

Brecha entre necesidades y servicios: percepciones del bienestar en Alto Cayma, Arequipa (Perú)

Gap between Needs and Services: Well-Being Perceptions in Alto Cayma, Arequipa, Peru

Wayne Anthony Centrone¹, Amity Calvin², Karen Falkenstein³, Rebecca Cantone⁴

Revista Educación y Sociedad

Centrone, W. A., Calvin, A., Falkenstein, K. y Cantone, R. (2025). Brecha entre necesidades y servicios: percepciones del bienestar en Alto Cayma, Arequipa (Perú). *Revista Educación y Sociedad*, 6(12), 29-41. <https://doi.org/10.53940/reys.v6i12.292>

Artículo recibido: 10-09-2025
Artículo aprobado: 30-11-2025
Arbitrado por pares



I ACEES

Resumen

Este estudio cualitativo transversal examinó las percepciones de bienestar en una comunidad de bajos ingresos de Alto Cayma (Arequipa, Perú) y la concordancia entre las prioridades declaradas y los servicios disponibles. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 39 adultos reclutados por conveniencia; se transcribieron y analizaron mediante codificación temática (Dedoose v9.0.107). Surgieron ocho dimensiones: yo, entorno, comunidad, religión, necesidades básicas, salud física, educación y familia. Los hallazgos sugieren que los programas de salud comunitaria deben integrar componentes psicosociales, familiares y comunitarios, junto con acciones biomédicas, para alinear mejor los servicios con las necesidades percibidas.

Palabras clave: Perú, América Latina, percepciones, bienestar, brecha en la atención médica

Abstract

This qualitative cross-sectional study examined perceptions of well-being in a low-income community in Alto Cayma (Arequipa, Peru) and the alignment between stated priorities and available services. Semi-structured interviews with 39 adults recruited by convenience sampling were transcribed and thematically coded (Dedoose v9.0.107). Eight dimensions emerged: self, environment, community, religion, basic needs, physical health, education, and family. Findings suggest that community health programs should integrate psychosocial, family, and community components alongside biomedical care to better align services with perceived needs.

Keywords: Peru, Latin America, perceptions, well-being, healthcare gap

¹ Fundador y Director Ejecutivo, Health Bridges International wayne@hbint.org  <https://orcid.org/0000-0003-2103-1896>

² Médica adjunta, Facultad de Medicina de la Universidad de Nuevo México amitycalvin@gmail.com  <https://orcid.org/0009-0007-9404-0909>

³ Director de Investigación y Evaluación, Health Bridges International karen@hbint.org

⁴ Profesora, Facultad de Medicina de la Universidad de Salud y Ciencias de Oregón cantone@ohsu.edu  <https://orcid.org/0000-0002-5098-5691>

Notas de Autor:

La investigación presentada en este artículo se llevó a cabo con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Salud y Ciencias de Oregón.

Introducción

El mundo ha entrado en una nueva fase. Desde los devastadores efectos de la pandemia del SARS-CoV-2, las personas han buscado una nueva forma de ver y de ser. Durante la próxima década, veremos una avalancha de análisis sobre lo que funcionó y lo que falló durante la pandemia de COVID-19. Más allá de la evaluación de las políticas, esta revisión global también debería replantearse una cuestión fundamental: ¿qué entienden las personas por salud y bienestar, y cómo esperan que los servicios respondan a esas prioridades? Para cerrar la brecha entre lo que los miembros de comunidades social y culturalmente distintas perciben como valioso y lo que ofrecen los sistemas de salud, se requieren sistemas resilientes y sensibles al contexto que puedan adaptarse a los contextos sociales y culturales, así como a las necesidades cotidianas (Kruk et al., 2015; Sundararaman et al., 2021).

En las últimas décadas, la concepción global de la salud ha pasado de un enfoque biomédico estrecho, centrado en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, a un concepto holístico, multidimensional y dinámico que incluye el funcionamiento físico, la vida mental y emocional, las relaciones sociales y los contextos culturales que dan sentido y permiten afrontar las situaciones. Este cambio fue señalado tempranamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuya Constitución definió la salud como el bienestar físico, mental y social completo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1948), lo que supuso un llamamiento a los sistemas y profesionales de la salud para que adoptaran una visión más amplia de lo que significa «estar bien». Los hitos posteriores en materia de salud mundial reforzaron este enfoque positivo: la Declaración de Alma-Ata situó la salud como un derecho humano fundamental y hizo hincapié en la participación de la comunidad y la acción intersectorial para abordar las condiciones e es que producen la salud (OMS y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 1978), mientras que la Carta de Ottawa describió la salud como un recurso para la vida cotidiana e instó a los sistemas a reorientarse hacia la promoción de la salud y la prevención, junto con la atención clínica (OMS, 1986).

En muchos entornos de ingresos altos, estas ideas han acelerado la fusión de «salud» y «bienestar» en las políticas y las mediciones, con una atención creciente a la vitalidad, el funcionamiento y la satisfacción con la vida, en lugar de limitarse al alivio de los síntomas (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], s. f.). Los sistemas de salud en estos contextos se han ampliado cada vez más para incluir servicios orientados al bienestar, atención preventiva y enfoques de apoyo que abordan los determinantes sociales y conductuales de los resultados de salud, mientras que en muchos países de ingresos bajos y medios los cambios comparables a menudo se han retrasado debido a la presión continua para dar prioridad a la erradicación de enfermedades y la gestión de la atención crónica (OMS, 2016). Para facilitar una mentalidad más amplia y un cambio en los sistemas de salud de los países de ingresos bajos y medios, así como entre los proveedores, es necesario contar con una comprensión común y adecuada al contexto de lo que define el «bienestar» como base para armonizar la medición, la capacitación y el diseño de los servicios con las realidades multidimensionales de la vida de las personas.

