

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y SOCIALES



**EVALUACIÓN DE LA INTENCIÓN DE COMPRA DE LOS
SERVICIOS DE TURISMO DE BIENESTAR, A PARTIR DEL
BIENESTAR PERCIBIDO POR LOS RESIDENTES MEXICANOS.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN
ADMINISTRACIÓN**

PRESENTA

NATHALIE ORTEGA CARBONELL

Ensenada, B.C

Abril 2024



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y SOCIALES ,
CAMPUS ENSENADA.

FCAYS
Facultad de Ciencias
Administrativas y
Sociales

**“Evaluación de la intención de compra de los servicios de
turismo de bienestar, a partir del bienestar percibido por los
residentes mexicanos ”**
TESIS

PARA CUBRIR LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA OBTENER EL TÍTULO DE

MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN

PRESENTA

Nathalie Ortega Carbonell

371535

A quien el Comité de Tesis autoriza el trabajo terminal y de acuerdo con el
Art. 19 del R.G.E.P.E.P, emite los siguientes votos aprobatorios mediante rubrica:



Dra. Virginia Margarita Gonzalez Rosales
DIRECTOR



Dra. Olivia Denisse Mejia Victoria
CODIRECTOR



Dr. Oscar Galván Mendoza
SINODAL
“Por la Realización Plena del Ser”



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y SOCIALES,
CAMPUS ENSENADA.

FCAys
Facultad de Ciencias
Administrativas y
Sociales

Ensenada, Baja California a 23 de abril de 2024

Maestro Jesús Antonio Padilla Sánchez
Director de la Facultad de Ciencias Administrativas y Sociales
Universidad Autónoma de Baja California
PRESENTE

Por este conducto me permito comunicarle que en mi calidad de **directora de tesis**, para la obtención de examen de grado de la alumna Nathalie Ortega Carbonell de la **Maestría en Administración**, he leído y revisado la tesis "**Evaluación de la Intención de compra de los servicios de turismo de bienestar, a partir del bienestar percibido por los residentes mexicanos**", llené y suscribí la rúbrica que anexo y considero que cubre las consideraciones científicas y de ética de la investigación y no existe conflicto de intereses.

Por lo tanto, lo considero satisfactorio y otorgo **mi voto aprobatorio**.

ATENTAMENTE

Dra. Virginia Margarita González Rosales
Directora



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y SOCIALES,
CAMPUS ENSENADA.



Ensenada, Baja California a 12 de abril de 2024

Maestro Jesús Antonio Padilla Sánchez
Director de la Facultad de Ciencias Administrativas y Sociales
Universidad Autónoma de Baja California
P R E S E N T E

Por este conducto me permito comunicarle que en mi calidad de **codirectora de tesis**, para la obtención de examen de grado de la alumna Nathalie Ortega Carbonell de la **Maestría en Administración**, he leído y revisado la tesis **“Evaluación de la Intención de compra de los servicios de turismo de bienestar, a partir del bienestar percibido por los residentes mexicanos”**, llené y suscribí la rúbrica que anexo y considero que cubre las consideraciones científicas y de ética de la investigación y no existe conflicto de intereses.

Por lo tanto, lo considero satisfactorio y otorgo **mi voto aprobatorio**.

A T E N T A M E N T E



Dra. Olivia Denisse Mejía Victoria
Codirectora



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y SOCIALES,
CAMPUS ENSENADA.

FCAYS
Facultad de Ciencias
Administrativas y
Sociales

Ensenada, Baja California a 23 de abril de 2024

Maestro Jesús Antonio Padilla Sánchez
Director de la Facultad de Ciencias Administrativas y Sociales
Universidad Autónoma de Baja California
P R E S E N T E

Por este conducto me permito comunicarle que en mi calidad de **sinodal de tesis**, para la obtención de examen de grado de la alumna Nathalie Ortega Carbonell de la **Maestría en Administración**, he leído y revisado la tesis "**Evaluación de la Intención de compra de los servicios de turismo de bienestar, a partir del bienestar percibido por los residentes mexicanos**", llené y suscribí la rúbrica que anexo y considero que cubre las consideraciones científicas y de ética de la investigación y no existe conflicto de intereses.

Por lo tanto, lo considero satisfactorio y otorgo **mi voto aprobatorio**.

ATENTAMENTE

Dr. Oscar Galván Mendoza
Sinodal

AGRADECIMIENTOS

Ante todo, me gustaría agradecerle a la UABC, por brindarme la oportunidad de estudiar un programa de posgrado siendo extranjera; de igual manera a mi tutora la Dra. Virginia Margarita González Rosales (Maggi), que gracias a su infinita paciencia me motivó para seguir avanzando. A los miembros de mi comité la Dra. Olivia Denisse Mejía y el Dr. Oscar Galván por sus comentarios constructivos que me ayudaron a obtener el resultado final de la investigación. A mi hijo gatuno precioso por estar a mi lado en cada momento de desvelo

Pero sobre todo quiero agradecerles a mis amigas (Betty, Jackie y Mariel), que fueron una bella coincidencia en el transcurso de estos 2 años y me ayudaron a adaptarme a una ciudad y un país diferente.

Índice

AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	5
Turismo, Bienestar, Intención de Compra, Bienestar Percibido, Conciencia de Salud	5
ABSTRACT:	6
Introducción:	10
Marco Conceptual	15
Conciencia de salud	15
Bienestar	16
Intención de Compra:	17
Hipótesis 1:	20
Hipótesis 2:	20
Pregunta de Investigación:	20
Objetivo General:	21
Objetivos Específicos:	21
Capítulo 1: Marco Teórico	22
1. Conciencia de Salud como hilo conductor del Bienestar.	22
1.1 El estrés, pandemia psicológica del siglo XXI	23
1.2 La escala de la autoconciencia.	24
1.3 Intención de visita una respuesta a la teoría del comportamiento planificado:	26
1.3.1 Modelos del comportamiento humano, herramienta para predecir las necesidades humanas:	28
1.3.2 Teoría de las necesidades humanas de Maslow:	28
1.3.3 Factores que influyen en el comportamiento humano para la toma de decisiones:	30
1.4 Teoría de acción razonada, antesala de la teoría del comportamiento planificado:	32
1.4.1- La teoría del comportamiento planificado:	34
1.5 Disposición a pagar, costos y beneficios	38
1.6 El Bienestar, nueva oportunidad para desarrollar el sector del turismo:	40
1.6.1- Evolución del concepto de <i>Wellness</i>.	42

1.6.2- Característica del bienestar:	44
1.6.3- Bienestar Ambiental:	45
1.6.4- Bienestar Mental:	47
1.6.5- Bienestar físico:	50
1.7- Turismo, conceptos y antecedentes:	51
1.7.1- Clasificación del turismo:	53
1.7.2- Turismo de salud, características y desarrollo:	54
1.7.3- Antecedentes del turismo de salud:	55
1.7.4- Conceptos del turismo de salud y su evolución:	56
1.7.5- Turismo wellness, un viaje al interior:	59
1.7.6- Turismo de bienestar o turismo médico. Sus diferencias y semejanzas:	64
Estado del Arte:	67
Contexto internacional de investigación:	68
Contexto nacional de la Investigación:	75
Capítulo 2: Diseño Metodológico	77
Justificación metodológica:	77
Capítulo 3. Método:	83
Participantes:	83
Tamaño de la muestra:	83
Escenario:	84
Diseño:	84
Instrumento:	84
Procedimiento.	85
Fase 1. Proceso de traducción y re traducción:	86
Fase 2. Validez de experto:	87
Fase 3. Recolección de datos:	88
Resultados Preliminares:	88
Resultados de la fase 2:	88
Resultado de la fase 3:	90
Capítulo 4: Resultados.	93
4.1 Perfil de la población.	93
4.1.1 Género	93

4.1.2 Edad	94
4.1.3 Estado Civil	96
4.1.4 Último grado académico alcanzado	97
4.1.5 Ocupación	98
4.1.6- Nacionalidad y estado donde reside	99
4.1.8- Nivel Socioeconómico	100
4.1.9 Días de vacaciones y cantidad de veces que viajan al año	101
4.1.10 Qué busca en la vacaciones y tipo de turismo que prefiere	102
4.2- Baremos.	103
4.3- Prueba de normalidad	106
4.3.1 Prueba de Kolmogórov-Smirnov (KS)	107
4.4 Correlaciones:	108
Capítulo 5: Discusión y Conclusiones:	111
Aportes:	113
Limitaciones y Recomendaciones	114
Conclusiones:	115
Anexo 1	117
Referencias	124

RESUMEN

La presente investigación aborda la relación entre el bienestar percibido y la intención de compra de servicios turísticos de bienestar en México. Con el creciente interés en el turismo de bienestar, entender cómo la percepción del bienestar influye en las decisiones de compra puede ser crucial para la industria turística. El estudio se basó en una investigación cuantitativa, utilizando encuestas para recopilar datos de residentes mexicanos. Para esto se emplearon técnicas de muestreo por bola de nieve, con el fin de obtener una muestra diversa y representativa de la población. Los datos recopilados se analizaron utilizando métodos estadísticos como análisis de correlación para determinar la relación entre el bienestar percibido y la intención de compra de servicios turísticos de bienestar.

Para esto se construyó un instrumento (Formulario Wellness), el cual contó con 38 ítems y fue validado tanto por el método de validación de experto, como por análisis estadístico mediante los análisis exploratorios y confirmatorios. Arrojó un Alfa de Cronbach de 0.92, lo cual demuestra que tuvo una validez y fiabilidad alta. Fue aplicado a una población de 273 residentes mexicanos con el fin de demostrar la correlación entre las variables de estudios.

En resumen, esta tesis se explora la conexión entre el bienestar percibido y la intención de compra de servicios turísticos de bienestar en México, con el objetivo de proporcionar información útil para mejorar la oferta de servicios turísticos y promover el bienestar en la población mexicana.

Palabras Claves:

Turismo, Bienestar, Intención de Compra, Bienestar Percibido, Conciencia de Salud

ABSTRACT:

The present research addresses the relationship between perceived well-being and the purchase intention of well-being tourism services in Mexico. With growing interest in wellness tourism, understanding how perceptions of wellness influence purchasing decisions may be crucial for the tourism industry. The study was based on quantitative research, using surveys to collect data from Mexican residents. For this, snowball sampling techniques were used, in order to obtain a diverse and representative sample of the population. The collected data were analyzed using statistical methods such as correlation analysis to determine the relationship between perceived well-being and purchase intention for wellness tourism services.

For this, an instrument (Wellness Form) was built, which had 38 items and was validated both by the expert validation method and by statistical analysis through exploratory and confirmatory analyses. It showed a Cronbach's Alpha of 0.92, which shows that it had high validity and reliability. It was applied to a population of 273 Mexican residents in order to demonstrate the correlation between the study variables.

In summary, this thesis explores the connection between perceived well-being and the intention to purchase well-being tourism services in Mexico, with the aim of providing useful information to improve the offer of tourism services and promote well-being in the Mexican population.

Keywords:

Tourism, Wellness, Purchase Intention, Perceived Wellbeing, Health Consciousness

Introducción:

En la actualidad el turismo es una de las industrias más importantes a nivel mundial, con un impacto significativo en la economía, la cultura y el medio ambiente de los destinos. La primera definición de turismo nace en plena Segunda Guerra Mundial donde es descrito por dos profesores economistas suizos Walter Hunziker y Kart Krapf (1942, p.14), quienes plantean que “el turismo es el conjunto de relaciones y fenómenos que se producen como consecuencia del desplazamiento y estancia temporal de personas fuera de su lugar de residencia, siempre que no esté motivado por razones lucrativas”. Con esta definición se puede calificar al turismo como una ciencia o conocimiento interdisciplinario que abarca un conjunto de relaciones (económicas, humanas, ecológicas, jurídicas, médicas, etc.) (ECOTEC, 2020)

Según Korstaje (2021), el turismo se ha transformado en los últimos años en una industria que, apoyada por la globalización, ha logrado unir a la mayoría de las economías capitalistas del planeta. Como consecuencia a este fenómeno los efectos en términos de derrame del ingreso sobre diferentes rubros del sector económico han hecho del turismo una industria clave del desarrollo mundial; sin embargo, con la recientemente aparición y rápida diseminación de una pandemia por (COVID19) que no solo puso no solo al mundo en cuarentena, sino que también generó un amplio debate respecto a la sustentabilidad del turismo (Hall, 2020).

En México, de acuerdo con datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021) la actividad turística durante el segundo trimestre del año 2021 tuvo un incremento del 53.2%, en comparación con el mismo período del año anterior, el cual se vio afectado por la pandemia. Mientras que el tercer trimestre su incremento fue del 24.9% con respecto a su año antecesor.

En la tabla 1 se muestra los principales resultados respecto al incremento del turismo en México, durante el año 2021 en comparación con los datos

recabados en el 2020, tomando como referencia la estadística publicada por el portal de Sistema Nacional de Información Estadística del Sector Turismo en México (DATATUR,2021)

Tabla 1

Comparación de Actividad Turística entre los años 2020 y 2021

Principales Resultados	Año 2020	Año 2021	Variación.
Llegadas de Turistas Nacionales	7 millones 592 mil	31 millones 876 mil	Incremento de 31.3%
Ingresos por visitantes internacionales	10 millones 995 mil millones de dólares	19 mil 796 millones de dólares	Incremento del 80%
Saldo de la Balanza por concepto de Viajeros internacionales	7 mil 521 millones de dólares.	14 mil 614 millones de dólares	Superávit 94.3%
Participación de USA en el mercado.	5 millones 171 mil (68.1% del total)	10 millones 240 mil (72.7% del total)	98.8% Incremento en relación al año anterior.

Nota. Elaboración propia a partir de información de DATATUR, 2021

Durante los últimos años el turismo alternativo, entendido como una forma diferente de hacer turismo, donde el turista participa en actividades recreativas y culturales, donde se expone a un mayor contacto con la naturaleza (Gutiérrez et al., 2018), y propone, además realizar cambios de manera radical hacia los enfoques basados en la comunidad, así como crear sistemas más justos y equitativos para la sociedad. Esta forma de turismo ha sido una herramienta importante para impulsar el desarrollo local y endógeno en las zonas rurales de Latinoamérica.

Algunos de los segmentos de esta actividad más reconocidos son el al ecoturismo, el turismo rural, el turismo de aventura y el turismo médico (OMT, 2020).El turismo de salud es precisamente una de las alternativas que ha tomado mayor relevancia en los últimos años; según Aguirre (2020), en su investigación, el

turismo de salud está conceptualizado como una acción realizada por un grupo de personas, al viajar de su lugar de residencia a otro, puede ser en territorio nacional o internacional, donde deberán pernoctar, para llevar a cabo actividades relacionadas con la salud.

La *World Health Organization* (WHO), por su parte, define al turismo de salud como aquellos productos, instalaciones y servicios que se han diseñado para recuperar, mejorar y/ o mantener la salud a través de una combinación de actividades de rehabilitación, curación, ocio, recreación y/ o educativas, en un espacio alejado de las distracciones del trabajo y la vida diaria (WHO, 2008).

Este es clasificado según los servicios que ofrecen principalmente como: (i) turismo médico; (ii) turismo de bienestar o *wellness* y: (iii) turismo de medicina complementaria. En la tabla 2 se presenta una descripción de cada una de estas clasificaciones.

Tabla 2

Clasificación del turismo de salud.

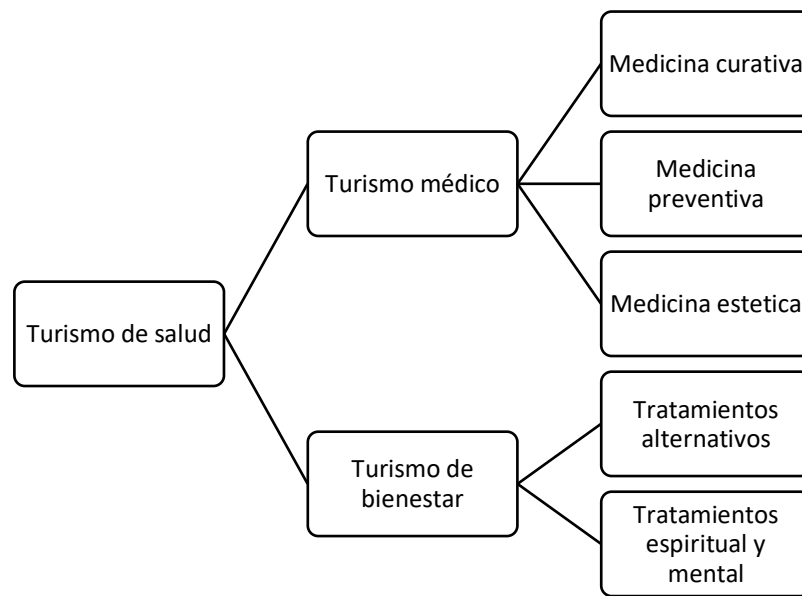
Tipo de turismo de salud	Descripción
<i>Turismo médico</i>	Son flujos internacionales de viajeros con el fin de recibir servicios médicos. Involucra uno o varios procesos: consulta, intervención, hospitalización (o atención clínica) y provisión de medicamentos (Peregrin, Araujo, & Fraiz, 2020).
<i>Turismo de bienestar</i>	Actividad que está orientada a la relajación y salud del cuerpo mediante tratamientos con énfasis a técnicas que tienden a centrarse en la cura, rehabilitación y descanso del cuerpo en este tipo de turismo, el turista no tiene ninguna enfermedad física; sin embargo, viaja para buscar alivio al estrés diario, sin incurrir en intervenciones médicas (Oz, 2014).
<i>Turismo de medicina complementaria</i>	Se refiere al uso de la medicina complementaria y alternativa junto con la medicina convencional, como el empleo de la acupuntura, uso de productos, etc. en forma adicional a los métodos usuales para aliviar el dolor u otros males (HHS, 2011).

