la autopercepción de salud física, mental y social. Por el contrario, en Corea del Sur concluyeron que los hombres a mayor edad reportan mejor salud física y mental (Park et al., 2022).

La percepción subjetiva para alcanzar bienestar y salud estuvo ligada principalmente a estar bien, siendo similar a un estudio realizado en una población adulta de Japón, donde vieron que entre mayor sea el número de factores saludables, hay menor riesgo de percepción mala o negativa de salud (Tanaka et al., 2020).

Hasta donde se sabe, poco se ha estudiado acerca del bienestar de los trabajadores de la salud. La literatura global ha demostrado que los componentes del bienestar para lograr una homeostasis entre la vida laboral y personal, el apoyo social y familiar, el descanso y actividad física regular están relacionados con la satisfacción profesional, una mayor sensación de bienestar, una mayor empatía y bajo de desgaste (Bazargan et al., 2009). Los trabajadores de la salud que denotan bienestar y salud a la población atendida, les otorgan mayor credibilidad y son capaces de motivar al cambio de conductas (Frank et al., 2000).

En cuanto a la prevalencia de hábitos saludables, el constructo social estudiado observó que el comer bien es fundamental para alcanzar bienestar, reafirmando esta teoría con otro estudio realizado por Chen et al. (2023) en médicos chinos, donde concluyeron que malos hábitos alimentarios se relaciona a una percepción de salud negativa y a la aparición de enfermedades.

En el estudio se observó que los varones, tanto de Tabasco como de Campeche, coinciden en darle un menor peso al estar bien psicológicamente. Estos hallazgos son similares a lo reportado en un estudio, donde hombres franceses están más preocupados por la salud física, dejando fuera lo relacionado con la salud mental; no así las mujeres, que otorgaron un peso elevado a este rubro (Aim et al., 2020).

A diferencia de un estudio realizado por Velotti et al. (2019) donde participantes europeos del área de enfermería creían firmemente que la esfera psicológica afecta la salud del individuo. Esto podría explicarse dado que, en países de Europa, existe una cultura más arraigada para el abordaje de la salud mental.

Este estudio pretendió valorar y contrastar las definiciones que brinda la OMS/OPS sobre salud y bienestar con la introspección de las representaciones sociales evaluadas, y poder tener una visión del estado de salud. Al ser estas variables índices de salud de manera subjetiva, es necesario considerar estrategias para que los imaginarios de ambas entidades federativas puedan mejorar las autopercepciones de salud bienestar.

Para estudios ulteriores, se sugiere abordar enfoques mixtos integrando el método cualitativo que explore con mayor profundidad los imaginarios sociales del bienestar y la salud.

CONCLUSIONES

Los conceptos de salud y bienestar han sido un tema sustancial para la investigación de las representaciones sociales, la importancia de este estudio radica en cómo este binomio se construyó socialmente en un escenario como lo es el ámbito de la salud.

Los resultados de este estudio, muestran que la percepción de la salud y el bienestar fue diferente en grupos insertos en un contexto común. Estos hallazgos, muestran luz sobre los desafíos, las necesidades y las oportunidades para promover un entorno más saludable, sostenible y empático para los trabajadores.

Al hacer visible la importancia de la salud y el bienestar en el imaginario del personal de salud, se espera contribuir a la creación de sistemas de atención médica más resilientes y centrados en el cuidado integral de quienes se dedican a cuidar a los demás.

REFERENCIAS

- Aguilar-Fernández, E. y Carballo-Alfaro, A. M. (2021). Factores asociados a la salud autoevaluada en personas costarricenses: resultados para la cohorte de jubilación de CRELES. *Población y Salud en Mesoamérica* [Internet], 19(1), 16. DOI: 10.15517/psm.v19i2.44219
- Aim, M-A., Lelaurain, S., Khatmi, N., Fonte, D., Bovina, I. y Dany, L. (2020). Similar but different: Social representations of health according to gender for French youth. *J Health Psychol*, 25(12), 1905-1916. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105318781894>
- Bazargan, M., Makar, M., Bazargan-Hejazi, S., Ani, C. y Wolf, K. E. (2009). Preventive, lifestyle, and personal health behaviors among physicians. *Acad Psychiatry*, 33(4), 289–295. DOI: 10.1176/appi.ap.33.4.289
- Chen, M., Xu, X., Liu, Y., Yao, Y., Zhang, P., Liu, J., Zhang, Q., Li, R., Li, H., Liu, Y. y Chen, W. (2023). Association of eating habits with health perception and diseases among Chinese physicians: a cross-sectional study. *Front Nutr*, 10, 1226672. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1226672>. PMID: 37637951; PMCID: PMC10452877.
- De La Guardia, M. A. y Ruvalcaba, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR*, 5(1), 81-90. DOI: 10.19230/jonnpr.3215
- Delamays-Hernández, B., Maturana-Soto, S., Pietrantoni-Richter, G., Flores-Rivera, Y., Mesina-Vilugrón, I. y González-Burboa, A. (2020). Calidad de vida y bienestar en estudiantes de medicina de una universidad del sur de Chile. *Revista de Psicología*, 29(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2020.58055>