Es fundamental que cualquier esfuerzo por definir el bienestar dé prioridad a las voces de las personas más afectadas por las desventajas estructurales, incluidas las que viven en situación de pobreza multidimensional, en entornos con servicios de salud con recursos insuficientes y en comunidades rurales o geográficamente aisladas, ya que su experiencia vital a menudo revela necesidades y fortalezas que los indicadores clínicos convencionales no logran captar (Iniciativa de Oxford sobre la Pobreza y el Desarrollo Humano [OPHI], s. f.; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] y OPHI, 2025). El énfasis de Alma-Ata en la participación de la comunidad y la atención primaria de salud adecuada a las condiciones locales sigue siendo especialmente relevante en este caso, ya que subraya que las mejoras duraderas en la salud y el bienestar dependen de soluciones diseñadas juntamente con las comunidades y respaldadas por todos los sectores (OMS y UNICEF, 1978). Al mismo tiempo, el «bienestar» nunca es culturalmente neutro: las definiciones de una vida buena, de un equilibrio saludable, de la resiliencia y del

funcionamiento social se negocian a través de los valores locales, las expectativas sociales, las prácticas espirituales y las costumbres cotidianas (Napier et al., 2014). Por esta razón, las múltiples definiciones de bienestar deben interpretarse desde una perspectiva cultural, de modo que los programas no se limiten a importar conceptos de bienestar, sino que coproduzcan marcos con resonancia local que mejoren la relevancia, la confianza y la aceptación, especialmente en entornos en los que los recursos son limitados y las desigualdades condicionan el acceso a la atención sanitaria (OMS, 2016).

Las concepciones del bienestar no son universales, sino que se construyen socialmente y se expresan a través de prácticas, relaciones y aspiraciones que varían según el contexto. En los Andes, conceptos como el Buen Vivir (Sumak Kawsay) han influido en los debates regionales sobre la buena vida, haciendo hincapié en la comunidad y el medio ambiente en lugar de en indicadores estrictamente biomédicos o económicos (Richter, 2025; Waldmüller, 2014).

Definir el bienestar es un reto, ya que se trata de un concepto abstracto y multidimensional. En la literatura, el bienestar se ha examinado desde perspectivas como el bienestar subjetivo, el bienestar psicológico y la calidad de vida, entre otras, utilizando instrumentos tanto cuantitativos como cualitativos (Diener, 1984; Ryff, 1989; Camfield y Skevington, 2008). En contextos con escasos recursos, los enfoques cualitativos pueden captar los significados locales y las prioridades prácticas esenciales para el diseño de intervenciones de salud comunitaria. Para este estudio, definimos el bienestar como la valoración subjetiva de los residentes de vivir con tranquilidad y dignidad, satisfaciendo al mismo tiempo las necesidades básicas (en particular, el acceso fiable al agua y la estabilidad económica), manteniendo la salud física, conservando relaciones familiares y comunitarias de apoyo, recurriendo a recursos espirituales y afrontando las condiciones ambientales que configuran la vida cotidiana.

El bienestar es fundamentalmente un estado percibido, moldeado por la forma en que las personas interpretan sus vidas, sus cuerpos, sus relaciones y sus circunstancias. Esto hace que sea intrínsecamente difícil de definir con precisión, ya que no es directamente observable, a diferencia de un valor de laboratorio o un diagnóstico clínico. Las personas pueden enfrentarse a condiciones objetivas similares y, sin embargo, informar de niveles de bienestar notablemente diferentes, influidos por las expectativas, los recursos para afrontar las situaciones, las comparaciones sociales y los cambios en los puntos de referencia de lo que se considera «normal» o aceptable (Diener, 1984; Diener et al., 1999). Además, el bienestar está arraigado en la cultura: el lenguaje que las personas utilizan para describir «bienestar», «equilibrio», «estrés» o «una buena vida» conlleva significados locales y expectativas morales que no se traducen con claridad en todos los contextos (Napier et al., 2014). En consonancia con esta visión, el marco WHOQOL define la calidad de vida como la percepción que tienen las personas de su posición en la vida dentro de la cultura y los sistemas de valores en los que viven, lo que subraya por qué las definiciones universales y únicas a menudo se quedan cortas en la práctica y en la medición basadas en la comunidad (WHOQOL Group, 1995).

Aun así, la mayoría de los marcos de bienestar convergen en un conjunto de índices básicos que se repiten en todos los contextos, aunque su importancia relativa varía según el entorno. Estos índices suelen incluir la salud física y la capacidad funcional, la estabilidad emocional y psicológica, las conexiones sociales de apoyo, el sentido y el propósito, y la seguridad ambiental y material (Diener et al., 1999; Grupo WHOQOL, 1995). Conceptualmente, estos ámbitos se alinean con tradiciones complementarias que distinguen las evaluaciones hedónicas (por ejemplo, la satisfacción con la vida y el afecto) del funcionamiento eudaimónico (por ejemplo, el propósito, el crecimiento y las relaciones positivas), lo que proporciona una base coherente para la evaluación multidimensional (Ryff, 2014). En la práctica, el bienestar se aborda mejor como un perfil en lugar de una puntuación única, combinando la valoración subjetiva con las condiciones observables y el funcionamiento cotidiano, al tiempo que se garantiza que la medición y la programación sigan arraigadas en el ámbito local y tengan resonancia cultural (Napier et al., 2014; Grupo WHOQOL, 1995).