Nota. Elaboración Propia

El turismo médico se subdivide (Peregrin et al., 2020) en medicina curativa, medicina preventiva y medicina estética; mientras el turismo de bienestar es aquel que ayuda a mejorar las relaciones sociales e incrementa el grado de positivismo en las personas por medio de tratamientos alternativos de índole espiritual y mental, los cuales ayudan a mejorar la actividad física y a una mejor conexión con la naturaleza (MINCETUR, 2012), como muestra la figura 1.

Figura 1

Turismo médico y de bienestar.



Nota. Elaboración propia con adaptación de MINCETUR, (2012).

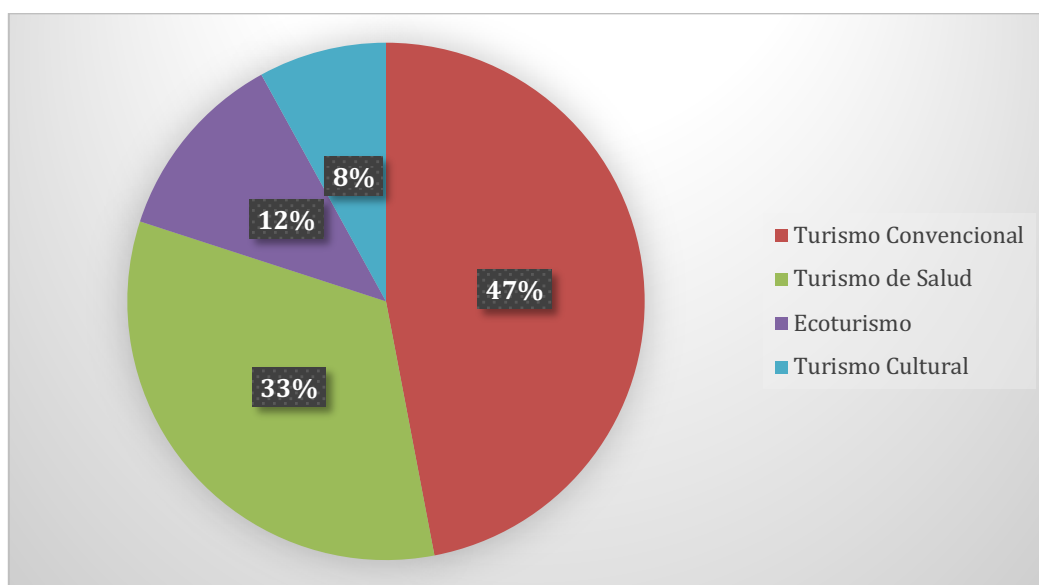
El tamaño que tiene el mercado del turismo médico a nivel global es sin duda significativo, pues cada año, según la Medical Tourism Association (2020), cerca de 14 millones de personas en el mundo se desplazan a otros países en busca de atención médica, actividad que genera un valor de entre 50 y 70 billones de dólares. A la fecha, India es el destino que ocupa el primer lugar en turismo médico, concretando un millón 200 mil de visitantes. Le sigue México con un millón de turistas que buscan servicios de salud anualmente, en su mayoría canadienses y norteamericanos. Con ello, supera a Estados Unidos, que se ubica en la tercera posición con 300 mil personas que viajan a este país a recibir

servicios médicos. Después de estas tres naciones, Singapur, Tailandia, Brasil, Turquía, Corea del Sur, Malasia y Taiwán se reparten otro millón 380 mil turistas (Patients Borders Beyond, 2020).

La figura 2 muestra el comportamiento del turismo a nivel mundial en el año 2021 entre los diferentes tipos de turismo según UNWTO (2022).

Figura 2

Tipos de turismo a nivel mundial.



Nota. Elaboración propia, a partir de datos de UNWTO (2021)

Como se puede observar en la figura 2 durante el año 2021 el 33% del total de turistas a nivel mundial, realizó turismo de salud, siendo la segunda forma de turismo de preferencia para los viajeros, únicamente superado por el turismo convencional (de sol y playa), que acumuló el 47% del total. En la actualidad, este tipo de actividad ha experimentado un crecimiento debido al desarrollo de la conciencia de salud a nivel tanto individual como social en los últimos años. Recientemente, existe una tendencia a centrarse en el cuidado de la salud individual, como una forma de autoenfoco o autoconciencia que involucra el grado en que alguien es consciente de la importancia que conlleva el tener hábitos saludables (Gould, 1990).

Aguirre (2020), caracteriza el desarrollo del turismo de salud en México en los últimos años y lo expone como una nueva posibilidad al fomento del turismo tradicional y el potencial que trae esta actividad a la economía mexicana. Para ello, realizó un análisis donde se proyecta un crecimiento anual del 1% del turismo de salud en el período de cinco años, principalmente en los estados de Baja California, Baja California Sur, Oaxaca, Ciudad de México y el Estado de México, lo cual representaría un ingreso de entre 5 y 8 mil millones de pesos.

Para continuar con el desarrollo de la investigación, a continuación, se presenta a continuación la caracterización de algunas de las variables que serán objeto de estudio.

Marco Conceptual

Conciencia de salud

El bienestar es al cuerpo humano lo que la conciencia es a la promoción de la salud. Esta analogía plantea las implicaciones que tiene la conciencia, y, sobre todo, la toma de conciencia de la salud, en la promoción de la misma. Uno de los temas complejos en la actualidad, tanto para la neurología, como para la filosofía, e incluso para la psicología, es la estructura y el funcionamiento de la conciencia (García, 2015). Este tema es recurrente para considerar la salud dentro del contexto de su divulgación.

La promoción de la salud exige que la humanidad tome conciencia, al menos, eso es lo que se escucha en la vida cotidiana cuando se menciona la necesidad de conciencia frente a enfermedades, prevención o recomendaciones médicas. Según García (2015), la conciencia está inmersa en la promoción misma y está influenciada por el conocimiento científico y técnico que poseen los profesionales con experiencia, aunque pensar en la toma de conciencia implica reflexiones adicionales.

Actualmente existe una tendencia al estrés, desgaste psicológico, físico y espiritual, y aunado a una mala prevención y promoción actividades de primarias como el control de la diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad.

Autores como León & Fornés (2015), López, H. et al. (2018), Bairero Aguilar (2018), entre otros, consideran el estrés como una variable psicológica y social que provoca repercusiones negativas en la vida cotidiana. Además, instituciones como la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (2018) y *Mental Health America* (2022) han realizado estudios para determinar el nivel de estrés en la población de Estados Unidos y México.

Estos estudios confirman que la pandemia ha intensificado la importancia que las personas otorgan a la salud física y mental, así como el incremento de la conciencia de la población en general para abordar este creciente sector. Por lo tanto, podemos deducir que existe una demanda creciente de productos de bienestar, que en los últimos años ha ganado fuerza, ya que los turistas han optado principalmente por experiencias enfocadas en mente-alma y desarrolladas en espacios naturales.

Bienestar

Según *Global Wellness Institute* (GWI), el bienestar se define como la búsqueda de actividades, opciones y estilos de vida que conduzcan a un estado de salud integral. A menudo se confunde este término con otros como salud y felicidad. Si bien, hay elementos comunes entre ellos, el bienestar se distingue por no referirse a un estado estático del ser (es decir, ser feliz, tener buena salud o un estado de bienestar). Más bien, el bienestar está asociado con un proceso activo de ser consciente y tomar decisiones que conducen a un resultado de salud y bienestar holístico óptimo (Global Spa Summit, 2010).

Por un lado, el bienestar se asocia con la naturaleza; por otro lado, la demanda busca más meditación, espiritualidad, espacios abiertos, cambios en los estilos de vida y más conexión con la naturaleza y con el ser interior. Además, se

busca la desconexión digital y salir de las grandes ciudades para ayudar a equilibrar cuerpo y mente (Milan & Bezarra, 2021).

En el estado de Baja California, el crecimiento del turismo de salud ha sido ascendente en los últimos tres años, según Turismomedico (2021). En el año 2020, casi dos millones de turistas (principalmente estadounidenses provenientes de California, Nuevo México, Arizona, Nevada, Texas y Florida) visitaron Baja California por turismo de salud, con una derrama de mil 200 millones de dólares proveniente únicamente de servicios de salud.

Sin embargo, son servicios especializados dentro de diferentes áreas como oncología, fertilidad, cardiología, ortopedia y servicios dentales, además de cirugías, en su mayoría plásticas y cosméticas; sin tener presencia de la representatividad del turismo de bienestar. Esto ha implicado que el turismo de bienestar o *wellness* ha quedado rezagado dentro de los servicios de salud, limitando su oferta únicamente a los spas.

Según Rojas (2020), la salud se entiende como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino que aspira a mejorar y equilibrar los ámbitos principales de la vida humana. La motivación primordial del turista de bienestar es participar en actividades preventivas, proactivas y de mejora del estilo de vida, como la gimnasia, la alimentación saludable, la relajación, el cuidado personal y los tratamientos curativos.

Intención de Compra:

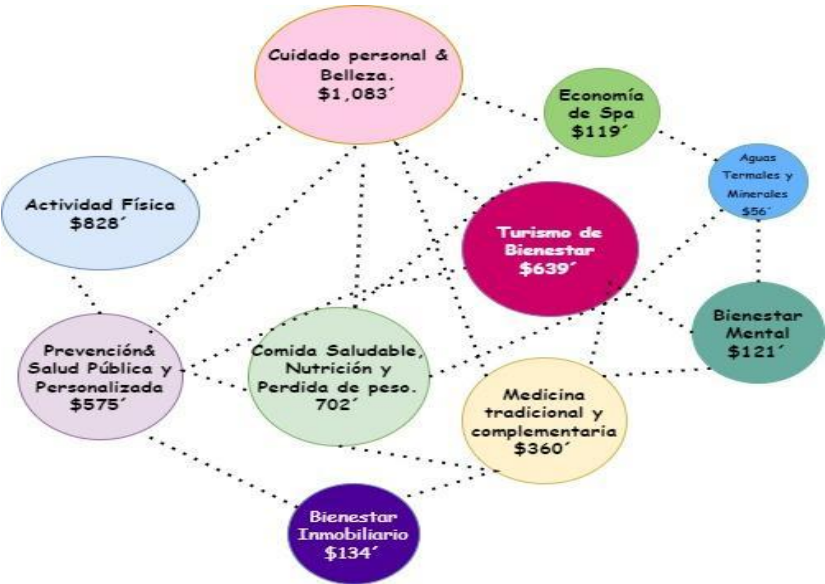
La economía del bienestar es una industria global colosal, estimada por el Global Wellness Institute (GWI) en \$4,5 billones, lo que representa aproximadamente el 5,6% de la producción económica mundial en 2017 (Fondo Monetario Internacional, 2017). En comparación, los gastos sanitarios mundiales se estimaron en 8 billones de dólares en 2017.

El bienestar se está integrando principalmente en los estilos de vida de los consumidores y es omnipresente en los medios y la venta al por menor. En la

actualidad es un diferenciador o punto de venta de todo tipo de productos, servicios, y tecnologías. (Global Wellness Institute, 2021).

El GWI define en su artículo “*The global Wellness economy: looking beyond COVID*” a la economía del bienestar como industrias que permiten a los consumidores incorporar actividades y estilos de bienestar en su vida diaria. Esto abarca 11 sectores variados y diversos. La figura tres muestra el consumo de los productos Wellness a nivel mundial en el año 2017.

Figura 3
Consumo de productos Wellness.



Nota. Los datos de consumo están presentados en millones de dólares americanos (USD). Elaboración propia a partir de *The Global Wellness Economy: Looking Beyond COVID*

El impulso ascendente en la economía *wellness* es evidente en el fuerte crecimiento de las tasas publicadas por los diez sectores de bienestar. Como revelan los datos recabados en la figura tres; se demuestra que los consumidores de dicha industria se enfocan principalmente en el cuidado personal y belleza, la cual constituye la rama más rentable del sector. Posteriormente se encuentra la

actividad física, esta se incluyó dentro de la industria, diferenciándose de la industria fitness, y en la actualidad cuenta con un consumo promedio de 828 mil millones de dólares.

La tercera rama en ocupar el lugar de las más rentables dentro de la industria es la de comida saludable, nutrición y pérdida de peso, que al igual que la anterior, ha ganado gran importancia en los últimos años. Siendo el turismo de bienestar la cuarta rama más rentable dentro del sector con un consumo promedio de 639 mil millones de dólares; lo que demuestra que a pesar de ser una actividad más joven que la economía de spa y las aguas termales, por ejemplo, si cuenta con un desarrollo acelerado y una capacidad de crecimiento social mayor que las mencionadas anteriormente.

El bienestar se ha convertido en un valor de estilo de vida dominante a nivel mundial, impulsando el interés de los consumidores en el ejercicio, la alimentación saludable, el cuidado personal, la atención plena, la reducción del estrés, el envejecimiento saludable, la medicina complementaria, la salud holística y otras prácticas, transformándose en un sistema de valor importante que se utiliza para apreciar las acciones de la vida cotidiana y la toma de decisiones con un enfoque cada vez mayor en temas como la calidad de los alimentos y la forma como se preparan y se consumen, mitigando el estrés y aumentando el bienestar mental, incorporando movimiento en las actividades diarias, la conciencia ambiental, el anhelo de conexión, el deseo de autorrealización, y una búsqueda de la felicidad (GWI, 2021).

En la actualidad no hay señales de que esta tendencia se esté desacelerando, al contrario, año tras año el crecimiento de la industria del bienestar es mayor.

De acuerdo con Valdivia, et al., (2009), la disposición a pagar es la cantidad ideal que un cliente está dispuesto a erogar por su producto o servicio, varía en función de una serie de factores, pero es una de las mejores maneras de conceptualizar la demanda global en un momento dado. Por ello es pertinente su

estudio para concluir cuáles son los factores predominantes para que los usuarios de servicios de bienestar se animen a gastar en los mismos.

En la actualidad no existen estudios que demuestren la correlación existentes entre las variables conciencia de salud, bienestar percibido e intención de compra en el contexto del turismo de bienestar, ni existe ningún instrumento que mida el interés de los turistas residentes mexicanos en usar este tipo de turismo, es por esto que resulta de vital importancia realizar un trabajo investigativo que abone al progreso de la actividad y el aprovechamiento de un sector que no se encuentra implementado en su totalidad y apoyar una actividad turística potenciadora para México.

Por lo tanto, el presente trabajo de investigación tiene como hipótesis las siguientes:

Hipótesis 1:

Existe una relación positiva y significativa entre la conciencia de salud y la intención de compra de los servicios de turismo de bienestar por parte de los residentes mexicanos.

Hipótesis 2:

Existe una relación positiva y significativa entre el bienestar percibido y la intención de compra de los servicios de turismo de bienestar por parte de los residentes mexicanos.

Pregunta de Investigación:

¿Cómo afecta el bienestar percibido por los usuarios del turismo de bienestar en su intención de compra por parte de los residentes mexicanos?

Objetivo General:

Evaluar la percepción de bienestar que ofrecen los servicios turísticos *wellness* y su relación en intención de compra por parte de los residentes mexicanos.

Objetivos Específicos:

- Establecer si existe relación entre la conciencia de salud sobre el nivel de bienestar esperado dentro del turismo de bienestar.
- Predecir si el bienestar percibido con la práctica del turismo de bienestar incide en la intención de compra por parte de los residentes mexicanos de este servicio.