- Frank, E., Breyan, J. y Elon, L. (2000). Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Arch Fam Med*, 9(3), 287–290. DOI: 10.1001/archfami.9.3.287
- García-Rodríguez, J. F., García-Fariñas, A., Priego-Hernández, O. y Martínez-Pérez, L. (2017). Salud desde una perspectiva económica. Importancia de la salud para el crecimiento económico, bienestar social y de desarrollo humano. *Salud en Tabasco*, 23(1-2), 44-47. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48754566007>
- Hernández-Garnica, C. y Suárez-Lugo, N. (2021). Salud y bienestar en el tiempo de la pandemia del COVID-19. *Horizonte Sanitario*, 20(3), 395-406. DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.4229>
- Hernández-Garnica, C. y Suárez-Lugo, N. (2022). Salud y bienestar en el imaginario de la población latinoamericana. *Horizonte Sanitario* [Internet], 21(3), 387-395. <https://revistahorizonte.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/4806>
- Hernández-Garnica, C. y Suárez-Lugo, N. (2023). Salud y bienestar en las representaciones sociales de los profesionales de salud Latinoamérica 2019-2020. *Horizonte Sanitario*, 22(2), 327-336. <https://revistahorizonte.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/5115>
- Jean-Claude, A. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. Ediciones Coyoacán.
- Noroña-Salcedo, D. R. (2021). Autopercepción de la salud laboral en docentes del Instituto Superior Tecnológico SUCRE. *Revista ECA Sinergia*, 13(1), 80-92. https://doi.org/10.33936/eca_sinergia.v13i1.3831
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Glosario de Promoción de la salud*. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2022, 10 de diciembre). *Salud y derechos humanos* [Internet]. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=El%20derecho%20a%20la%20salud,consecuencia%20de%20los%20gastos%20sanitarios>.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Lograr el bienestar. Un marco mundial para integrar el bienestar en la salud pública utilizando un enfoque de promoción de la salud*. Organización Mundial de la Salud. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/spanish_framework4wellbeing_05092023.pdf?sfvrsn=c602e78f_29&download=true
- Park, C. H., Park, E., Oh, H. M., Lee, S. J., Park, S. H. y Jung, T. D. (2022). Health-Related Quality of Life According to Sociodemographic Characteristics in the South Korean Population. *Int J Environ Res Public Health*, 19(9), 5223. doi:10.3390/ijerph19095223. PMID: 35564617; PMCID: PMC9100159.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (s f.). Objetivo 3, salud y bienestar. <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals/salud-bienestar>
- Razo, A. M., Díaz, R. y López, M. P. (2018). Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. *Rev CONAMED*, 23(2), 58-65. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80117>

- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de lengua española* (23^a ed.). <https://dle.rae.es/bienestar?m=form>
- Tanaka, S., Muraki, S., Inoue, Y., Miura, K. y Imai, E. (2020). The association between subjective health perception and lifestyle factors in Shiga prefecture, Japan: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20(1), 1786. Doi: 10.1186/s12889-020-09911-y. PMID: 33238945; PMCID: PMC7690120.
- Velotti, P., Pace, C. S., Petrocchi, C. y Zavattini, G. C. (2019). Representations of health, illness and care by Eastern European, South American and Italian nurses: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 24(5), 640-649. doi:10.1177/1359105316679247
- Wilson, D. M. y Ciliska, D. (1984). Life-style assessment: Development and use of the FANTASTIC checklist. *Can Fam Physician*, 30, 1527-1532. <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2154238&blobtype=pdf>