Las investigaciones realizadas en América Latina han puesto de relieve la naturaleza multidimensional del bienestar, haciendo hincapié, a menudo, en los lazos sociales, las prácticas de búsqueda de sentido y las condiciones estructurales, junto con los indicadores biomédicos (Bericat y Acosta, 2021; Buenadicha Sánchez et al., 2023). En Perú, los debates sobre el bienestar también ponen de relieve las tensiones entre las prioridades definidas localmente y los parámetros de desarrollo universales (Copestake, 2008), así como la relevancia de las perspectivas indígenas y relacionales (Mukerji et al., 2025; Waldmüller, 2014). Sin embargo, las pruebas empíricas sobre las percepciones de los residentes sobre el bienestar en las comunidades andinas periurbanas siguen siendo limitadas. El presente estudio tiene como objetivo describir las percepciones del bienestar en Alto Cayma (Arequipa, Perú), identificar las dimensiones que las estructuran y explorar la concordancia entre las prioridades expresadas y los servicios disponibles.

Metodología

Entorno de la investigación

La comunidad objeto de estudio era una zona periurbana situada fuera de los principales distritos de la ciudad de Arequipa, en el sur de Perú. Alto Cayma se refiere a un denso cinturón de comunidades periurbanas ubicadas en la ladera norte del distrito de Cayma, en Arequipa. Los documentos de planificación describen el sector de Alto Cayma como una zona de aproximadamente 166,7 hectáreas con una población estimada de 40 970 habitantes, dentro de un distrito cuya población total se acercaba a los 100 000 habitantes en el censo de 2017 (Instituto Nacional de Defensa Civil [INDECI], 2001; Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2018). Estos barrios se han visto moldeados por la rápida urbanización y la migración interna sostenida; el amplio corredor de expansión norte de Arequipa ha atraído a migrantes del sur de los Andes, incluidos los de Cusco y Puno. Las comunidades migrantes de las tierras altas están bien representadas en todos los distritos, incluido Cayma (Libélula Gestión en Cambio Climático y Comunicación, 2016a; Zeballos, 2016). El resultado es una mezcla multicultural de prácticas e idiomas, entre los que se incluyen el español y lenguas andinas como el quechua y el aimara (INEI, 2017). Las convicciones religiosas, en particular las tradiciones católica y evangélica, siguen siendo fuentes poderosas de significado y organización social (INEI, 2017) y se entrecruzan con normas sociales tácitas relativas a la reciprocidad, la reputación familiar y la pertenencia al vecindario. En este contexto, las expectativas cotidianas también pueden reproducir jerarquías de género, valorando la autoridad masculina, el control emocional y una ética de resistencia determinista y ruda ante la escasez (Fuller, 2001).

Alto Cayma es un contexto relevante para este estudio porque combina condiciones urbanas y rurales y se encuentra en las afueras del área metropolitana de Arequipa ($\approx 1,2$ millones de habitantes). Por el contrario, el distrito de Cayma, del que forma parte Alto Cayma, tiene aproximadamente 92000 habitantes. Sin embargo, Alto Cayma comparte características con las zonas rurales en cuanto a servicios, apoyo social, infraestructura y oportunidades económicas. Esta posición intermedia nos permite examinar cómo se construyen las percepciones de bienestar en un entorno donde coexisten las limitaciones materiales y las redes comunitarias.

La organización comunitaria que facilitó la investigación de campo fue Health Bridges International (HBI), una organización no gubernamental que colabora con comunidades, expertos locales y organizaciones para crear programas basados en datos empíricos que protejan y apoyen a las familias y a los niños vulnerables. Con más de 30 años de experiencia trabajando en comunidades desfavorecidas y con escasos recursos en todo Perú, HBI tiene un profundo conocimiento de cómo conectar con los miembros de la comunidad y generar una confianza sólida. El estudio se llevó a cabo en coordinación con el equipo local de HBI y los líderes comunitarios para facilitar el acceso de los participantes a los lugares de entrevista.

Diseño, participantes y procedimientos

Este estudio transversal cualitativo utilizó entrevistas individuales semiestructuradas realizadas en octubre y noviembre de 2019 (antes de la COVID-19). Los participantes eran adultos residentes de Alto Cayma, reclutados mediante muestreo por conveniencia y redes comunitarias (n=39; 38 mujeres [97 %] y 1 hombre [3 %]). No se administró un breve cuestionario sociodemográfico, por lo que no se recopilaban datos sistemáticamente sobre la edad y la educación. La guía de la entrevista incluía preguntas abiertas sobre el significado que los participantes daban al bienestar y su relación con la salud, las barreras y los facilitadores que percibían para vivir bien, y los recursos o servicios que consideraban necesarios para sus hogares y su comunidad. Las preguntas principales (por ejemplo, «¿Qué significa para usted vivir bien?» y «¿Qué ayuda o impide que su familia esté bien?») fueron seguidas de preguntas sobre distintos ámbitos que posteriormente sirvieron de base para las dimensiones temáticas (yo, familia, comunidad, entorno, religión/espiritualidad, necesidades básicas, salud física y educación).

Esta investigación se llevó a cabo bajo la supervisión del Comité de Ética de la Universidad de Salud y Ciencias de Oregón (Portland, Oregón, EE. UU.) y de conformidad con todas las normas éticas y profesionales aplicables. Todas las entrevistas se realizaron en español por un entrevistador formado en el programa Collaborative Institutional Training Initiative (CITI) y aprobado por el IRB, quien tenía un dominio superior del idioma y se reunía en espacios privados acordados con los participantes. Se obtuvo el consentimiento informado y no se recopiló ninguna información de identificación personal. Las entrevistas se grabaron en audio, se transcribieron y luego se tradujeron al inglés para su análisis. El estudio recibió la aprobación ética del comité institucional correspondiente. Se aplicó una codificación temática iterativa; los códigos se agruparon en dimensiones y se revisaron de manera reflexiva a lo largo del proceso analítico. La gestión y codificación de los datos se realizaron en Dedoose (versión 9.0.107).