La investigación tendría un alcance nacional, por lo que es necesario determinar el potencial de satisfacción que generan los centros enfocados en el turismo de bienestar y cómo inciden directamente en la capacidad de consumo por parte de su público objetivo.

Sin duda, establecer un modelo para medir la relación entre el bienestar percibido por los turistas al realizar turismo de bienestar y su intención de consumo de estos servicios en el contexto económico mexicano es una contribución valiosa a la literatura. Este tipo de investigación no solo llena un vacío en el conocimiento existente, sino que también puede tener importantes implicaciones prácticas para la industria del turismo y el bienestar en México.

Al carecer de precedentes, esta investigación no solo generará nuevos conocimientos, sino que también podría ofrecer una base sólida para futuras investigaciones en este campo. Identificar y comprender la relación entre el bienestar percibido y la intención de consumo de turismo de bienestar podría ayudar a las empresas turísticas a adaptar sus servicios y estrategias con el fin de satisfacer un sector que actualmente no se encuentra estructurado, lo que a su vez podría impulsar el crecimiento económico y el desarrollo del sector turístico en México.

Capítulo 1: Marco Teórico

Este capítulo constituye el cimiento conceptual teórico de la investigación. De esta manera, se proporciona la base tanto contextual, como conceptual del problema de investigación planteado con anterioridad, trazando las pautas importantes para demostrar el fenómeno de estudio que se plantea en capítulos posteriores. A continuación, expongo los conceptos de mayor relevancia para el desarrollo de esta investigación.

1. Conciencia de Salud como hilo conductor del Bienestar.

El tema de la conciencia es hechizante, el enigma habita en las entrañas mismas de su estructura. Inicialmente este fenómeno se refiere a la experiencia que los seres humanos tienen con ellos mismos, de tal manera que la conciencia hace posible saber de nosotros mismos, de nuestros estados corporales, de nuestras posibilidades de existencia con calidad de vida. “Sin conciencia, es decir, sin una mente dotada de subjetividad, no sabríamos quiénes somos y qué pensamos” (Damansio, 2010, p 213).

Tener o estar consciente implica, entonces, más que la expresión de un hábito, es el saber de nosotros mismos, saber de la fragilidad a la cual todo ser humano está expuesto, saber que los seres fluyen en los éxtasis temporales, esto es, que “el pasado deja una huella en la materia, por tanto, pone un reflejo en el presente y por tanto siempre está materialmente vivo” (Bachelard, 1989).

La conciencia de la salud implica mínimamente el autoconocimiento de nuestra condición en la dialéctica salud-enfermedad, que está junto a la par de la salud y el cuidado son fenómenos que se revelan en las vivencias intencionales y que visibilizan las condiciones humanas en tanto hombres y mujeres que habitan en los límites de la fragilidad. El cuidado, y más que este el autocuidado, es el basamento de la conciencia como llamado de sí mismo, y aunque este fenómeno transita de los otros su fuente coexiste en el sí mismo (Vanegas, 2015); de tal manera, cómo podemos pensar en cuidar a los otros si no es de la experiencia del cuidado consigo mismo, lo que es considerado como autoconciencia.

No se puede mencionar el autoconocimiento, sin hablar del cuidado psicológico, que ha sido uno de los principales tabúes de la sociedad. Sin embargo, en la actualidad existe una creciente tendencia en la búsqueda del bienestar personal y del crecimiento individual. Un factor fundamental a tratar es el estrés que ha sido considerado la pandemia psicológica de la actualidad (Simkin, 2016).

1.1 El estrés, pandemia psicológica del siglo XXI

Desde la psicología el estrés es una respuesta de la persona ante la facilidad de percibir situaciones, demandas o exigencias del medio ambiente que puede causar malestar mental (León & Fornés. 2015). Así mismo, es considerado por López, H. et al. (2018), como una de las causas principales del deterioro en la salud mental y física de los trabajadores. Aguilar (2018), considera que el estrés es un estado psíquico caracterizado por un grado de ansiedad que alteran el comportamiento determinado por unas variables psicológicas y sociales que puede provocar algunas repercusiones en la vida de la persona.

De acuerdo con la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (2018), el estrés es un sentimiento de tensión física o emocional que puede provenir de cualquier situación o pensamiento de frustración, enojo o nervios. Si bien en pequeños episodios el estrés puede ser positivo, cuando dura mucho tiempo, puede dañar la salud.

Según Barnett (2020), un estudio realizado en la Universidad de Massachusetts en el año 2017, arrojó que el 33% de los norteamericanos vivían en escenarios de estrés y requerían ayuda de profesionales de la salud mental, mientras que en el año 2019 el 24.7% de los adultos se encontraban insatisfechos con el tratamiento psicológico que estaban tomando en ese momento (Barnett, 2020).

Datos de la encuesta estrés, causas y consecuencias en la salud realizada por la Universidad del Valle de México (UVM), (Forbes Staff, 2020) arrojaron que entre las situaciones más estresantes para los mexicanos están la inseguridad con el 73% y la situación económica, tanto la personal como la del país (Forbes Staff,

2020). Algunos otros datos refieren que el origen de la pandemia del estrés en México proviene de la valoración internacional de horas trabajadas por semana en las instituciones mexicanas y de los reportes de enfermedades profesionales. (Enciso & Ramírez, 2022).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2019), plantea que en 2019 México se posicionó como el país donde más horas se trabajaban en una escala de 38 naciones entre europeas y orientales (condición aún sostenida en la actualidad). El estrés se presenta cuando las demandas del trabajo afectan o exceden las capacidades, necesidades, o bien cuando el conocimiento de un trabajador o de un grupo no se armonizan con el clima organizacional. (Cortez, et al., 2022).

En este sentido se puede plantear que en la actualidad México, presenta una tasa elevada de personas con padecimiento de estrés; por lo tanto, la prevención de este fenómeno es primordial, pues la prolongación de esta condición psicológica puede causar el debilitamiento del sistema inmunológico. En la literatura, se puede apreciar que autores como Pelegrín et al., (2020), consideran las actividades que proporcionan bienestar tanto físico como mental, como una respuesta efectiva al tratamiento de dicha condición.

1.2 La escala de la autoconciencia.

La conciencia de la salud, exige una cultura del cuidado a partir de la formación que nace del oírse a sí mismo, del diálogo interno que cada ser humano construye en su propia intimidad, o de la experiencia que ganamos con la dinámica salud-enfermedad. (Vanegas, 2015).

De acuerdo con Tordjman, et al., (2019), la autoconciencia se define como un concepto multidimensional en el cual el ser humano se reconoce a sí mismo con identidad propia a través de la conciencia; de su propio cuerpo e imagen. Fenigstein et al. (1975), autores de la escala de autoconciencia, SCS por sus siglas en inglés, propusieron que el concepto de la autoconciencia se estructurará de dos componentes principales: la autoconciencia privada y la autoconciencia

pública. A partir del estudio donde describen el desarrollo de una escala para evaluar las diferencias individuales en la autoconciencia.

En su pilotaje se aplicaron 38 ítems con una muestra de 130 mujeres y 82 hombres estudiantes universitarios, utilizando un análisis factorial de componentes principales de los datos, mismo que arrojó tres factores que representan el 43 % de la varianza total explicada: la autoconciencia privada, la autoconciencia pública y la ansiedad social. Por un lado, se encuentra autoconciencia privada (PrSC) y por el otro la autoconciencia pública (PuSC). Los autores del SCS original entablaron la relación entre ambos componentes de la ansiedad social, que se consideran como el resultado de los procesos sociales a los cuales la sociedad se enfrenta en la búsqueda del cuidado personal (Fenigstein et al., 1975).

En ese orden de ideas y según Gould (1990), la autoconciencia es la forma de rasgo de autoenfoco que involucra es el grado en que alguien es consciente de su ser, está y ha sido ampliamente estudiada con respeto a la personalidad y el comportamiento en cuanto a lo privado como el aspecto consciente de sí mismo, es decir, que se refiere a la atención a propios los pensamientos propios y los sentimientos internos, siendo demostrado de tal manera que la autoconciencia está positivamente relacionada con los procesos de autorregulación y autocontrol. Este es un factor importante en el comportamiento preventivo de la salud.

Para medir esta variable Gould (1990), realiza una adaptación de adaptó la Self Consciousness Scale (SCS) e investigó, a través de una investigación cuantitativa directa, su relación con los comportamientos cotidianos relacionados con la salud, tanto positivos como negativos; apoyándose de una investigación cuantitativa directa, en el área metropolitana de New York, para ello utiliza a través de un estudio exploratorio o de acercamiento a la realidad social.

Con la validación de esta escala, el autor estudió y evaluó la frecuencia percibida del comportamiento auto informado, con el objeto de; para evaluar la Conciencia de Salud (HCS) con medidas reales de comportamiento, para asegurar dando como resultado que las personas con mayor conciencia de la salud no solo

informan que se comportan de una manera social más saludable, sino que continuamente se encuentran en la búsqueda del bienestar general.

Estudios más recientes como el de Arissa et al. (2022), proponen que las personas socialmente ansiosas tienden a mantenerse alejado abiertamente de situaciones sociales o sutilmente evitarlas como un medio para regular sus emociones; por otro lado, Gotter (2017) señala que el exceso o la autoconciencia negativa puede conducir a resultados poco saludables incluso al padecimiento de síntomas relacionados con la salud mental como ansiedad, depresión, ansiedad social y desorden de personalidad. Lo que sugiere que las actitudes y comportamientos individuales de la conciencia están relacionados con la búsqueda de una vida saludable y basado específicamente en el bienestar físico-emocional. (Hoque, et al., 2018).

La escala de autoconciencia, a pesar de ser un estudio descubierto a finales del pasado siglo, en la actualidad continúa siendo válida, pues han sido retomadas como sustento bibliográfico en investigaciones (Cung & Hong, 2022; Čvirik et al., 2022; Pu et al., 2021; Pahrudin et al., 2021) con la intención de predecir el interés de las personas con respecto al turismo de salud después de la pandemia de COVID-19, suceso que ha hecho que los viajeros sean más cautelosos sobre su seguridad y su estado de salud; esto lo estudian a través de la relación directa con la variable conciencia de salud y la influencia en la toma de decisiones.

1.3 Intención de visita una respuesta a la teoría del comportamiento planificado:

De acuerdo con Pahrudin et al. (2021) el turismo es uno de los sectores más afectados por un desastre, ya sea natural o proveniente de pandemia/epidemia, pues, este logra fenómenos que impactan de forma directa y negativa la intención de visita a un destino turístico, indistintamente ya sea sin distinguir a los turistas nacionales de los como internacionales. El Covid-19, es el caso más claro de ejemplificar esta afirmación, pues esta pandemia generó un

impacto significativo a nivel mundial en el sector económico y el sector turístico con una pérdida bruta mundial de 1.2 billones de dólares (Jhonson, 2020).

Muchos investigadores en el campo del sector turístico, de la psicología, de las ciencias sociales y del comportamiento del consumidor, creen que actualmente los elementos de riesgos percibidos para visitar algún destino, son la principal causa de cancelación de viajes, pues la persona debe elegir entre la intención específica de tomar una decisión y el deseo de visitar un destino (Han, 2015; Vos, 2020; Wu et al., 2017a, b)

La intención de visitar un destino se define precisamente como se refiere a la voluntad de visitar el destino (Chen, et al., 2014) y se interpreta como un cálculo racional de los costos y beneficios de un conjunto de destinos alternativos. Según Chen, et al. (2014), la intención conductual de visitar un destino puede verse afectada por información relevante como la novedad, la comprensibilidad y el interés.

Es importante destacar que la novedad generalmente ejerce una influencia más poderosa que las otras dos variables, sin embargo, algunos estudios han encontrado de manera contradictoria que es la familiaridad del destino, impacta positivamente en el interés y la probabilidad de visitar el mismo, junto con la calidad percibida del viaje (Horng et al., 2012, Maestro et al., 2007, Milman & Pizam, 1995).

Aunque esta discrepancia puede surgir de las diferentes preferencias de estilo de viaje de los turistas, entre los que valoran la familiaridad y los que buscan la novedad (Basala & Klenosky, 2001); existe un punto en común entre ambos estilos de viajes, y es que tienen como base la planificación de los mismos y por tanto su base parte de la existencia de factores vinculados con el comportamiento humano que predominan a la hora de la toma de decisión.

1.3.1 Modelos del comportamiento humano, herramienta para predecir las necesidades humanas:

Según McClelland (1962), como se citó en Timaná & Pazo (2014), los seres humanos actúan por una necesidad que, si bien tiene raíces biológicas, puede ser modificada por la cultura del medio ambiente que lo rodea. El ser humano ha tenido que tomar decisiones y comportarse de forma que complementen sus necesidades. Durante los siglos XIX y XX, la psicología desarrolló diversas teorías de motivación con la finalidad de entender y explicar el comportamiento humano desde esta perspectiva (Timaná & Pazo, 2014).

En la toma de decisiones influyen diversos factores, entre los que podemos citar las emociones, las diferencias de género y la personalidad; además, también intervienen diferentes variables como lo son ganancias y pérdidas, para esto es necesario relacionar el fenómeno con la personalidad y las características psicológicas en cada persona, esto hace que tengan, es decir, conforme los diferentes puntos de vista (Tejeda et al., 2021).

Del-Cerro (2006), también planteó, desde el punto de vista psicológico, que los factores contextuales son determinantes en las decisiones en igual o mayor medida que las preferencias, por lo que resultaría difícil establecer diferencias entre estas si no se tienen en cuenta los factores contextuales y psicosociales de los individuos. Bajo este supuesto, es imprescindible conocer cuáles son las preferencias y motivaciones individuales que producen a los visitantes de centros turísticos a tomar decisiones objetivas sobre la planificación de los destinos de viaje durante sus vacaciones.

1.3.2 Teoría de las necesidades humanas de Maslow:

El siglo XX, se caracterizó desde la administración, por desarrollar tres olas de pensamiento psicológico sobre la naturaleza humana: el psicodinámico, el conductual y el humanista/existencial; Abraham Maslow, se asocia tradicionalmente con la psicología humanista, pues este autor fue pionero en el área de la motivación, la personalidad y el desarrollo humano (Claude & Álvarez, 2005).

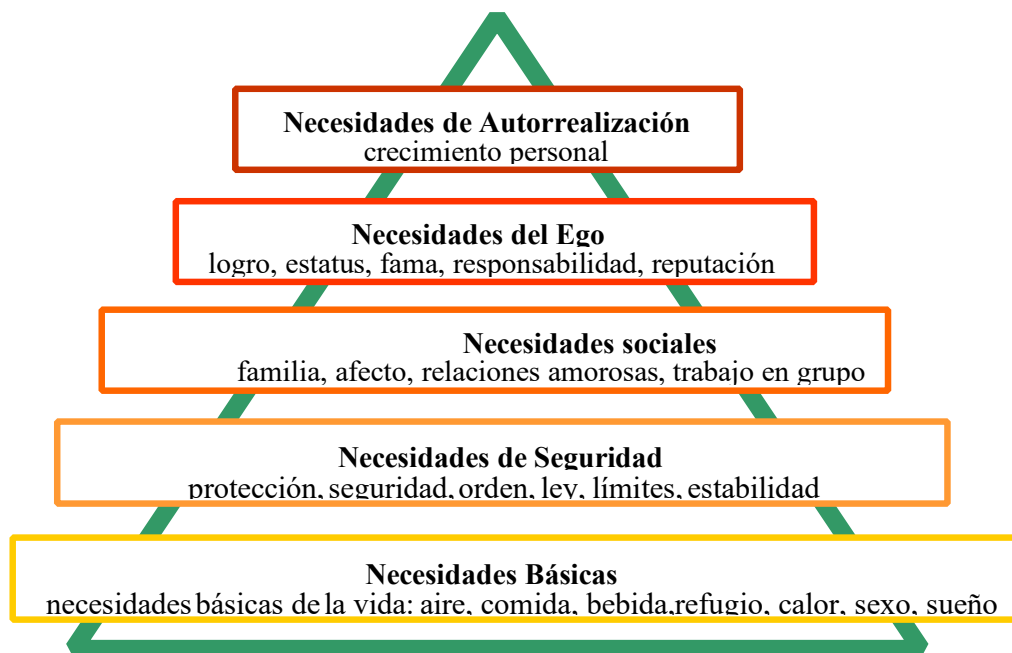
En 1943, Maslow propuso su “Teoría de la Motivación Humana” la cual tiene sus raíces en las ciencias sociales y fue ampliamente utilizada en el campo de la psicología clínica; y a su vez, se ha convertido en una de las principales teorías en el campo de la motivación, la gestión empresarial y el desarrollo y comportamiento organizacional (Reid 2008). Dicha teoría propone una jerarquía de necesidades y factores que motivan a las personas; (Quintero, 2009).