Se utilizó una guía de entrevista semiestructurada para recabar las percepciones de los participantes sobre el bienestar y su relación con la salud, y para identificar los recursos y servicios que consideran necesarios para vivir bien.

La guía se diseñó como un marco flexible con un pequeño conjunto de preguntas abiertas básicas y preguntas complementarias opcionales. Se animó a los entrevistadores a seguir el lenguaje y los ejemplos de los participantes, utilizando preguntas de seguimiento para aclarar el significado, obtener experiencias concretas y explorar prioridades, en lugar de ceñirse a un guion rígido. Las entrevistas comenzaron con una breve orientación y una declaración de confidencialidad, seguidas de una introducción para anclar la conversación en un concepto de salud ampliamente reconocido.

Se invitó a los participantes a reflexionar sobre la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, que abarca el bienestar físico, mental y social, y a comentar si este marco se ajustaba a sus experiencias o les parecía incompleto. Para profundizar en el debate, el entrevistador pidió a los participantes que describieran cómo era una «buena» salud física, mental y social en la vida cotidiana, y también solicitó ejemplos.

La sección principal se inició con una pregunta general en la que se os pidió que definierais qué significa para vosotros el «bienestar». Las preguntas exploraron cómo conceptualizáis la «salud», qué significa para vosotros llevar una vida saludable, qué aspectos de la salud son más importantes para vosotros y las acciones o rutinas que seguís para sentiros saludables o bien. También se os invitó a compartir un ejemplo narrativo que describiera un momento en el que os sentisteis especialmente saludables, lo que permitió explorar más a fondo el contexto, la forma de afrontar la situación y el significado.

Para apoyar una cobertura sistemática sin dejar de estar dirigida por los participantes, la guía introdujo una pregunta multidimensional que abarcaba varios ámbitos del bienestar comúnmente citados (físico, emocional o psicológico, social, intelectual, espiritual, ocupacional y ambiental). Se pidió a los participantes que identificaran un ámbito que consideraran especialmente importante, explicaran por

qué y luego describieran su bienestar actual en ese ámbito utilizando un lenguaje sencillo de autoevaluación (por ejemplo, bueno, regular o malo). Para cada ámbito seleccionado, el entrevistador preguntaba qué significaba para el participante y qué se necesitaría para mejorar ese aspecto del bienestar. Esta secuencia podía repetirse en varios ámbitos, según las prioridades del participante y la dirección de la conversación.

Por último, la guía incluía una sección de mapeo de servicios para evaluar la alineación percibida entre las necesidades y los apoyos disponibles. Se preguntó a los participantes si algún servicio o programa local apoyaba actualmente su bienestar, cómo y qué servicios o programas adicionales serían más útiles. También se les preguntó qué nuevo servicio priorizarían si pudiera implementarse en su comunidad. Las entrevistas concluyeron con una pregunta-resumen en la que se les pedía a los participantes que nombraran el elemento más importante del bienestar para ustedes, seguida de una invitación abierta a añadir cualquier otra cosa que consideraran importante para que el equipo de investigación lo comprendiera.

Resultados

El análisis de cómo los habitantes de Alto Cayma definen y conceptualizan el bienestar reveló ocho dimensiones principales. Estas dimensiones, con citas representativas, se presentan en las tablas 1a y 1b: el yo, el medio ambiente, la comunidad, la religión, las necesidades básicas, la salud física, la educación y la familia.

Tabla 1a

Las cuatro dimensiones más destacadas del bienestar se identificaron mediante entrevistas semiestructuradas realizadas en Alto Cayma, Arequipa, Perú, junto con sus subdimensiones, aspectos y citas representativas.

Dimensión/subdimensión (n)	Aspectos incluidos	Cita
YO	YO	YO
Inteligencia emocional (48)	Autodesarrollo; gestión de las relaciones interpersonales y familiares; superación de obstáculos; gestión del estrés.	«El bienestar es sentirme tranquilo y satisfecho conmigo mismo y estar en armonía con los demás. Se trata de vivir sin estrés».
Crecimiento personal (14)	Deseo de aprender; crecimiento profesional; modelos a seguir; logros personales; motivaciones.	«El bienestar es sentirse sano y tener siempre un buen ambiente en la familia: armonía, que todos estén tranquilos y de acuerdo».
Aficiones (6)	Gestión del estrés; cuidado personal; mantenerse ocupado.	«Cuando estoy estresado, me desconecto de todo y viajo... Descanso y me siento mejor».
ENTORNO	ENTORNO	ENTORNO
Entorno exterior (47)	Contaminación; recolección de basura; caminos de tierra en mal estado; perros callejeros; espacios verdes; reciclaje; salud del planeta; salud respiratoria; responsabilidad comunitaria.	«Tenemos que cuidar el medio ambiente. Mucha gente tiene vehículos que contaminan mucho, especialmente los coches viejos. La contaminación está aumentando».

Dimensión/subdimensión (n)	Aspectos incluidos	Cita
Jardinería (15)	Plantar árboles en espacios públicos; plantas y jardines en casa.	«No tenemos suficientes parques. Necesitamos espacios verdes».
Entorno interior (9)	Importancia de la limpieza; espacio personal.	«Si la comunidad está limpia, sin basura en las calles, se puede vivir mejor y más feliz».
COMUNIDAD	COMUNIDAD	COMUNIDAD
Relaciones comunitarias (39)	Comunicación; apoyar a los demás; generar confianza; pedir consejo; ser escuchado.	«El bienestar es sentirse cómodo en la comunidad, sentir que podemos hablar y que alguien nos escucha».
Servicio comunitario (12)	Ayudar a los demás; esfuerzos colectivos hacia objetivos comunes; iniciativa comunitaria.	«En la comunidad, las personas deben ayudarse unas a otras. Si hay una reunión, debemos participar... y lograr algo juntos».
Actividades sociales (12)	Compartir ideas; lugares de encuentro; mantenerse ocupado; manejo del estrés.	«Para sentirnos bien, necesitamos espacios recreativos donde podamos reunirnos como comunidad y compartir ideas».
RELIGIÓN	RELIGIÓN	RELIGIÓN
Relación con Dios (43)	Oración; lectura de la Biblia; asistencia a misa o a grupos de estudio bíblico.	«El bienestar viene de Dios. Cuando rezo, me siento en paz y toda mejora».
Compartir la palabra de Dios (17)	Fortalecer la comunidad de fe.	«Cuando compartimos la palabra de Dios, la comunidad se vuelve más unida».

Tabla 1b

Las cuatro dimensiones restantes del bienestar identificadas en entrevistas semiestructuradas en Alto Cayma, Arequipa, Perú, junto con sus subdimensiones, aspectos incluidos y citas representativas.

Dimensión/subdimensión (n)	Aspectos incluidos	Cita
NECESIDADES BÁSICAS	NECESIDADES BÁSICAS	NECESIDADES BÁSICAS
Acceso al agua (34)	Escasez de agua; obstáculos burocráticos.	«Sin agua no hay salud. Tener agua todos los días sería una gran mejora para vivir bien».
Seguridad y protección (27)	Delincuencia juvenil; abuso de sustancias; violencia sexual; robos; homicidios; falta de presencia policial.	«Necesitamos más seguridad. Hay robos y violencia, y la presencia policial es insuficiente».
Seguridad económica (16)	Ingresos estables; independencia financiera; falta de oportunidades laborales.	«El bienestar significa tener un trabajo y unos ingresos estables para mantener a tu familia».
SALUD FÍSICA	SALUD FÍSICA	SALUD FÍSICA
Nutrición (28)	Dieta equilibrada; evitar la comida chatarra; dificultad	«Comer bien significa llevar una dieta equilibrada, no solo comida chatarra, pero los

Dimensión/subdimensión (n)	Aspectos incluidos	Cita
Actividad física (22)	para acceder a alimentos saludables a bajo costo.	alimentos saludables suelen ser caros».
Prevención de enfermedades (14)	Mantener a los jóvenes ocupados; manejo del estrés; eventos comunitarios; ejercicio en grupo.	«Practicar deporte y mantenerse activo nos ayuda a controlar el estrés y a sentirnos mejor».
EDUCACIÓN	Evitar la atención médica debido a la distancia y el costo; seguro médico insuficiente.	«A veces no vamos al centro de salud porque está lejos y es caro; esperamos en casa y la enfermedad puede empeorar».
Acceso a la educación (25)	EDUCACIÓN	EDUCACIÓN
Educación de adultos (23)	Distancia a las escuelas; transporte insuficiente; malas condiciones de las carreteras; falta de bibliotecas.	«La educación es importante, pero las escuelas suelen estar lejos y el transporte es complicado».
Educación de los jóvenes (20)	Deseo de aprender; mantenerse ocupado; compartir conocimientos; charlas educativas; superación personal.	«Los adultos también necesitan aprender; las charlas y los talleres nos ayudan a mejorar».
FAMILIA	Abandono escolar; mala calidad de la educación; embarazos adolescentes; falta de recursos educativos en casa.	«Muchos jóvenes abandonan la escuela y hay embarazos adolescentes; es necesario mejorar la educación y el apoyo en el hogar».
Armonía familiar (27)	FAMILIA	FAMILIA
Crianza de los hijos (19)	Felicidad en la unidad familiar; logros compartidos; cooperación; manejo del estrés; problemas de relación.	«El bienestar significa tener paz en casa y estar unidos como familia».
	Enseñar valores; contribuir a la sociedad.	«Como padres, debemos enseñar valores para que nuestros hijos puedan contribuir a la sociedad».

Discusión

Considerar el bienestar como un concepto multidimensional y contextual ayuda a explicar por qué, en Alto Cayma, las dimensiones psicosociales (yo, familia, comunidad) coexisten con las necesidades materiales y de salud física. Este hallazgo concuerda con los enfoques del bienestar subjetivo y psicológico, así como con las definiciones amplias de salud que incorporan componentes sociales y relacionales (Diener, 1984; Diener et al., 1995; Ryff, 1989; Organización Mundial de la Salud, 1948).

Entre las dimensiones identificadas, destacaron la inteligencia emocional, las relaciones comunitarias y los factores ambientales. Estas dimensiones sugieren que, para los participantes, el bienestar no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que también incluye sentirse tranquilo, mantener relaciones familiares y comunitarias armoniosas y vivir en un entorno percibido como seguro y saludable. Estudios previos sobre el bienestar en Perú también han identificado los componentes relacionales y contextuales como fundamentales para una buena vida (Copestake, 2008).

En primer lugar, el énfasis en la armonía familiar, la crianza de los hijos y las relaciones comunitarias se alinea con los modelos relacionales de bienestar, que destacan la interconexión, la reciprocidad y la

calidad de las relaciones como resultados fundamentales (McCubbin et al., 2013). Desde este punto de vista, la calma emocional y «vivir sin estrés» no son estados puramente individuales, sino que se producen a través de rutinas domésticas estables, redes de parentesco que brindan apoyo y la resolución compartida de problemas. La teoría de la resiliencia familiar enmarca de manera similar el bienestar como la capacidad de las familias para adaptarse, comunicarse y mantener el sentido bajo estrés, lo que ayuda a explicar por qué los participantes vincularon el bienestar con la armonía en el hogar y el apoyo mutuo en la comunidad (Walsh, 2011).