Maslow planteó esta jerarquía identificando cinco categorías de necesidades humanas y la construyó considerando un orden jerárquico ascendente (en forma de pirámide), de acuerdo a su importancia para la supervivencia y la capacidad de motivación. Analizando el modelo, a medida que el hombre satisface sus necesidades surgen otras que cambian o modifican el comportamiento del mismo; considerando que solo cuando una necesidad está “razonablemente” satisfecha, se disparará una nueva necesidad (Colvin & Rutland 2008).

La figura cuatro muestra la jerarquía de necesidades propuesta por Maslow.

Figura 4

Jerarquía de las necesidades de Maslow.



Como se observa en la figura las primeras tres necesidades se encuentran ligadas al funcionamiento consciente, biológico y psicológico básico del individuo, mientras que las últimas dos, en cambio, constituyen necesidades que exigen procesos mentales más avanzados dada la naturaleza social del individuo racional; estas se encuentran asociadas a necesidades humanas vinculadas con la pertenencia a un grupo, el reconocimiento, la realización personal y/o social, la solidaridad, la reciprocidad, la ética, estética y/o teológicas (Vulovic, 1985).

Exclusivamente en personas con consciencia plena de su propia grandeza, la angustia existencial no solo es la misma que mueve la necesidad primera de actuación del ser humano; sino que también promueve la búsqueda de satisfacción de cada una de las necesidades más avanzadas del ser, como lo es, por ejemplo, la autorrealización, la cual impulsa al individuo a identificar, evaluar, planificar y ejecutar un proyecto que le genere bienestar pleno como plantea López, (2013).

1.3.3 Factores que influyen en el comportamiento humano para la toma de decisiones:

En revisión de la literatura se encuentran autores como Timaná & Pazo (2014), declaran que el comportamiento de un individuo está determinado por los estímulos que recibe de su entorno. Según Vargas-Bianchi (2013), existen tres factores principales que influyen en el comportamiento del individuo: la cultura, la motivación y la percepción. Sin embargo, otros como Ponce et al. (2012), plantean que el comportamiento de un consumidor se enfoca en la forma en la que los individuos toman decisiones para gastar recursos disponibles, y es la mezcla de cuatro factores: (i) cultural, (ii) personal, (iii) psicológico y (iv) social.

Los factores culturales son aquellos en los que el ser humano se desarrolla, y se considera el conjunto de valores, percepciones, deseos y comportamientos aprendidos por parte de una sociedad, a partir de la familia y otras instituciones importantes. La cultura es el determinante de los deseos y del comportamiento de las personas (Ruiz & Grande, 2006). Por su parte, los factores personales suelen

ser los que incluyen la imagen propia, la salud, belleza y el estadio físico, por este motivo según plantea D'Blackwell et al. (2002), si la persona es capaz de percibir un producto o servicio como medio para mejorar la imagen propia, se vuelve más fuerte y es probable que se convierta en un factor más duradero y que funcione como un rasgo estable para la toma de decisiones.

Por otra parte, se define la personalidad como “las características psicológicas y distintivas de una persona”, ejemplo de esto puede ser la confianza en sí mismo, autoridad, autonomía, sociabilidad, agresividad, estabilidad emocional que conducen a respuestas a su ambiente relativamente consistente y permanente. Por su parte Ponce et al. (2012), afirma que la personalidad influye en la conducta de compra de las personas, ya sea de un bien o un servicio, la elección de cada persona se basa en la búsqueda de la opción que le genere satisfacción personal.

El factor psicológico, por su parte expresa la función de la psicología con la toma de decisiones, la cual proviene de las estrategias del mercado, y le hacen frente al dinamismo y constante evolución de la sociedad. De esta forma, se desarrollan nuevas necesidades que los individuos manifiestan y surgen de la interacción con el medio ambiente. De acuerdo con la teoría conductista de John B. Watson (Ardila 2013), la cual fue la primera en ser utilizada por los publicistas; para presionar al consumidor es necesario hacerle creer que necesita el consumo de un producto o servicio determinado hasta que logre sentir la necesidad que verdaderamente lo necesita.

El último de los factores que es considerado en el comportamiento humano es el social. Desde una temprana edad, las personas adquieren de sus padres una orientación religiosa, política y económica, y un sentido de la ambición personal, la autoestima y el amor. Los autores Rivas & Grande (2010), dividen estas características en dos niveles de influencia. Por una parte, se encuentra los grupos que presentan una influencia directa (cara a cara) con el individuo como lo son la familia, los amigos, los vecinos y los compañeros de trabajo, en resumen, todos los individuos con los que las personas interactúan de forma constante,

informal o indirecta sobre sus actitudes o comportamiento. El segundo grupo forma parte de grupos secundarios, como los religiosos, profesionales, sindicales, que son más formales y requieren una menor frecuencia de interacción. Estos grupos influyen en las personas de maneras diferentes, pero en resumidas cuentas exponen a nuevos comportamientos y estilos de vida creando presiones que pueden influir sobre la elección individual de cada individuo. (Rivas & Grande, 2010).

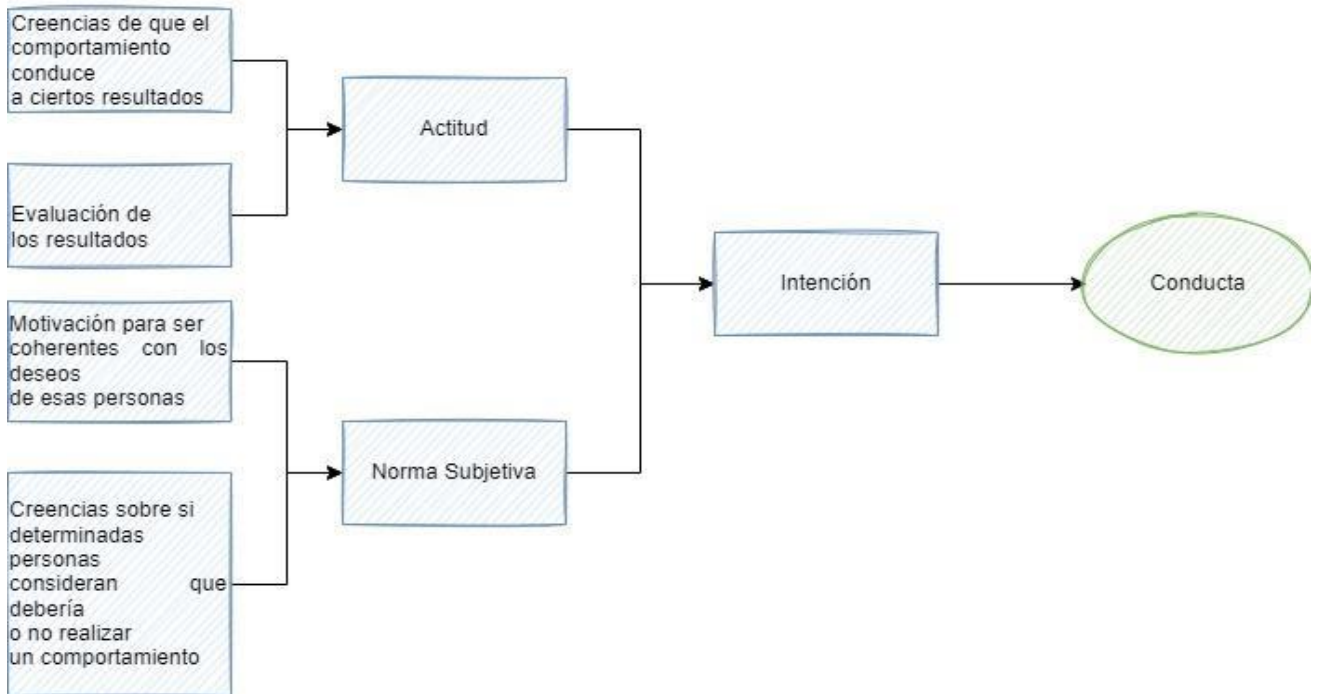
1.4 Teoría de acción razonada, antesala de la teoría del comportamiento planificado:

La Teoría de Acción Razonada (*Theory of Reasoned Action* o TRA, por sus siglas en inglés) constituye un modelo seminal de gran relevancia dentro de la literatura sobre comportamiento individual, de acuerdo con el cual la conducta de los sujetos se explica sobre la base de la relación creencias-actitud-intención-comportamiento (Rueda et al. 2013).

La Teoría de Acción Razonada planteada por Ajzen y Fishbein, (1980), considera a la intención de comportamiento como el mejor indicador o predictor de la conducta, y contempla dos tipos de variables determinantes o explicativas: la actitud hacia el comportamiento y la norma subjetiva del individuo. De este modo, las creencias respecto a la conducta a desarrollar preceden a la actitud y las creencias normativas preceden a las normas subjetivas; a su vez, las actitudes y las normas subjetivas preceden a la intención y ésta al comportamiento real (Ajzen, 1991). Para una mejor comprensión la figura cinco muestra una síntesis de la TRA

Figura 5

Teoría de la Acción Razonada



Nota. Adaptado de Ajzen & Fishbein (1980)

Como se observa en la figura la actitud hacia el comportamiento hace referencia a la predisposición, favorable o desfavorable, hacia el desarrollo de una conducta determinada y es resultado de las creencias que tiene el individuo en relación al comportamiento y la evaluación que éste hace de dicha creencia (Fishbein & Ajzen, 1975).

Por su parte la norma subjetiva es el resultado de los sentimientos que tiene el individuo, o sea de la opinión que otras personas tienen sobre su comportamiento (Fishbein & Ajzen, 1973; Schofield, 1975). Esta se deriva de dos factores subyacentes básicos: las creencias normativas que el individuo atribuye a sus personas de referencia y la motivación para comportarse de acuerdo con los deseos de estas personas (Ajzen & Fishbein, 1980).

1.4.1- La teoría del comportamiento planificado:

La Teoría del Comportamiento Planificado (TPB), es un modelo de extensión de la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen, 1985 , Ajzen, 1991 , Ajzen & Madden, 1986), siendo este uno de los modelos más investigados para predecir las intenciones del comportamiento por parte de los psicólogos sociales (Armitage & Conner, 2001 , Collins & Carey, 2007 , Fielding et al., 2008 , Norman et al., 2007).

Esta explica cómo influye el comportamiento de los individuos, relacionado con la intención de realizar o adoptar determinado comportamiento. Para ello evalúa factores como actitud, norma subjetiva, control del comportamiento percibido. El cual se ha utilizado en varios campos como el marketing, el sector de la salud y el sector del turismo para saber sobre humanos o comportamiento individual (Pahrudin et al., 2021).

El modelo propuesto por Ajzen en 1991, afirma que la actitud, las normas subjetivas y el control conductual percibido influyen conjuntamente en la intención conductual de una persona. La suposición básica principal del modelo TPB es que la mayoría de los comportamientos en los que se involucran las personas están bajo su propio control y son racionales. De esta manera, define las normas subjetivas como el grado de presión social que siente la persona con respecto a la conducta.

En otras palabras, las normas subjetivas son las opiniones percibidas por personas importantes o cercanas a un individuo y que influyen en su toma de decisiones. Al examinar la relación entre las normas subjetivas de las personas y la intención de comportamiento, la mayoría de las investigaciones confirman que las normas subjetivas afectan positivamente la intención de comportamiento (Han et al., 2010 , Taylor y Todd, 1995 , Tonglet et al., 2004).). Es decir, cuantas más normas subjetivas positivas tengan las personas, más fuerte será su intención de actuar.

En el dominio de las intenciones de comportamiento de consumo, muchos investigadores (p. ej., Bamberg & Schmidt, 2001 , Bamberg et al., 2003 , Chen &

Tung, 2010 , Lam, 1999 , Terry et al., 1999) también toman la TPB como una base teórica importante para comprender si los consumidores tienen la intención de realizar un comportamiento saludable al visitar un centro turístico. La tabla tres muestra la definición de los constructos de la TPB

Tabla 3

Constructos de la Teoría de Acción Planificada

Constructo	Definición	Referencia
Comportamiento	“Forma de proceder de las personas según ciertas situaciones”	Ajzen, 1991
Actitud personal	“Grado en el que una persona tiene una percepción o apreciación favorable de una conducta en cuestión	Ajzen, 1991
Norma subjetiva	“Percepción del individuo de que la mayoría de las personas que son esenciales para él consideran que debe o no debe realizar un comportamiento”	Ajzen, 1991
Control percibido del comportamiento	“Percepción que tienen las personas acerca de la facilidad o dificultad para realizar un comportamiento en cuestión”	Ajzen, 1991
Intención de uso	“Disposición individual o voluntad de un individuo para comportarse de cierta manera”	Ajzen, 1985

Nota. Adaptado de Ajzen, (1991)

Como se muestra en la tabla, además de la actitud de un individuo y las normas subjetivas, el control conductual percibido es necesario para ser considerado en el modelo TPB.

El control conductual percibido se refiere a la percepción que tiene un individuo de las posibles dificultades al realizar un comportamiento específico (Ajzen, 1991). Los factores externos e irracionales como el tiempo, el dinero, el azar, etc. pueden no estar bajo el control de los individuos. Por lo tanto, cuanto más controlen los individuos sobre las oportunidades y los recursos para realizar

un comportamiento específico, es más probable que se involucren en dicho comportamiento.

Los tres factores mencionados anteriormente (p. ej., actitud, norma subjetiva y control conductual percibido) se utilizan en el modelo TPB para predecir las intenciones de comportamiento de un individuo (Chen & Tung, 2014).

Por otro lado, la intención de realizar un determinado comportamiento también es un elemento central en la TPB (Ajzen, 1991). La intención se define como “la disposición individual o voluntad para actuar de cierta forma” (Ajzen, 1985, p. 29). Según Ajzen (1991) se asume que las intenciones captan los factores motivacionales que influyen en un comportamiento. Cuanto más fuerte sea la intención de participar en un comportamiento más probable debería ser su ejecución (Ajzen, 1991).

En este estudio podemos comparar la intención de uso, con la intención o voluntad de los individuos de visitar determinadas instalaciones durante sus vacaciones, entre ellas las que brindan servicios de bienestar.

De acuerdo con Chen & Tung, (2014) el factor de decisión en el comportamiento real de una persona es la tendencia a comportarse, es decir, la intención de comportamiento. Además, la personalidad, la edad, la ocupación, el género, etc. de una persona no tienen un impacto directo en su intención de comportamiento. De hecho, estas variables solo pueden afectar la intención de comportamiento indirectamente a través de la actitud y las normas subjetivas.

La actitud se define como la emoción psicológica y la evaluación positiva o negativa que surge cuando un individuo se involucra en ciertos comportamientos (Eagly & Chaiken, 1993). En el modelo TPB, la actitud es la evaluación positiva o negativa de una persona de realizar un comportamiento específico (Ajzen, 1991).

Otra característica de la TPB es que tiene un fuerte conocimiento de la teoría socio psicológica para prever el comportamiento y comprender la decisión del turista en intención de visitar un destino (Ahmad et al., 2020; Eom y Han, 2019; Ulker-demirel y Ciftci, 2020).

El proceso de intención se divide en dos puntos principales (i) actitud hacia comportamiento y (ii) norma subjetiva; por otro lado, perciben el comportamiento el control es el principal factor de los procesos no volitivos (Ajzen, 1991; Perugini y Bagozzi, 2001) La intención de comportamiento es el principal proximal de comportamiento absoluto en el marco de TPB (Eom y Han, 2019; Guerin y Toland, 2020), y la intención es la parte de la actitud hacia comportamiento.

Usando como herramientas de investigación el marco conceptual y la metodología proporcionada por la TPB, investigadores han recolectado información sobre la actitud, la norma subjetiva y el control percibido del comportamiento determinantes de un gran número de comportamientos diversos y socialmente significativos (Ajzen, 2012).

Esta teoría ha tenido una alta aplicación en el sector de la salud, pero también en otros sectores como la política o el marketing (Mao & Lyu, 2017). Específicamente, la TPB ha sido utilizada de manera extensa en estudios relacionados con el sector turístico para explicar y entender la actitud conductual de los viajeros. Por ejemplo, se ha usado para estudiar la intención de los viajeros de visitar de nuevo un destino (Abbasi, et al., 2021) o la influencia de la cultura en el comportamiento de compra de productos turísticos online (Sanz, et al., 2014).