En segundo lugar, el énfasis de los residentes en el acceso confiable al agua, la seguridad y la seguridad económica subraya que el bienestar está determinado por condiciones estructurales y determinantes sociales, y no solo por comportamientos individuales. El marco de Alma-Ata hace hincapié en que la atención primaria de salud depende de la acción intersectorial en materia de agua, saneamiento, seguridad, educación y medios de vida, ya que estas condiciones son requisitos previos para la salud (Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1978). Por lo tanto, los resultados sugieren que los servicios centrados exclusivamente en la atención biomédica pueden percibirse como desajustados cuando los riesgos cotidianos se deben a deficiencias de infraestructura y a preocupaciones por la seguridad de la comunidad.

En tercer lugar, la religión surgió como un recurso individual para afrontar las dificultades y como una infraestructura social. Los participantes describieron la oración y las comunidades religiosas como fuentes de paz, de pertenencia y de orientación moral. Estas funciones pueden amortiguar el estrés y reforzar los lazos de apoyo, especialmente cuando los servicios formales son limitados. Esto complementa el trabajo regional que sugiere que el bienestar subjetivo en América Latina suele estar integrado en la vida colectiva y en prácticas de búsqueda de sentido que van más allá de los indicadores materiales (Bericat y Acosta, 2021).

Por último, las ocho dimensiones constituyen, en conjunto, un marco práctico para la planificación de servicios. Las iniciativas de salud comunitaria pueden ser más aceptables y eficaces cuando integran apoyos psicosociales (por ejemplo, manejo del estrés, crianza de los hijos y diálogo comunitario), programas para familias y jóvenes, y alianzas que abordan las necesidades ambientales y básicas (por ejemplo, defensa del acceso al agua, espacios públicos seguros y vías de derivación para la prevención de la violencia). Estos enfoques se alinean con los llamamientos a construir sistemas resilientes y sensibles al contexto que puedan responder tanto a las crisis como a las prioridades cotidianas (Kruk et al., 2015; Sundararaman et al., 2021).

Una limitación es que 38 de los 39 participantes eran mujeres de mediana edad, lo que refleja los patrones de trabajo diurno basados en el género en Alto Cayma, donde los hombres suelen trabajar en la agricultura o la construcción. Otra limitación es que la consejera comunitaria presta servicios de trabajo social a través de la parroquia católica de Alto Cayma, y muchas entrevistas se realizaron en sus instalaciones, lo que puede haber influido en las percepciones de los participantes o en su disposición a revelar información. Sin embargo, sus servicios están disponibles para todos los miembros de la comunidad, independientemente de su afiliación religiosa, y el área de influencia de la parroquia se define geográficamente y no por la proporción de residentes católicos. La parroquia se designa por área geográfica, no por la concentración de residentes católicos.

Conclusiones

La definición más auténtica y representativa del bienestar se adapta a la comunidad específica y a sus prioridades. Basándonos en nuestros hallazgos, proponemos la siguiente definición: El bienestar para los habitantes de Alto Cayma es la percepción que tiene cada persona de su experiencia vital actual, determinada por (a) su sentido de identidad, (b) el entorno físico en el que vive, (c) la comunidad en la

que participa, (d) la satisfacción de sus necesidades básicas, (e) su salud física, (f) las oportunidades educativas y (g) la unidad y estabilidad de la familia.

Perú tiene desigualdades socioeconómicas persistentes y, durante la pandemia de COVID-19, enfrentó desafíos significativos en su respuesta sanitaria, incluyendo brechas en la atención primaria y la infraestructura hospitalaria. Estas condiciones hacen que sea especialmente importante comprender cómo las comunidades definen el bienestar y qué prioridades consideran urgentes, para orientar las intervenciones alineadas con el contexto. Además, persiste una brecha crítica en la incorporación de las perspectivas y medidas indígenas para definir el bienestar y la salud (McCubbin et al., 2013). Esto incluye ayudar a las comunidades a conectarse con sus tradiciones culturales y ancestrales, con su entorno natural y con su profunda relación con la tierra (Mukerji et al., 2025).

A raíz de la pandemia de COVID-19, el mundo ha entrado en un período de profundo despertar. El impacto global de la pandemia ha remodelado los cimientos de las instituciones, las sociedades y las relaciones, creando oportunidades de crecimiento y desarrollo y cambiando la forma en que las personas se conectan y se relacionan entre sí. En toda América Latina, la pandemia alteró las rutinas diarias y las tradiciones de contacto cercano que mantienen unidas a las comunidades. En Perú, donde la familia es la principal ancla social y las relaciones suelen organizarse a través de redes de parentesco, las medidas de distanciamiento y el miedo al contagio tensaron las prácticas que sustentan el sentido de pertenencia: comidas compartidas, cuidado multigeneracional, visitas frecuentes y rituales comunitarios en torno a celebraciones y duelos. Al mismo tiempo, la crisis intensificó la dependencia de los lazos familiares: los hogares absorbieron los impactos económicos y de cuidado, los familiares se convirtieron en salvavidas para la alimentación, el alojamiento y el trabajo informal, y las conexiones humanas se mantuvieron a través de llamadas frecuentes, mensajes y ayuda mutua. El resultado fue una paradoja: una mayor separación física, pero una dependencia aún mayor de los lazos familiares para soportar la incertidumbre y la pérdida.

Esa misma paradoja —la distancia respecto de los seres queridos, junto con una mayor dependencia de ellos— se trasladó naturalmente al bienestar personal y a la percepción de la salud. Para muchos peruanos, la salud no se experimenta como un estado individual, sino como algo percibido a través de la estabilidad del hogar: cuando se alteran las rutinas familiares, aumenta la preocupación, se deteriora el sueño y se acumula estrés en el cuerpo (Vilchez-Chávez et al., 2023). Al mismo tiempo, la responsabilidad de proteger a los ancianos, apoyar a los familiares desempleados o manejar las enfermedades en el hogar intensificó la ansiedad y la carga de los cuidadores, lo que a menudo llevó a las personas a calificar su salud de manera más negativa, incluso cuando no estaban enfermas. Sin embargo, los lazos familiares también amortiguaban la angustia: el apoyo emocional, la resolución compartida de problemas y el sentido de obligación y propósito que proviene del cuidado mutuo podían fortalecer la resiliencia y ayudar a las personas a percibir las dificultades como superables, especialmente cuando los sistemas formales se percibían como distantes o poco fiables. Así, la autopercepción de la salud durante la pandemia a menudo reflejaba no solo los síntomas, sino también la fuerza (o tensión) percibida de la red familiar y la pertenencia social (Walsh, 2011).

El bienestar es una fuerza motriz para la salud, arraigada en la vitalidad, la energía y la fortaleza de la comunidad, más que en la ausencia de enfermedades. Para lograr el bienestar de todos, debemos seguir invirtiendo en explorar cómo las personas, en sus culturas, comunidades y vidas, hablan y expresan el bienestar. Lo que se necesita es una antología de los significados del bienestar en las comunidades de ingresos bajos y medios de todo el mundo, un nuevo manifiesto para la salud.

Para completar un manifiesto tan audaz, se necesitan las voces de personas diversas de todos los rincones del mundo, siendo especialmente importantes y valiosas las de quienes provienen de las zonas más afectadas por la pobreza multidimensional y de los entornos de prestación de servicios de salud con escasos recursos. Este pequeño estudio de investigación basado en la comunidad fue el comienzo de lo que esperamos sea un resurgimiento del debate sobre lo que significa estar bien, con voces impulsadas

por la comunidad y un renacimiento de ideas sobre cómo lograrlo en el nuevo y valiente mundo pos-COVID.

Referencias

- Adams, T., Bezner, J., Garner, L. y Woodruff, S. (1998). Validación del constructo de la encuesta sobre el bienestar percibido. *American Journal of Health Studies*, 14(4), 212-219. <https://www.yumpu.com/s/n4FnOr2BBsqoucyG>
- Bericat, E. y Acosta, M. J. (2021). La paradoja latinoamericana de la felicidad: consideraciones teóricas y metodológicas. *Revista Mexicana de Sociología*, 83(3), 709-743. <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2021.3.60137>
- Buenadicha Sánchez, C., López Gross, J. P., Carrasco, C., Echeverry, I., Balestrini, M., Delfino de Cisneros, S., Vargas Lavado, M., Roche, J. M., Berti Ávila, Z., Medina, L., Martínez, M. F., y Garza Padilla, A. (2023). El factor invisible: cómo el bienestar y la salud mental pueden mejorar el ecosistema de emprendimiento de alto impacto en América Latina y el Caribe (IDB-CB-00767). Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0004941>
- Camfield, L. y Skevington, S. M. (2008). Sobre el bienestar subjetivo y la calidad de vida. *Revista de Psicología de la Salud*, 13(6), 764-775. <https://doi.org/10.1177/1359105308093860>
- Cooke, P. J., Melchert, T. P. y Connor, K. (2016). Medición del bienestar: revisión de instrumentos. *The Counseling Psychologist*, 44(5), 730-757. <https://doi.org/10.1177/0011000016633507>
- Copestake, J. (Ed.). (2008). *Bienestar y desarrollo en Perú: perspectivas locales y universales en conflicto*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9780230616998>
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. y Smith, L. T. (Eds.). (2010). *Manual de metodologías indígenas*. SAGE.
- Díaz Méndez, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco Abarca, A., Moreno Jiménez, B., Gallardo Cuadra, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación al español de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8474>
- Diener, E. (1984). Bienestar subjetivo. *Boletín psicológico*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., Suh, E. M., Smith, H. y Shao, L. (1995). Diferencias nacionales y culturales en el bienestar subjetivo declarado: ¿por qué se producen? *Investigación sobre indicadores sociales*, 34, 7-32.
- Fuller, N. (2001). *Masculinidades: Cambios y permanencias: Varones de Cuzco, Iquitos y Lima*. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Grupo WHOQOL. (1995). Evaluación de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL): Documento de posición de la Organización Mundial de la Salud. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- Instituto Nacional de Defensa Civil. (2001). Mapa de peligros y lineamientos: Plan de usos del suelo de Arequipa [PDF]. CENEPRED-SIGRID. https://sigrid.cenepred.gob.pe/docs/PARA%20PUBLICAR/INDECI/Mapa%20peligros%20y%20lineamientos%20plan%20usos%20del%20suelo%20de%20Arequipa_2001.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Censos Nacionales 2017: Resultados definitivos* (Redatam). https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1544/
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). Perú: Crecimiento y distribución de la población total, 2017 (Lib1673) [PDF]. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1673/libro.pdf