En la industria del turismo, la TPB se ha utilizado con diferentes enfoques. Panwanitdumrong & Chen (2021), analizaron los factores que influyen en el turista hacia un consumo amigable con el medio ambiente, Rustiwan & Suryani (2021) analizaron la intención de seguridad alimentaria entre los manipuladores de alimentos en el sector del turismo gastronómico, Sewon et al. (2021) utilizaron la TPB en conjunto con la teoría de la motivación y la protección, para predecir el comportamiento de los consumidores en turismo médico y en concreto, para explicar el comportamiento de alojamientos durante sus vacaciones, algunos estudios recientes también han utilizado como marco conceptual la TPB (por ejemplo, Pung et al. 2019; Amaro, et al. 2019; So et al., 2018; Tussyadiah et al., 2018; Zhu et al., 2017). Algunos de estos estudios han encontrado relaciones

entre las variables planteadas en el modelo y la intención de visitar centros de descanso durante sus vacaciones.

1.5 Disposición a pagar, costos y beneficios

En el proceso de toma de decisión de los consumidores dentro de la economía de mercado, el qué y cuánto consumir generalmente tiene en cuenta las propiedades, el costo o en términos más avanzados los beneficios que percibirán con el uso de los mismos. Salazar & García, (2002), define la disposición a pagar (DAP) como el reflejo de la cantidad máxima de dinero que un individuo pagaría por obtener un determinado bien público.

En este sentido Sánchez et al. (2001), define esta variable como la cantidad de dinero que una persona decide pagar por un aumento o mejora en la calidad de un producto o servicio, así como una medida que indica la tendencia a actuar en forma financiera, términos de un individuo para un cambio esperado o mejora en la calidad.

Esta varía en función de una serie de factores, pero es una de las mejores maneras de conceptualizar la demanda global en un momento dado. Esta variabilidad, suele expresarse como un rango de límites superior e inferior, el cual la literatura ha denominado "rango de precio aceptable". Por esto varios autores (Miller, 2003; Yeoman, 2008; Bonifacio, 2005) apoyan la idea de que los consumidores toman sus decisiones de compra en función de la calidad ambiental, social y económica de los productos y/o servicios.

La compra de servicios turísticos no está exenta de este comportamiento, pues en la actualidad existe una tendencia hacia el consumo de marcas *wellness*. Los autores Pulido & López, (2016), aseveran que los factores que conducen al bienestar y a lograr de los clientes un estado pleno de satisfacción personal constituyen un elemento fundamental al momento de reservar sus destinos de vacaciones y por ende al presupuesto que están dispuesto a destinar a este fin.

Por esta razón Edgel (2006), plantea que los destinos turísticos deben ser capaces de darles respuestas a las nuevas demandas de la población y mostrar

mayor 'preocupación por desarrollar instalaciones que cumplan los estándares para lograr un turismo más sostenible y naturalista, donde se perciba bienestar general. Además, como señalaron Darnall et al. (2012), el consumo de nuevas tendencias a menudo se percibe como una gran oportunidad de negocio.

En los últimos años, el interés de los consumidores en todos los aspectos relacionados con el bienestar ha ido incrementando gradualmente, sobre todo durante la pandemia. En la actualidad el bienestar se está integrando en estilos de vida de los consumidores principales y es omnipresente, pues la sociedad ha avivado la importancia de estilos de vida saludables y resiliencia personal como primera línea de defensa contra enfermedades crónicas e infecciosas (GWI, 2021).

La literatura demuestra que cuanto más conscientes son los consumidores sobre su salud, mayor es su disposición a pagar (Zhu et al., 2017). Esto implica una disposición a comprar más allá del incentivo de la comparación de precios, en busca de la calidad y oportunidades que sean consistentes con las preocupaciones ambientales y sociales.

Miller (2003), apoya la idea de que los consumidores toman sus decisiones de compra sobre la base de la calidad ambiental, social y económica de los productos y están dispuestos a trasladar estos hábitos a la compra de productos turísticos. Estudios recientes (Chen, et al., 2012; Ley et al., 2012; Teng et al., 2013), demuestran el potencial real de los consumidores "wellness" en diferentes tipos de empresas directamente vinculadas al turismo (hoteles, restaurantes, empresas de transporte, etc.),

Para determinar la DAP, en sus orígenes, los teóricos de la economía ambiental y de los recursos naturales, tales como Mitchell & Carson (1989), desarrollaron el método de valoración contingente (MVC) para medir la demanda. El método de valoración contingente es un método directo de valoración. De forma contraria, a las alternativas indirectas, que parten de mercados reales sobre los que inferir valores para los bienes, los métodos directos utilizan como instrumento base una encuesta mediante la que se crea un mercado hipotético, en el que la

oferta la personifica el encuestador y la demanda el encuestado, y en el que el entrevistador trata de conseguir el precio más alto por parte del entrevistado (Riera, 1994).

En la economía convencional, la demanda describe una relación lineal entre el precio del bien y la cantidad comprada y se define con la ecuación: $G = f(P, S)$

El cual está definido como: G = la cantidad del bien comprado; P = el precio del bien; S = un vector de variables socioeconómicas que podrían afectar la demanda (Mitchel & Carson).

En la actualidad diversos autores (Flores, 2022; Barrios et al., 2022; Forereo, 2021) utilizan este método por su característica de lograr la estimación de los cambios en el bienestar de las personas. Las cuales surgen producto de posibilidades hipotéticas (contingentes), en un recurso natural o servicio ecosistémico (Valdivia, 2009). Siendo el que más se ajusta al propósito de esta investigación, pues puede estimar valores de la industria del bienestar sin la necesidad de crear un modelo demasiado complejo; pues su forma de aplicación e interpretación es sencilla para todas las ramas de las ciencias.

1.6 El Bienestar, nueva oportunidad para desarrollar el sector del turismo:

Bienestar es una palabra moderna con raíces antiguas. Como concepto moderno, el bienestar ha ganado vigencia desde las décadas de 1950, 1960 y 1970 donde una red informal de médicos y pensadores en los Estados Unidos dieron forma a la manera en que conceptualizamos y hablamos sobre el bienestar en la actualidad. (Global Spa Summit, 2010).

Según el diccionario en inglés de Oxford, la primera aparición escrita de la palabra *wellness* en esta lengua fue en 1654, y los principios de bienestar se pueden remontar a las antiguas civilizaciones de Grecia, Roma y Asia, estas culturas tuvieron una comprensión muy sofisticada de cómo mantener la salud, y tendían a enfatizar en un enfoque de "persona completa" o "armonioso" para mantenerse bien, características que han influido en el movimiento de bienestar moderno (Global Spa Summit, 2010).

Hay una serie de definiciones rigurosas y bien pensadas de bienestar, desarrolladas a lo largo tiempo por los principales pensadores en el campo. De hecho, fue el proceso de intentar definir, comprender y medir el bienestar entre las décadas de 1950 y 1970 que inicialmente condujo a la propagación del concepto. Sin embargo, al igual que el término "spa", todavía no hay definición universalmente aceptada de la palabra "bienestar" (Global Spa Summit, 2010).

La definición propuesta por la OMS en 1948 es una forma conveniente e internacionalmente reconocida, pues captura los principios generales del bienestar. “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.” Esta definición, fue significativa en el hecho de que fue más allá del estado físico libre de enfermedades y enfatizó un estado positivo del ser que incluye salud mental y dimensiones sociales. También sentó las bases para gran parte del pensamiento actual sobre el bienestar a mediados del siglo XX (Zhong, et al., 2021).

Según Zhon, et al. (2021), el concepto de bienestar parece estar cerrando el círculo, con iteraciones modernas de antiguas prácticas, como ayurveda, acupuntura, yoga, meditación, etc., que aumentan cada vez más popular en todo el mundo y convirtiéndose en componentes centrales de los enfoques de salud orientados al bienestar. En el siglo XIX comenzaron a desarrollarse nuevos movimientos intelectuales, filosofías espirituales y prácticas médicas que proliferaron en los Estados Unidos y Europa; que se centraban principalmente en la autocuración con enfoques holísticos, incluida la homeopatía, la osteopatía, la quiropráctica y la naturopatía.

Si bien algunas de las creencias defendidas por los pensadores detrás de estos movimientos han sido desacreditadas, estos movimientos popularizaron ideas sobre cómo recuperar o mantener la salud a través de la dieta, el ejercicio y otras medidas de estilo de vida. Las filosofías encarnadas en estos movimientos del fue basada en que un cuerpo sano es el producto de una mente y un espíritu sanos y son considerados precursores de los movimientos populares de bienestar y autoayuda de la actualidad (Global Wellness Institute, 2021).

1.6.1- Evolución del concepto de *Wellness*.

Las definiciones modernas de bienestar generalmente se enfocan en enfoques holísticos o integrados en la salud, ya sea la prevención de enfermedades, la responsabilidad propia por la propia salud y bienestar o la idea de que los aspectos físicos, mentales y espirituales de una persona deben trabajar en armonía. Estos principios claramente no son nuevos, y de hecho tienen sus orígenes en antiguas prácticas curativas y tradiciones médicas que se remontan a miles de años, pues las antiguas culturas de China, India, Grecia y Roma (entre otras) tuvieron un nivel de comprensión muy sofisticado de cómo mantener la salud, y tendían a enfatizar un enfoque de "persona completa" o "armonioso" para mantenerse bien (Soto et al., 2022).

La figura 6 muestra la evolución a través del tiempo del concepto de bienestar a través de la historia.

Figura 6

Línea del tiempo del concepto Wellness

3000-1500 A.C: Se origina el ayurveda como una tradición oral, la cual se registró en los Vedas, esta se trata de una tradición holística y se esfuerza por crear armonía entre el cuerpo, la mente y el espíritu, manteniendo un equilibrio que previene enfermedades y contribuye a una vida larga y saludable. Sus rituales se adaptan a la constitución única de cada persona, teniendo en cuenta sus necesidades de nutrición, ejercicio, higiene, interacción social y otros elementos del estilo de vida.

Se inicia de igual forma en la India también el mantra mente-cuerpo-espíritu, donde nacen tradiciones como el yoga y la meditación, que se practican cada vez más en las culturas occidentales modernas.

2000-1000 A.C: Se desarrolla la Medicina Tradicional China (MTC), uno de los sistemas de medicina más antiguos del mundo. Esta estuvo influenciada por las antiguas filosofías del taoísmo y el budismo, también aplica una perspectiva holística para alcanzar la salud y el bienestar a través del cultivo de la armonía dentro de la propia vida.

1790: Fue desarrollada la homeopatía, por el médico alemán Samuel Christian Hahnemann, el cual utiliza sustancias para promover la respuesta de autocuración del cuerpo.

1860: El sacerdote alemán Sebastian Kneipp promovió su propio sistema de curación ("Kneipp Cure"), combinando hidroterapia con herbolaria, ejercicio, nutrición y espiritualidad.

Surgió el Movimiento del Nuevo Pensamiento y Phineas Quimby desarrolló teorías sobre la curación con ayuda mental.

1900: John Harvey Kellogg dirigió el sanatorio de Battle Creek en Michigan (EE. UU.) y propugnó una dieta, ejercicio, aire fresco, hidroterapia y "aprender a estar bien".

Se originó en Europa la naturopatía y luego se extendió a los EE. UU., enfatiza la capacidad del cuerpo para curarse a sí mismo a través de cambios en la dieta y el estilo de vida, hierbas, masajes y manipulación de las articulaciones.

El filósofo austríaco Rudolf Steiner desarrolló el movimiento espiritual de la antroposofía junto con un sistema de medicina antroposófica holístico y centrado en el bienestar.

El austriaco Mayr desarrolló su propio programa de desintoxicación y modificación dietética terapéutica ("Terapia de Mayr")

1960: El médico Halbert L. Dunn conocido como "el padre del bienestar" presentó su idea de "bienestar de alto nivel" en una serie de 29 conferencias, la que posteriormente publicó en un libro llamado Bienestar de Alto Nivel.

1970: El Dr. John W. Travis, influenciado por los escritos de Dunn, fundó el primer centro de bienestar del mundo en California donde desarrolló una herramienta de evaluación del bienestar de 12 dimensiones (*The Wellness Inventory*, 1975). Además, publica y escribe *The Wellness Workbook* (1977), estas herramientas en la actualidad se encuentran en uso como herramientas de apoyo.

1970-1980: La Universidad de Wisconsin-Stevens Point (UWSP) basado en materiales de bienestar de John W. Travis, inició el primer centro de bienestar en un campus universitario. Los programas de bienestar en el campus se hicieron popular y se extendió por todo Estados Unidos en las décadas de 1970 y 1980. Estos fueron de gran influencia en la difusión del movimiento de bienestar.

1980-2000: A medida que se difundió el movimiento de bienestar, las empresas en los Estados Unidos comenzaron a desarrollar lugares de trabajo y programas de bienestar, las industrias de spa y fitness experimentaron un rápido crecimiento y una rápida aceptación por las celebridades quienes comenzaron a difundirlo a una mayor audiencia.

Nota. Elaboración propia a partir de Global Wellness Institute, 2021

Como se puede apreciar en la figura a lo largo de la historia han surgido diversas definiciones y conceptualizaciones del bienestar. Cada uno de los autores ha intentado definir, comprender y medir el bienestar de diversas formas, es por esto que se debe reconocer la existencia de diferentes puntos de vista en el mundo de lo que consideran bienestar y los factores que lo originan.

1.6.2- Característica del bienestar:

En la literatura se muestra como los autores tanto clásicos como modernos del bienestar (Rodríguez, (1994); Nogueira, (2003); Rangel & Alonso, (2010); Mesa, (2016); Escamilla, (2020)) han llegado al consenso que el bienestar se debe asociar a un proceso individual con participación en comportamientos y prácticas saludables que promueven el bienestar personal. Sin embargo, también se ve influido por las condiciones o el medio ambiente en las que el ser humano se relaciona. Con el énfasis de los problemas ambientales actuales, también hay una atención creciente en los aspectos ambientales, externos, culturales y globales del bienestar (Mesa, 2016).

Otra de las características distintivas del bienestar derivadas del bienestar individual es que precisamente la búsqueda de este debe ser una responsabilidad propia. Aunque las personas enfermas generalmente dependen de los médicos para buscar de tratamientos eficientes que solucionen un problema y recuperar la buena salud, la mayoría de los defensores de las filosofías de bienestar (Quinta, (2009); Zubieta et al., (2012); Rey, (2015); Tejeda et al., (2019)) enfatizan la responsabilidad de cada individuo en la búsqueda de la salud propia; así como el compromiso por participar en conductas que prevendrán de manera proactiva la enfermedad y promueven un mayor nivel de salud y bienestar. Es posible que la característica más conocida sea la afirmación del bienestar como práctica holística, llegando a confundir ambos conceptos y fusionarlos como uno en la mayoría de los casos.

El bienestar es un concepto más amplio que la salud física o el estado físico, centrándose en el bienestar de la persona en su totalidad. Retomando el concepto planteado por la OMS (1948) que implica que la buena salud no es simplemente la ausencia de enfermedad física, sino un enfoque que enfatiza todos los aspectos de una persona: cuerpo, mente y espíritu, trabajando en armonía. Se evidencia la clara relación entre ambos conceptos. En este contexto autores como Manríquez & Manríquez (2022) y Peña & Machín (2022); plantean que la visión holística del bienestar, debe incorporar elementos de la sociología (como el capital

social), la psicología (como el sentido de vida), y la economía (como el ingreso y la sustentabilidad), y no solo el de la buena salud.

Y por último el bienestar no puede ser considerado como un concepto estático, sino que cambia con el tiempo. Ortiz et al. (2022), defiende que el bienestar no representa un punto final, sino que a menudo se representa en una línea continua, donde debe ser representado el punto óptimo de los niveles de bienestar que un individuo intenta lograr y maximizar a lo largo de su vida. Además, es considerado por la literatura como multidimensional.

Dicho esto, las principales definiciones de bienestar incluyen un modelo que presenta dos o más dimensiones, que con frecuencia incluyen aspectos físicos, mentales, espirituales y dimensiones sociales. En este sentido Belvedere (1995), argumenta que el ser humano es una unidad bio-psico-espiritual pues está constituido por el área física, regida por leyes biológicas; el área mental, regida por leyes psicológicas; y el área espiritual, regida por leyes morales, por consecuencia el estado de bienestar es el resultado de la satisfacción genuina de las necesidades que se derivan de las mencionadas áreas.

Mientras que Blanco & Blanco (2016), defiende la postura que debe ser medida a partir de las interacciones sociales, principalmente en niños, que puedan asumir con la familia, escuela y sociedad. Además, destaca que el factor ambiental es determinante para alcanzar el bienestar psicológico.

1.6.3- Bienestar Ambiental:

Se ha demostrado que, al reflejar óptimas condiciones en los ambientes interiores, debe incidir directamente en la salud, bienestar y confort, del ser humano. Tanto en lo que respecta a la vida laboral como a los ámbitos donde se desarrollan las actividades cotidianas extralaborales, escolares, de descanso y de ocio; la sociedad actual exige lugares seguros, limpios y bien climatizados (Vargas & Gallego, 2005).