- Iniciativa de Oxford sobre la Pobreza y el Desarrollo Humano. (s. f.). ¿Qué es el IPM global? <https://ophi.org.uk/what-global-mpi>
- Kirsten, T. G. J. C., van der Walt, H. J. L. y Viljoen, C. T. (2009). Salud, bienestar y bienestar: un enfoque antropológico ecosistémico. *Health SA Gesondheid*, 14(1), Artículo a407. <https://doi.org/10.4102/hsag.v14i1.407>
- Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T. y Dahn, B. T. (2015). ¿Qué es un sistema de salud resiliente? Lecciones del ébola. *The Lancet*, 385(9980), 1910-1912. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
- Libélula Gestión en Cambio Climático y Comunicación. (2016a). Vulnerabilidad y adaptación al cambio climático en Arequipa Metropolitana: Producto 1. Análisis de vulnerabilidad frente al cambio climático de Arequipa Metropolitana (versión final) [PDF]. <https://arma.regionarequipa.gob.pe/uploads/docs/21.pdf>
- Libélula Gestión en Cambio Climático y Comunicación. (2016b). Vulnerabilidad y adaptación al cambio climático en Arequipa Metropolitana: Análisis de vulnerabilidad por zonas [PDF]. <https://arma.regionarequipa.gob.pe/uploads/docs/20.pdf>
- Livsey, K. y Centrone, W. (2013). Evaluación comunitaria de los recursos y experiencias en materia de salud en el valle del Colca [Informe]. Health Bridges International; Universidad de Carolina del Norte en Wilmington, Facultad de Enfermería.
- Livsey, K., Falkenstein, K. y Centrone, W. (2015). Evaluación comunitaria de los recursos y experiencias en la atención sanitaria (CARE) en la comunidad de Alto Cayma [Informe]. Health Bridges International; Universidad de Carolina del Norte en Wilmington, Facultad de Enfermería.
- McCubbin, L. D., McCubbin, H. I., Zhang, W., Kehl, L. y Strøm, I. (2013). Bienestar relacional: una perspectiva y una medida indígenas. *Relaciones familiares*, 62(2), 354-365. <https://doi.org/10.1111/fare.12007>
- Mukerji, R., Mannell, J., Lowe, H., Calderón, M., Abarca Díaz, B. M., Espezua, R., Brown, L. J. y Gamlin, J. (2025). Identificación de las fortalezas indígenas para la salud y el bienestar: enfoque en el legado de las masculinidades coloniales en Perú. *Ciencias Sociales y Medicina*, 372, 117993. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.117993>
- Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., Guesnet, F., Horne, R., Jacyna, S., Jadhav, S., Macdonald, A., Neuendorf, U., Parkhurst, A., Reynolds, R., Scambler, G., Shamdassani, S., Smith, S. Z., Stougaard-Nielsen, J., Thomson, L., Tyler, N. y Woolf, K. (2014). Cultura y salud. *The Lancet*, 384(9954), 1607-1639. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2)
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (s. f.). *Medir el bienestar y el progreso*. <https://www.oecd.org/en/topics/sub-issues/measuring-well-being-and-progress.html>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (5 de noviembre de 2024). ¿Cómo está la vida? 2024: Bienestar y resiliencia en tiempos de crisis. https://www.oecd.org/en/publications/2024/11/how-s-life-2024_bdcf2f9f.html
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Marco para servicios de salud integrados y centrados en las personas: Informe de la Secretaría (A69/39). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (septiembre de 1978). Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata,

URSS, 6-12 de septiembre de 1978. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2

Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (1978). Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. <https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo e Iniciativa de Oxford sobre la Pobreza y el Desarrollo Humano. (2025). *Índice de Pobreza Multidimensional Global 2025: Desmontando las dificultades globales* (Informes sobre Desarrollo Humano). <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/mpireport2025en.pdf>

Richter, K. (2025). Límites cosmológicos al crecimiento, abundancia afectiva y derechos de la naturaleza: perspectivas del Buen Vivir/sumak kawsay para la política cultural del decrecimiento. *Ecological Economics*, 228, 108442. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2024.108442>

Ryff, C. D. (1989). La felicidad lo es todo, ¿o no? Exploraciones sobre el significado del bienestar psicológico. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

Ryff, C. D. (2014). El bienestar psicológico revisitado: avances en la ciencia y la práctica de la eudaimonia. *Psicoterapia y Psicosomática*, 83(1), 10-28. <https://doi.org/10.1159/000353263>

Sundararaman, T., Muraleedharan, V. R. y Ranjan, A. (2021). Resiliencia frente a la pandemia y preparación del sistema sanitario: lecciones del COVID-19 para el siglo XXI. *Revista de Desarrollo Social y Económico*, 23(Suplemento 2), 290-300. <https://doi.org/10.1007/s40847-020-00133-x>

Taylor, L. (2021). Covid-19: Por qué Perú tiene una de las tasas de mortalidad excesiva más altas del mundo. *BMJ*, 372(611). <https://doi.org/10.1136/bmj.n611>

Vilchez-Chávez, A. F., Bernal Altamirano, E., Morales-García, W. C., Sairitupa-Sánchez, L., Morales-García, S. B. y Saintila, J. (2023). Hábitos saludables y factores de estrés asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en una población adulta peruana: un estudio transversal. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16, 2691-2700. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S412962>

Waldmüller, J. (2014). Buen Vivir, Sumak Kawsay, «Good living»: Introducción y visión general. *Alternautas*, 1(1), 17-28. <https://doi.org/10.31273/alternautas.v1i1.989>

Walsh, F. (2011). Resiliencia familiar: un enfoque colaborativo en respuesta a los retos estresantes de la vida. En S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney y M. J. Friedman (Eds.), *Resiliencia y salud mental: retos a lo largo de la vida* (pp. 149-161). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511994791.012>

Zeballos, S. E. Z. (2016). Movilidad poblacional y municipalización de la vida rural en la provincia de Caylloma, Región Arequipa [PDF]. DESCO Sur. <https://www.descosur.org.pe/wp-content/uploads/2016/06/Eliseo-Zeballos.pdf>