Para lograr este balance es necesario integrar percepciones y exigencias de los habitantes y alcanzar un óptimo equilibrio entre estándares sociales, el uso de la energía y el desarrollo sostenible, buscando confort sin contaminar y sin

augmentar el consumo de fuentes energéticas que degraden el medio ambiente. (Blanco & Blanco, 2016). En este sentido la literatura expresa que cuando se logra generar condiciones óptimas de calidad ambiental en un espacio, se generan efectos beneficiosos para la salud, no sólo por el control de los contaminantes sino también por la mejora en las condiciones emocionales y psicológicas de los seres humanos, la cual maximiza la percepción de bienestar (Chao et al., 2003).

En la actualidad existe una ideología encaminada al cuidado ambiental, casi tan fuerte como al cuidado de la salud. Específicamente en el contexto turístico debe destacarse el factor ambiental como uno de los principales en la búsqueda de percepción de bienestar (Chi et al., 2020). El bienestar ambiental anima a practicar hábitos que promuevan un ambiente saludable, es por ello que el estar consciente del cuidado del mismo, permite percibir la manera en que los hábitos cotidianos lo afectan, entonces el cuidado ambiental desencadena un efecto positivo en la búsqueda de un estilo de vida más saludable (Vargas & Gallego, 2005).

Aunque ciertamente el hablar de bienestar ambiental, es lo más frecuente pensar en la naturaleza. Muller & Kaufman (2001), define el bienestar ambiental en los servicios de alojamiento, agregando el elemento de sensibilidad ambiental y enfatizando la relación oferta-demanda para lograr satisfacer las necesidades de los clientes. Esta conceptualización se ve reflejado en la relación servicio y amenidades, que proporcionan los centros que ofrecen productos *wellness* para controlar los efectos negativos que generan el impacto de los factores ambientales (Chi et al.,2020).

Actualmente se están probando numerosos indicadores para medir la calidad de vida de las personas y su bienestar. En estos esfuerzos destaca la actividad institucional de la OECD para la operacionalización y estandarización internacional de la medición del bienestar subjetivo. Sin embargo, aunque la no se contempla como mero sinónimo de “felicidad” (*happiness*), el bienestar subjetivo (*subjective well-being*) es considerado, de manera general, como buenas disposiciones mentales (*good mental states*). Para medir el bienestar ambiental, el

cual se basa principalmente en la consideración de los efectos dañinos que causan diversos fenómenos al ser humano (OECD, 2011; 2012; 2013b).

Pese a que se reconoce la exigencia de una definición inclusiva donde sea posible medir el modo en el que las personas evalúan sus propias vidas de manera integral, los aspectos centrales de esta medición se centran en indicadores materiales, sin considerar también los psicológicos e incluso filosóficos; el cuidado del entorno (ambiente interno y externo) es, por consecuencia, un elemento condicionado, que pocos autores han conceptualizado (Carrasco et al., 2013).

En este sentido Chi et al. (2020), se consideran pioneros pues son los primeros en proponer la construcción y validación de una escala capaz de medir el bienestar percibido por los clientes de un hotel *wellness*, siendo una de las dimensiones analizadas el bienestar ambiental que específicamente se refiere a las categorías de servicios directamente relacionadas con el entorno físico de una persona, tales como garantizar la calidad del aire interior, la calidad del agua, un entorno limpio, el confort olfativo y el confort térmico.

.1.6.4- Bienestar Mental:

El bienestar también se puede definir como la forma de vida en la que una persona es capaz de hallarse dentro de la sociedad más armoniosamente porque el cuerpo, la mente y espíritu están trabajando al unísono (Myers et al., 2000). Se considera un estado de bienestar, cuando se posee una buena actitud mental y logra trabajar al máximo de su capacidad y cumplir su misión.

En este sentido Ardell & Langdon, (1989) lograron explicar cómo la calidad y el bienestar juega un papel importante en la promoción de la buena salud, además facilita la adopción de hábitos más sano. Al realzar motivos, valores y comportamiento (Ardell, 1985), donde el bienestar generalmente incita a lograr y mantener un estilo de vida saludable. Sin embargo, esto depende en cierta medida de la inclinación y capacidad para vivir una vida saludable y holística.

El bienestar mental, entonces, se relaciona con las condiciones en las que una persona puede estar abierto a aprender nuevas habilidades y aceptar nuevas ideas, de modo que pueda lidiar con situaciones estresantes y aceptarlo como parte de la vida o, en otras palabras, se refiere a cuando una persona puede controlar y expresar sus emociones de la manera correcta (Corbin et al., 2006). El bienestar es una forma de vida que valora la salud, el equilibrio y la minimización de los comportamientos dañinos para el ser humano.

En este sentido, el constructo del bienestar mental ha sido desarrollado por la doctora Carol Ryff (1989, 1995, 2014), durante más de 30 años de investigación, en sus investigaciones plantea que el bienestar desde un enfoque relacional, el cual converge en seis elementos que lo constituyen en sí mismo, orientados al funcionamiento óptimo, desarrollo psíquico adecuado y, por supuesto, al crecimiento personal (Ryff, 1995).

Específicamente, los elementos que definen al bienestar psicológico son: i), autoaceptación, ii), sensación de autonomía en la vida personal; iii), dominio sobre el ambiente; iv), relaciones sociales positivas, v) propósito en la vida; y vi) sensación de crecimiento personal. Este estudio muestra cómo al existir una correlación positiva de estos elementos con la salud mental, se traduce en rasgos sanos de la personalidad, y por ende en un mayor bienestar mental (Ryff, 2014).

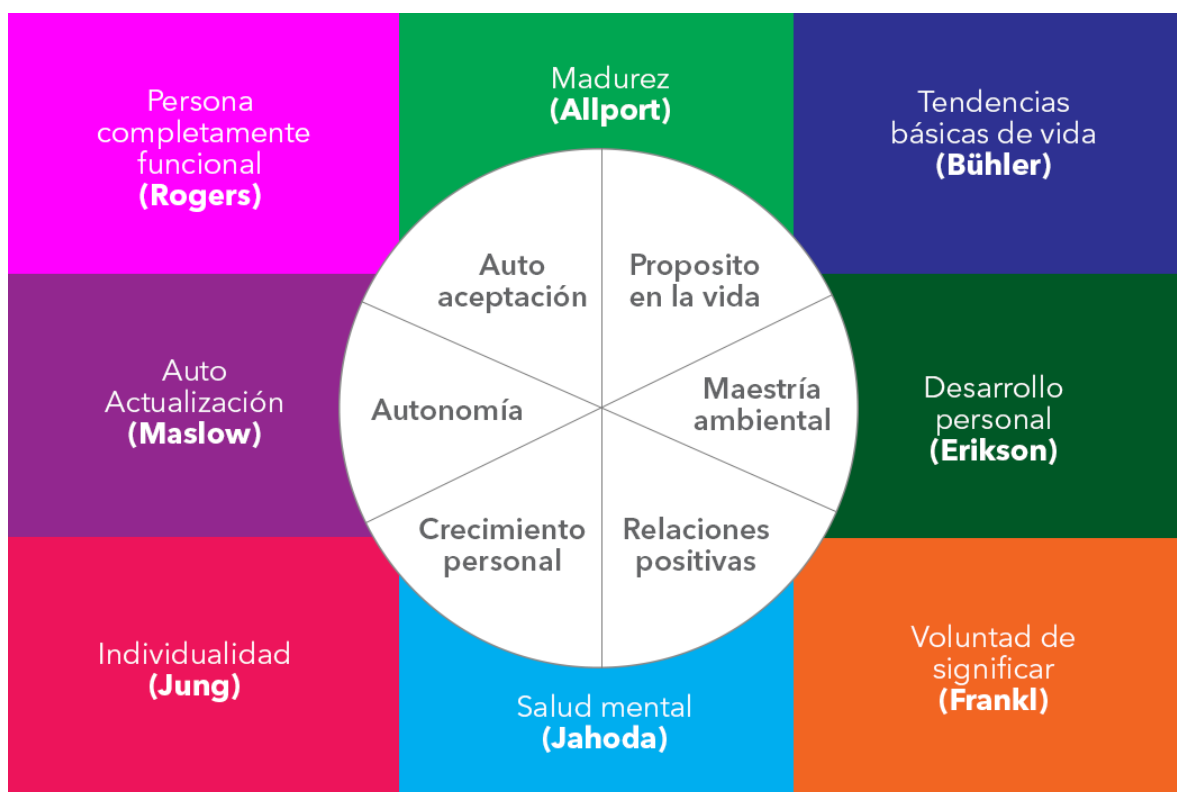
El Modelo de las seis dimensiones del bienestar, planteado por Ryff (1995) es uno de varios modelos conceptuales que explican cómo se desarrolla el bienestar a través de un modelo hexagonal que abarca seis áreas principales de bienestar que incluyen social, ocupacional, espiritual, físico, dimensiones intelectuales y emocionales. Planteando, por tanto, que el bienestar es una actividad activa y un proceso autodirigido (Marrero & James, 2010).

Esta perspectiva reconoce que el individuo toma conciencia de los comportamientos relacionados con la salud que promueven a mejorarla tanto de forma física, mental, espiritual y emocional. Una vez que el individuo es consciente de sus comportamientos, toma decisiones que los lleven a alcanzar su máximo potencial (Ryff, 1989).

“El modelo de Ryff plantea las dimensiones que son consideradas como índices de bienestar propiamente dichos más que predictores del bienestar” (Vazquez, 2009). La figura siete, muestra la construcción del modelo hexagonal final del bienestar propuesto por Ryff (2014) y las corrientes del pensamiento que es capaz de englobar.

Figura 7

Modelo hexagonal del bienestar



Nota. Adaptado de Ryff, (2014).

En el contexto de servicios turísticos Wellness Chi et al., (2020), plantea que para crear bienestar mental en los clientes es necesario garantizar el desarrollo de las categorías que ayudan a los consumidores a alcanzar o mantener un estado mental saludable. Estos servicios pueden encaminarse a proporcionar consulta psicológica, oportunidades de aprendizaje y lugares y mentores religiosos y espirituales. Aunque ciertamente es una variable importante

a medir, no es posible en este contexto relacionarla de manera independiente sino como un conjunto que incluye también el bienestar físico.

1.6.5- Bienestar físico:

En el siglo XXI, el bienestar se ha convertido en una industria de billones de dólares que está creciendo a un ritmo más rápido que la economía mundial (GWI, 2021), la salud física representa la dimensión principal de esta actividad. Son innegables los beneficios que produce la práctica frecuente de actividad física, afirmación que ha sido corroborada mediante evidencia científica (Haskell et al., 2007; Blair et al., 1995).

La literatura vincula el aumento de la actividad física y los hábitos de estilo de vida positivos con el desarrollo de una mejor calidad de vida y sobre todo con una buena salud (Hoeger & Hoeger, 2009). La actividad física se define como el movimiento corporal producido por músculos esqueléticos que requiere gasto de energía y produce beneficios progresivos para la salud (Corbin, et al., 2012).

Aumentar la duración de la vida saludable es el principal objetivo de salud pública de los países occidentales, pues esto ayuda a obtener un incremento en el tiempo de vida saludable. Esto no significa solamente vivir más tiempo, sino también, tener menos años insanos o calidad de vida (GWI, 2021).

El bienestar físico por consiguiente no consiste solo en mantener la salud física, sino en disfrutar de comportamientos relacionados con la buena salud en general, dejando a un lado hábitos tóxicos que lo impidan (p. ej., consumo de tabaco, mala alimentación, sedentarismo, adicción a los medicamentos, etc.) (Wickramarathne et al., 2020). Los estudios muestran que la participación prolongada en malas prácticas de salud y el incumplimiento de las pautas de detección y prevención de enfermedades, son marcadores destacados de condiciones adversas de salud física más adelante en la vida (Rimm et al., 1995 ; Colditz et al., 2000 ; Patel et al., 2010 ; Chiuve et al., 2012).

En particular, la alimentación poco saludable y la baja actividad física promueven la obesidad, que es uno de los principales factores que contribuyen a

la diabetes, las enfermedades cardíacas y otros problemas de salud crónicos en años posteriores (Must et al., 1999 ; Kopelman, 2000 ; Bogers et al., 2007). Mientras que el tabaquismo a largo plazo y el consumo excesivo de alcohol aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas y pulmonares, así como múltiples formas de cáncer (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 2010). .

El bienestar ha sido reconocido como el componente positivo para lograr un estado de una salud óptima, la cual se ve reflejada en el funcionamiento óptimo del cuerpo y la calidad de vida relacionada con la salud. Este permite la expansión del potencial humano para vivir y trabajar de manera efectiva y hacer una contribución significativa a la sociedad de manera saludable (Rimm et al., 1995).

En el contexto del sector turismo esta es la dimensión en la que los centros que brindan servicios wellness más se enfocan, sobre todo en los productos de acondicionamiento físico y spa. En este sentido Chi et al., (2020), concluyeron que al ser las amenidades dedicadas a satisfacer los aspectos del bienestar físico los más conocidos por los clientes; representan la mayor inversión de los hoteles Wellness.

Sin embargo, la mayoría de centros no abordan otros factores importantes dentro de la dimensión, como lo son la nutrición y las consultas de apoyo para adicciones. Esta situación crea una paradoja dentro del valor agregado de los servicios wellness, pues solo se enfocan en el estilo de vida fitness y dejan el desuso el verdadero significado de turismo de bienestar.

1.7- Turismo, conceptos y antecedentes:

El concepto de turismo puede ser estudiado desde diversas perspectivas y disciplinas, dada la complejidad de las relaciones entre los elementos que lo forman (Sancho, 1998).

El turismo capta por primera vez la atención de los investigadores, en el período comprendido entre las dos grandes guerras mundiales (1919-1938). Durante este período, economistas europeos comienzan a publicar los primeros

trabajos, destacando la llamada escuela berlinesa con autores como Glucksmann, Schwinck o Bormann (Sancho & Buhalis, 1998).

En 1942, W. Hunziker y K. Krapf, definían el turismo como la suma de fenómenos y de relaciones que surgen de los viajes y de las estancias de los no residentes, en tanto en cuanto no están ligados a una residencia permanente ni a una actividad remunerada. Dicha definición es muy ambigua pues no define qué tipo de fenómenos y relaciones se pueden incluir en ella, y además de incluir a prácticamente cualquier actividad fuera del lugar de origen mientras no genere un ingreso (Sancho & Buhalis, 1998).

Posteriormente Burkart & Medlik, en 1981, definieron el turismo como desplazamientos cortos y temporales de la gente hacia destinos fuera del lugar de residencia y de trabajo, y las actividades emprendidas durante la estancia en esos destinos (Sancho y Buhalis, 1998).

En esta definición, se hace una contrastación entre conceptos, como residencia y lugar de trabajo, dando una mejor orientación sobre el contraste entre la vida diaria y el turismo, sin embargo, no deja en claro a lo que se refiere con desplazamientos cortos y temporales, dando ambigüedad al concepto.

Siguiendo esa línea Mathieson & Wall (1982), utilizaron una definición muy similar al decir que el turismo es el movimiento temporal de la gente, por períodos menores a un año, a destinos fuera del lugar de residencia y de trabajo, las actividades emprendidas durante la estancia y las facilidades creadas para satisfacer las necesidades de los turistas. Dichos autores, acotan el espacio temporal a un menor a un año. Además, introducen una definición fundamental para la actividad turística; la satisfacción de necesidades de los turistas.

Posteriormente, en 1994, la OMT, dice que el turismo comprende las actividades que realizan las personas durante sus viajes y estancias en lugares distintos al de su entorno habitual, por un período de tiempo consecutivo inferior a un año con fines de ocio, por negocios y otros; básicamente en esta definición se

engloban los elementos más significativos de los anteriores, añadiendo los fines del turismo, que en definiciones anteriores no se mencionan.

Para definir con mayor claridad el elemento entorno habitual de dicha definición, un año más tarde la OMT lo define como una cierta área alrededor de su lugar de residencia más todos aquellos lugares que visita frecuentemente (OMT,1995).

De acuerdo con Campodónico & Bertolotti (2013) el turismo no es una disciplina en el sentido estricto, ya que aborda una gran cantidad de temas, al mismo tiempo de estar integrado por componentes que forman parte de diversas disciplinas pertenecientes al mundo científico. Por lo que considera se debe tratar al turismo como un campo disciplinario pues permite un panorama más extenso frente a los problemas a abordar, posibilitando que el conocimiento sea dinámico, transversal e integrador.

En México, SECTUR (2021) define turismo como las actividades que realizan las personas cuando visitan lugares distintos a su entorno habitual por menos de un año y no están relacionadas con el ejercicio de una actividad remunerada en el lugar visitado. Las principales actividades turísticas están relacionadas con esparcimiento, convenciones, negocios, congresos, eventos deportivos, procedimientos médicos, visitar conocidos, creencias religiosas, así como realizar compras o estudios.

1.7.1- Clasificación del turismo:

De acuerdo con Ibañes & Villalobos (2012), la actividad turística puede ser clasificada de acuerdo a los componentes, espacial, temporal, o propósito de viaje. Algunos de los criterios más comunes para clasificar al turismo se refieren a los motivos del viaje, o causas del turismo, clasificándolos en a) conocer otros países o civilizaciones, b) proporcionar reposo o curación c) disfrutar un paisaje de belleza singular d) concurrir a centros de devoción religiosa y e) asistir a lugares de manifestación religiosa.

El turismo tradicional se refiere principalmente al turismo masivo y desarrollo de grandes instalaciones para el esparcimiento y alojamiento. Pudiendo

decirse que los turistas que prefieren este tipo presentan hábitos consumistas y demandan servicios sofisticados. De acuerdo con la OMT (2021), la visita a playas y grandes destinos turísticos, ciudades coloniales o de atractivo cultural situadas principalmente en grandes ciudades son las actividades que mayormente caracterizan a este tipo particular de turismo, realizándose de manera masificada, aglomerada y estacional.

En contraparte el turismo alternativo tiene por objeto la realización de viajes donde el turista es capaz de interactuar con el medio, participando en actividades recreativas de contacto con la naturaleza y expresiones culturales de comunidades rurales, indígenas y urbanas, que buscan el respeto al patrimonio tanto cultural, natural e histórico.

En este tipo de turismo se da por sentado que los participantes de él tienen conciencia de los valores naturales, sociales y comunitarios y que los turistas buscan la interacción no solo con el medio sino también con la población local. En esta modalidad se engloban actividades de turismo cultural, turismo rural, agroturismo, ecoturismo, turismo de aventura, enoturismo, turismo de aventuras, entre otros (Ibañes & Villalobos, 2012).

La cantidad de ramas económicas que el turismo impacta es muy grande, pues los visitantes requieren de transporte, alimento, hospedaje, servicios de comunicación, esparcimiento, servicios médicos, entre otros. Por ello, el turismo es una industria de carácter transversal que integra a una gran variedad de servicios y de productos ligados a otros sectores y actividades, con un importante impacto en la economía nacional, en la generación de empleos y en el bienestar de la población (SECTUR, 2021).

1.7.2- Turismo de salud, características y desarrollo:

El turismo es uno de los sectores económicos más dinámicos y ha llegado a representar cerca del 9% del PIB mundial, lo cual genera contribución directa al desarrollo. Hace algunos años emergió un fenómeno de la industria de la atención médica, el proceso de viajar para recibir tratamientos y atención en el extranjero o

en otras ciudades, denominado turismo médico o de salud (Hernández, et al., 2019).

El turismo de salud es un sector de gran dinámica y crecimiento a nivel mundial con auge en los últimos diez años. La búsqueda de tratamientos y procedimientos médicos fuera de fronteras nacionales por diferentes razones ha creado una oferta internacional de servicios médicos que combinan los procedimientos de medicina curativa, preventiva, estética y de bienestar con experiencias turísticas basadas en riquezas naturales, culturales, artesanales y autóctonas de cada país oferente (De la Puente, 2015).

1.7.3- Antecedentes del turismo de salud:

Si bien parece una novedad de los años recientes, en realidad esta práctica de buscar salud y belleza en otras latitudes tiene un largo recorrido. Ya en la época de los griegos existen reportes de personas que se trasladaban desde distintos puntos a Epidauro, una ciudad situada en la Argólida, una península al nordeste del Peloponeso, donde se ubicaba el templo de Asclepio, en el cual se practicaba una suerte de medicina basada en la interpretación de los sueños (siglos V-IV A.C.) Siglos más tarde, otro centro de peregrinación sanitaria fue el hospital de Mansuri, en El Cairo, al que acudían enfermos de lugares remotos en busca de recuperar la salud perdida (Molnar, 2010).

Durante la Edad Media los adelantos en medicina de la región árabe fueron notables, a tal punto que es allí en donde se fundan los primeros hospitales. En el siglo IX se funda el primer hospital en Bagdad y luego en el Siglo XII aparecen hospitales modernos para su época en el Cairo, Egipto. En estos centros se daba asistencia a cualquier persona que viajara con la necesidad de curación (Arias-Aragones, et al.,2012)

Posteriormente, en el último cuarto del siglo XIX, nacieron las modernas terapias de baño y la balneología, en territorios de la Monarquía Austro-Húngara, las cuales eran tan famosas sus propiedades que se ponía cada vez más de moda pasar las vacaciones por parte de la realeza en los lugares favoritos de la casa imperial. Esta tendencia europea constituyó las bases para lo que actualmente se

conoce como turismo en salud. Concepto que ha evolucionado y se compone de algunos otros elementos que lo hacen más complejo (Melgosa, 2000)

Según *Health Medical Industry*, (2005) en la antigua Roma, los baños termales eran utilizados con fines medicinales y representaban un importante espacio social para los miembros de la élite más alta y privilegiada del imperio. En los inicios de Roma, los complejos termales, muy difícilmente podrían considerarse como centros de turismo médico, puesto que la mayoría de los visitantes se encontraban a menos de un día de camino.

Con la expansión del imperio romano por más de 1.000 años, los peregrinos, diplomáticos, mendigos y reyes de muchos rincones del mundo antiguo, llegaban al mediterráneo en busca de consejo médico y tratamientos de salud. Adicionalmente, como resultado del comercio activo con muchos lugares de Persia, África y Asia, los baños medicinales romanos ampliaron las ciencias y el arte de la curación al incorporar el masaje ayurvédico, la medicina china y ciertos aspectos de la curación espiritual budista (Melgosa, 2000).

La importancia que tienen las aguas termales y balnearios son una parte de lo que se conoce como turismo de bienestar (uno de los componentes del Turismo en Salud). Sin embargo, existen otros tipos de tratamientos que de acuerdo con su clasificación se sitúan dentro de lo que se conoce como turismo médico (De la Puente, 2015).

1.7.4- Conceptos del turismo de salud y su evolución:

Existen múltiples definiciones del turismo de salud representadas por diferentes organizaciones, las cuales mayormente lo definen como la mezcla de dos sectores: la salud y el turismo, con el objetivo principal de incentivar el desarrollo económico del país y la exportación de los recursos (Hernández, et al., 2019).

Es un tipo de viaje, combinando con recreo, descanso o intervención médica con el fin de mejorar, mantener y recuperar el estado de salud, es decir encajar dos actividades para que sean más productivas (De la Puente, 2015). El

turismo de salud se ha desarrollado a raíz de varios factores que han jugado un papel crucial como por ejemplo el envejecimiento de población, la globalización y carencia de seguros.

Cuando se vincula al sector salud con el sector turismo se decide explorar el tema "turismo de salud", tomando dos ejes principales: la salud del turista y el turismo por razones de salud (Tao, 2021), ambos son conceptos ligados de tal manera que ya sea en conjunto o por separado inciden en la economía de los países y son parte importante de la política social.

La salud no representa sólo un indicador del desarrollo humano, sino también un recurso para incentivar el crecimiento económico y lograr un desarrollo; mientras el sector turismo cobra importancia para la supervivencia y el crecimiento económico. De esta forma, el turismo de salud es para todas aquellas personas que busquen no sólo mantener sino incrementar su estado de salud durante sus vacaciones de manera individual o grupal (Hernández, et al., 2019).

En ese sentido el Plan de Federación Estratégico de Turismo Sustentable (2016), define el Turismo de Salud como aquella modalidad de turismo cuya motivación principal es el cuidado del cuerpo ya sea por motivos de salud, o simplemente por el deseo de mejora física, pudiendo estar combinado con otras motivaciones (animación, descanso, gastronomía, naturaleza).

El turismo de salud fue definido en 1973 por la Unión Internacional de Organizaciones Turísticas como "turismo que se basa en la provisión de infraestructuras de salud utilizando los recursos naturales, del país, en particular sus aguas minerales y su clima". Otros autores como Carrera & Bridges (2006), definen el turismo de salud como el viaje organizado fuera del entorno habitual de usuario, para el mantenimiento, mejora o recuperación de su bienestar individual físico y mental.

Según Goodrich (1994), el turismo de salud implica la promoción consciente de que viajar a determinado lugar se considera beneficioso para la salud debido a algún clima particular, a los recursos naturales o los servicios de salud que se

proveen en dicho lugar. Mientras que el instituto de turismo de España (2009), lo entiende como aquellos productos, instalaciones y servicios que se han diseñado para recuperar, mejorar y/o mantener la salud a través de una combinación de actividades de rehabilitación, curación, ocio, recreación y/o educativas, en un espacio alejado de las distracciones del trabajo y la vida diaria.

En general podemos definir el turismo de salud como la capacidad de una o un grupo de personas al trasladarse a un determinado destino, en el cual deba pernoctar al menos una noche, con el fin de realizar acciones que tributen a la buena salud y al mantenimiento o acondicionamiento del cuerpo y en el proceso realizar actividades de ocios propias del destino turístico, sin importar la edad, el sexo o la nacionalidad.

En la definición de Goodrich, (1993), se denota que el turismo de salud cubre un gran número de actividades que han sido agrupadas en dos categorías fundamentales: (i) el turismo médico donde los turistas pacientes están enfermos y necesitan ser intervenidos quirúrgicamente o precisan un tratamiento específico lo cual es seguido por un especialista y (ii) el turismo del Wellness donde los turistas buscan actividades de relajación, recreo contra el estrés.

Por su parte Mckinsey & Company (2010), define el turismo de salud como la exportación de servicios de salud enfocada en cuatro áreas específicas: medicina curativa, preventiva, estética, bienestar (wellness). Agregando el concepto de medicina curativa como la encargada del diagnóstico y tratamiento inmediato de las enfermedades, lo cual incluye tratamiento hospitalario y farmacéutico, ante la presencia de síntomas evidentes de vulnerabilidad del cuerpo humano que evidencian un deterioro sobre funciones específicas.

La medicina estética se refiere a todas aquellas especialidades médicas que incluyen el tratamiento y la práctica quirúrgica con el objeto de lograr la restauración, el mantenimiento y la promoción de la estética y la belleza del cuerpo humano (Global Spa Submit, 2010). A través de esta se logra la prevención y tratamiento de toda patología estética, buscando mejorar los

parámetros de belleza, previene el envejecimiento y promueve la salud física y mental de las personas.

Mientras que la medicina preventiva es la categoría donde se agrupan aquellas especialidades médicas que tiene por objeto la prevención de enfermedades mediante el seguimiento de controles y prácticas específicas, esta abarca actividades de promoción y protección de la salud, diagnóstico primario de enfermedades y restablecimiento de la salud cuando ha aparecido la enfermedad (Oz, 2014)

La última de las categorías es el bienestar, el cual GWI (2021), define como todas aquellas actividades que buscan mejorar la calidad de vida de las personas, logrando un incremento de su satisfacción con respecto a la salud física, mental, emocional, espiritual y social de las personas, independiente del estado de enfermedad o vulnerabilidad del cuerpo humano. Con respecto al bienestar desde el punto de vista de Turismo de Salud, este incluye actividades físicas y recreativas, así como prácticas específicas que logran este propósito.

1.7.5- Turismo wellness, un viaje al interior:

El turismo de bienestar es un tipo de actividad turística que aspira a mejorar y equilibrar los ámbitos principales de la vida humana, entre ellos el físico, mental, emocional, ocupacional, intelectual y espiritual. La motivación primordial del turista de bienestar es participar en actividades preventivas, proactivas y de mejora del estilo de vida, como la gimnasia, la alimentación saludable, la relajación, el cuidado personal y los tratamientos curativos (Peregrin, et al.,2020).

Aunque también es considerado como un subsegmento del turismo médico, específicamente de prevención de dolencias (Aguirre, 2021). Pero, la definición más utilizada para turismo de bienestar es la que lo considera una rama del turismo de salud que incluye tratamientos de relajación, tratamientos homeopáticos, en conexión con la medicina natural o relacionados al contacto con la naturaleza para recobrar la salud, como el termalismo o la talasoterapia (Arias et al., 2012, p. 76). El cual difiere del turismo médico que corresponde a atención

médica, odontológica y quirúrgica, pues el concepto está enfocado en el bienestar completo del cuerpo sin necesidad de someterse a tratamientos quirúrgicos.

Los servicios más valorados por los turistas de bienestar actualmente son las terapias de medicina alternativa y tradicional, programas nutricionales para pérdida de peso, programas de ayuda para desórdenes del sueño, tratamiento de medicina ayurvédica, meditación y programas detox digital, estos últimos como una tendencia reciente, dirigido a personas que presentan dependencia de los medios digitales o enfermedades de adicción y estrés (Ostelea, 2018).

De acuerdo con Rojas (2020), para elegir un destino, el turista de bienestar toma en cuenta tres factores clave. La oferta de ocio con la que cuenta el destino sería el primer factor, pues no solo busca tratamientos o actividades que mejoren su salud física y mental, sino que busca mediante la oferta de ocio conectarse con la cultura, naturaleza y gastronomía del destino, así como escaparse de la rutina y aprender de nuevas culturas.

Los costos de la oferta de turismo de bienestar, este es el segundo factor a tener en cuenta, y se refiere a los costos en alojamiento, transporte y actividades complementarias y no solo a la terapia en sí. Por último, el tercer factor es la imagen del destino, pues el turista desea vivir una experiencia auténtica y coherente con el bienestar, lo que implica seguridad, buena infraestructura turística, relajación, entorno natural y paisajístico, conocimiento ancestral, entre otros.

Según el GWI, (2021) el turismo de bienestar es un mercado de \$639 mil millones. En 2017, la OMT (2018), registró que 27% de los turistas internacionales refirieron como motivo principal de viaje la salud, visita a parientes y/o amigos y religión; no se detalla qué porcentaje corresponde a turismo de bienestar o wellness. La inversión que hacen los turistas en actividades de turismo de salud lo hace un segmento muy atractivo con un crecimiento mundial del 5.3% (GWI, 2021).

En 2015 se registra a Estados Unidos como el principal destino a nivel mundial con un ingreso de \$3598 millones; mientras que en Latinoamérica los principales destinos registrados son Costa Rica (\$365 millones), México (\$280 millones), Panamá (\$40 millones) y Brasil (\$32 millones) (UNWTO, 2020).

En cuanto a turismo de bienestar, es China el primer receptor de este segmento de mercado, seguido de Estados Unidos y Alemania; en Latinoamérica, países como México que se encuentra en séptimo y Brasil en octavo lugar, son los más demandados para este tipo de turismo; resaltando que el crecimiento anual del 2013 al 2015, en Brasil, es de 21%; bastante mayor que México que es de 13% (GWI, 2021)

En la actualidad el turismo de bienestar se considera como segundo factor importante en el crecimiento de la demanda por turismo de salud. El gasto que las personas hacen en ocio, con relación al relax y prevención de enfermedades, cuidado de la belleza y juventud, es visto como una buena inversión en asuntos vinculados al bienestar, por lo que buscan viajes saludables y escapadas de la rutina; logrando que estas actividades sean más solicitadas y se coticen mejor (Rojas, 2020).

Existe una gran oportunidad para la creación de productos relacionados con el turismo de bienestar, dado su crecimiento a nivel mundial; estos productos de medicina holística ayurvédica, así como yoga, reiki, meditación, spas terapéuticos, centros de desintoxicación digital, etc. Se pueden incluir en ofertas hoteleras tradicionales, esperando atraer al público de este segmento, pues en la actualidad con ciudades cada vez más urbanizadas y el incremento de los trastornos relacionados al estrés conllevan a las personas a necesitar servicios especializados en estos temas (Aguirre, 2020).

El segmento de bienestar cuenta con una definición conceptual amplia y debatible en diversos escenarios académicos y empresariales. Sin embargo, existen tendencias globales de consumo y comportamiento saludable acentuadas que aportan a la limitación conceptual antes mencionada. Así, las principales

tendencias de consumo y comportamiento en el segmento de bienestar son las siguientes (De la Puente, 2015).

- Coaching de bienestar: Aficionados a actividades saludables intensas no tradicionales (gimnasio, por ejemplo) día a día. Los nuevos consumidores de bienestar se encuentran muy influenciados por las redes “fitness” enunciadas en redes sociales a través de un coaching holístico de prevención médica y de bienestar.
- Prevención médica: La prevención médica es una de las nuevas actividades de los centros de bienestar ya que los pacientes hoy son más atentos a la prevención de enfermedades como resultado de diversas campañas, promoción de la alimentación sana, entre otros.
- Hedonismo sano: El hedonismo sano es la asociación de la gastronomía al bienestar donde los pacientes quieren experiencias gastronómicas alternativas asumiendo un gasto per cápita más elevado. Los pacientes buscan experiencias gastronómicas locales del país de destino o región (dependiendo el tipo de turismo) sumado a tratamientos tradicionales de su interés particular.
- Experiencia holística de bienestar: Esta tendencia se caracteriza porque los pacientes buscan una experiencia holística personal de mente, cuerpo y espíritu a través de técnicas como el yoga, Pilates, Shiatsu, entre otros.
- Experiencia única: Los pacientes de los centros de bienestar buscan tratamientos y experiencias de salud en entornos desconocidos y llamativos sumados a un servicio personalizado, es decir, servicios a la medida.
- Descubrimiento de cultura local: El spa o centro de bienestar forma parte de la experiencia de viaje para los pacientes el cual esperan descubrir las técnicas locales tradicionales de masajes y los centros de bienestar locales en materia de adecuación, tratamientos alternativos y atención personalizada.

- Bienestar como una experiencia a compartir: Los pacientes quieren compartir las experiencias de bienestar con amigos y familia. Las familias desean acceder a spas abiertos a todos los miembros y que ofrecen una gama de productos para cada uno.
- Democratización del bienestar: El bienestar ya no se considera un privilegio, sino que se conforma de actividades dirigidas a todos. Así, con la ampliación de la competencia internacional, la gama de precios representa una oportunidad de goce y disfrute particular.
- Aficionados a la naturaleza: La demanda de productos cosméticos es casi unánime. Los productos para los tratamientos utilizados deben ser naturales y ecológicos con un mínimo de compuestos químicos y sin haber sido probados en animales. Estos elementos diferenciadores marcan un gusto particular por parte de clientes y pacientes que buscan experiencias y consumo de bienes no tradicionales.
- Experiencias con hielo y calor: La utilización de tratamientos eficaces fríos o calientes puede aportar un valor agregado a los centros de bienestar en función de su ubicación.
- Terapia basada en vibraciones, sonido, música, luz y color: Los centros de bienestar fomentan experiencias relajantes con componentes de fácil acceso al paciente en el cual se sienta familiarizado y logre una desconexión de la rutina laboral, familiar, personal y privada.
- El factor glamour: El glamour poco a poco vuelve a integrarse como parte fundamental de la oferta de centros de bienestar que fomenta una distinción de otros establecimientos que ofrecen servicios similares, más no distintivos del común denominador. Este componente cada vez hace más presencia en salones de belleza, spas, y tiende a combinar diversos servicios como el caso del denominado “bar de uñas” o lugar donde las mujeres principalmente pueden arreglar y mantener sus uñas llamativas y consumir

cócteles, snacks sanos y ofrecer reuniones para la socialización de un grupo social.

- Bienestar corporativo: El bienestar de los empleados en el trabajo y el hogar ayuda considerablemente a la eficiencia del trabajo (PTP, 2013). Esta tendencia puede ser el centro de negocio de los centros de bienestar en las ciudades.
- Programas de bienestar y balnearios: La ciencia permanece en la base del bienestar (aunque existe un alto ingrediente de publicidad no tradicional y mercadeo), la terapia con agua de mar, el tratamiento termal y el spa son nuevos factores importantes para los potenciales pacientes interesados

1.7.6- Turismo de bienestar o turismo médico. Sus diferencias y semejanzas:

A diferencia de los sectores y subsectores tradicionales del turismo de salud y dominantes en el siglo XXI de amplio conocimiento público cuya calificación en la actividad económica y aporte al PIB se encuentra determinado, el turismo en la categoría de bienestar se encuentra en pleno proceso de definición conceptual.

Sin embargo, el análisis cuantitativo del impacto de las nuevas tecnologías de la información y la aparición de actores estatales con suficiente margen de maniobra para influir sobre los precios, oferta y capacidad de demanda en los mercados globales de bienes intermedios y finales. De esta forma, le han concedido al turismo de bienestar una oportunidad de explotación continua de ventajas competitivas (paisajes naturales atractivos para el fortalecimiento mental y espiritual, personal cualificado para la oferta de terapias no invasivas de relajación y recuperación de energía, tratamiento de cuadros con medicamentos sin compuestos químicos de amplia circulación dentro de las fronteras de una nación, etc.) (De la puente, 2015).

La explotación del turismo de bienestar representa una oportunidad de aumento de ingresos para economías de países en desarrollo y permite su posicionamiento de marca a nivel mundial. No obstante, la falta de definición y limitación del significado de “bienestar” disminuye la rigurosidad del análisis

sectorial cayendo en el error de equiparar el turismo de salud con el de bienestar, combinándolos en el ámbito conceptual (Rojas, 2020).

Como se mencionó anteriormente el turismo médico se subdivide en medicina curativa, medicina preventiva y medicina estética; mientras el turismo de bienestar es aquel que ayuda a mejorar las relaciones sociales e incrementa el grado de positivismo en las personas por medio de tratamientos alternativos de índole espiritual y mental, mejora la actividad física y ayuda a una mejor conexión con la naturaleza (MINCETUR, 2012).

El turismo médico además de ser reactivo, responde a una necesidad de curación, el viaje se hace a un lugar fuera de la residencia habitual para tener un diagnóstico, tratamiento médico, operación, cura o rehabilitación de una enfermedad o patología (Deloitte, 2018). Mientras que el turismo de bienestar es proactivo, pues responde a una práctica de viaje que se hace para realizar un tratamiento terapéutico, preventivo de mejora de la salud física y mental, a la vez que se visita el destino y se realiza actividades turísticas en las que también se emplea equipamiento turístico (Rojas, 2020).

Existe una diferenciación marcada, sin embargo, en los segmentos de demanda del turismo de bienestar en diferentes países. Si bien es cierto que hay un mayor posicionamiento de los servicios de bienestar mencionados, aún se considera como nicho de mercado y no como servicio de alto consumo debido a múltiples factores. El primero es la concepción popular aún dominante en varias naciones de estudio que el termalismo, la talasoterapia y el spa son productos para adultos mayores y agentes con altos niveles de ingresos (De la Puente, 2015).

Actualmente en países en vías de desarrollo (principalmente América Latina) el turismo de bienestar se reserva para personas con un poder adquisitivo mayor debido a que culturalmente no se conciben los anteriores productos como opción de ocio y recreación en la clase media. Asimismo, el consumo tiende a variar según la generación demandante, determinando que el sector de mayor demanda es la población entre 45 y 75 años de edad; mientras que los jóvenes

entre 25 y 40 años de edad, buscan experiencias transformacionales y holísticas (Hernández et al., 2019).

A pesar de que ambos, turismo médico y turismo de bienestar, tienen en el fondo la misma motivación de viaje: deseo de mejorar la salud (Rojas, 2020). La tabla cuatro presenta un resumen en cuanto a las principales diferencias entre turismo médico y turismo de bienestar.

Tabla 4

Diferencias entre turismo médico y turismo de bienestar.

Concepto	Turismo médico	Turismo de bienestar
Tratamientos principales que ofrece a los turistas.	Tratamientos médicos, quirúrgicos, odontológicos, diálisis, cirugías estéticas; entre otros similares	Tratamientos terapéuticos, holísticos y medicina alternativa y/ o tradicional
Lugar donde puede ser ejercido.	Clínicas y centros médicos hospitalarios	Hoteles, centros termales, albergues, spas, lugares de retiro
Actividades que realiza	Procedimientos médicos	Terapias alternativas, de relajación, termalismo, homeopáticas, o de conexión con la medicina natural y tradicional
Objetivo de visitantes	Garantizar la atención por parte de especialistas médicos que le aseguren un determinado procedimiento, ya sea estético, clínico o quirúrgico, encaminado a lograr una buena salud.	Realizar terapias alternativas que ayuden a la curación no solo del cuerpo, sino de la psiquis.

Nota.: Elaboración propia a partir de Rojas (2020)

Estado del Arte:

Es evidente que las variables que describen el estudio (conciencia de salud, bienestar percibido e intención de compra) han sido revisadas con anterioridad por parte de los estudiosos del tema, sobre todo en investigaciones sociales, que generan gran impacto económico tanto nacional como internacional. Estas variables se ven abordadas por diversos temas, sin embargo, si se sintetiza específicamente en el escenario del turismo de bienestar, es necesario analizarlas de manera tal que logremos determinar los elementos diferenciadores del sector en comparación con otras actividades.

El bienestar ha generado en los últimos años un valor agregado al estilo de vida y la percepción con la cual debemos medir la salud. Sin embargo, como muestra la literatura, para ser capaces de captar este valor y ponerlo en orden de prioridad es necesario contar con una correcta percepción de la propia salud. Por ende, la conciencia de salud pasa a ser un elemento clave en la búsqueda del bienestar debido a que es necesario tener una relación saludable con nuestro propio cuerpo y conocer nuestras necesidades para lograr determinar qué y en cual medida necesitamos consumir ciertos servicios que generen satisfacción y salud.

La intención de visita y la disposición a pagar son temas que han sido centro de diversas investigaciones científicas, sobre todo en la actualidad, donde el consumo se basa en decisiones y factores como actitud, norma subjetiva, control del comportamiento percibido (Pahrudin et al., 2021).

Diversos autores (Pahrudin et al. 2021; Espinoza & Kadic, 2020, Chi et al., 2020), en sus estudios han relacionado las variables disposición a pagar e intención de visita con el nivel de bienestar percibido en el contexto turístico. A pesar de lo anterior, no existe un consenso sobre las dimensiones a considerar entre los constructos disposición a pagar e intención de visita; es por esto que se han medido con diversas escalas estas dos variables; por lo anterior, resulta relevante hacer un análisis sobre los estudios empíricos previos que han analizado

la relación entre los dos constructos en cuestión, así como las dimensiones consideradas en los mismos y, con base a ello, elegir el método más adecuado para el presente estudio.

Contexto internacional de investigación:

Si hablamos de búsquedas del bienestar es un tema que ha sido centro de mucho estudios sobre todo en el contexto pre y post pandemia COVID-19, en los últimos cinco años autores como Espinoza & Kadic, (2020), muestran que la participación prolongada en malas prácticas de salud, como alimentación poco saludable, poca actividad física y el incumplimiento de las pautas de detección y prevención de enfermedades, son marcadores destacados de condiciones adversas de salud física más adelante en la vida. Mediante la identificación de los factores relacionados con los comportamientos que promueven la salud es vital para crear intervenciones destinadas a reducir el riesgo de enfermedad, particularmente entre los adultos jóvenes cuyos comportamientos de salud son susceptibles de cambio.

El objetivo principal del estudio fue identificar grupos de comportamientos relacionados con la salud entre adultos jóvenes ($N = 314$, M edad = 21,94, $SD = 6,53$), para calibrar la relación entre inteligencia emocional y conductas de salud en esta población, y valorar la conciencia de salud como mediadora de dicha relación. Usando modelos de ecuaciones estructurales, se encontró una relación negativa entre la inteligencia emocional y los comportamientos no saludables en relación con los que promueven la salud.

El análisis de clases latentes identificó dos grupos de comportamiento de salud mutuamente excluyentes, que de acuerdo con los patrones de respuesta se etiquetaron como saludable y no saludable. El grupo saludable (56%) estaba compuesto por personas que tenían una dieta saludable (es decir, baja en grasas y alta en fibra), hacían ejercicio con regularidad y con frecuencia participaban en comportamientos que previenen enfermedades orales y relacionadas con la piel. Por el contrario, el grupo no saludable (44%) rara vez se involucra en estos comportamientos que promueven la salud (Espinoza & Kadic, 2020).

De lo anterior, se concluye que la conciencia de la salud corresponde a la autoconciencia sobre la propia salud y la voluntad de participar en comportamientos que promuevan la salud y el bienestar (Gould 1990). No es sorprendente que las personas conscientes de la salud busquen activamente información sobre cómo mejorar su bienestar general. Por lo tanto, las personas con alta conciencia de la salud tienen actitudes positivas sobre la nutrición, el autocuidado y el ejercicio y, en consecuencia, tienen estilos de vida más saludables que las personas con baja conciencia de la salud (García, 2015).

Paralelamente Xu, et al., (2020), con base en el análisis empírico investigaron la correlación entre el aumento de la conciencia ambiental y la conciencia de salud de los consumidores, en la disposición a pagar en la compra de productos ecológicos. Para ello los autores aplicaron un modelo de extensión de la TPB, mediante el análisis de los tres factores: conciencia de la salud, conciencia ambiental y voluntad de pagar la prima de muebles ecológicos.

Para este estudio se recopilaron 460 encuestas utilizables en China y los hallazgos empíricos muestran que la conciencia ambiental afecta positivamente la actitud, la norma subjetiva, el control conductual percibido, así como la disposición a pagar. Mientras que la norma subjetiva, el control conductual percibido y la disposición a pagar influye positivamente en la intención del consumidor de comprar muebles ecológicos. Concluyendo que la conciencia de la salud también afecta positivamente la actitud del consumidor y la intención de comprar productos ecológicos.

Sin embargo, la actitud de no se relaciona significativamente con la intención de compra, lo que implica una brecha actitud-comportamiento (Xu, et al., 2020). Además, el control conductual percibido tiene la mayor influencia en el comportamiento del consumidor que en la intención de compra, seguida de conciencia de salud, disposición a pagar y norma subjetiva. Como se puede apreciar, la conciencia de salud es un indicador fundamental no solo en la búsqueda del bienestar, sino en la evaluación de variables subjetivas como lo son la intención de visita y la disposición a pagar.

La literatura muestra que las personas conscientes, no solo tienen comportamientos saludables con respecto a su salud, sino que también consumen productos y servicios que se alineen con su percepción de bienestar. Son muchas las teorías del comportamiento humano que pueden predecir la satisfacción, sin embargo, la TPB representa un punto fundamental para comprender la influencia en la toma de decisiones por parte de los viajeros.

La propagación de la pandemia Covid-19 a nivel mundial ha tenido un impacto en la industria del turismo, por este motivo los autores Pahrudin, et al., (2021) realizaron un estudio donde se investigó la relación entre la intención del turista local de visitar un destino dentro Indonesia después de la pandemia covid-19. En este fue considerado la percepción de Covid-19, la intervención no farmacéutica y la conciencia de la salud como variable moderadora, al implicar la TPB. Para la medición se utilizó el Modelo de Ecuación Estructural-Mínimos Cuadrados Parciales (SEM-PLS) para analizar los constructos de estudio.

El modelo encontró que la TPB se aplicó con éxito y los resultados mostraron que, en general, los constructos de la teoría del comportamiento planificado se ven significativamente afectados por la intención de visitar un destino local, pues para los viajeros es más atractivo realizar turismo internacional que local, según afirman los autores. Sin embargo, demostraron que la teoría de la autoconciencia, la actitud y el comportamiento son elementos que pueden predecir el comportamiento de salud y la elección de destinos turísticos.

De esta forma, el resultado de la investigación, mostró que durante la pandemia del COVID-19, la conciencia de salud en los turistas tuvo un impacto significativo como una variable moderadora a través de la actitud y la intención de visitar un destino. En este período, los turistas buscaron mayor información acerca del destino turístico, cabe destacar que, en el contexto de esta investigación Indonesia, constituía uno de los países, en los cuales el índice de vacunación contra el COVID-19 era demasiado bajo. De esta forma los autores reafirman como la conciencia de salud es parte del conocimiento para tomar decisiones en el

destino de su viaje e intenta seleccionar el destino que menor riesgo sanitario contenga.

Según Ziaul, et al., (2018), la conciencia de salud influye también de manera positiva en la intención de compra, por tanto, en la disposición a pagar de productos saludables. En su estudio, mediante la confección de un cuestionario estructurado, mostró cómo la conciencia de salud percibida, el conocimiento y las creencias afectan positivamente la actitud y la intención de compra de los consumidores.

El resultado de este estudio se obtuvo a través de una encuesta exclusiva realizada a una muestra seleccionada al azar de 712 hogares, para ello utilizó un cuestionario estructurado para entrevistar a estos participantes y obtener datos que se analizaron empleando estadística descriptiva, análisis factorial confirmatorio y ecuación estructural Modelado. Los resultados de los análisis corroboraron que la conciencia de salud de los consumidores tiene un impacto positivo en el conocimiento percibido, la creencia y la actitud, pero no en la intención de compra.

Otro hallazgo importante del estudio de Ziaul et al., (2018) es comprobar que la creencia afecta positivamente tanto a la actitud como a la intención de compra, de tal forma que los patrones de consumo tienen una influencia positiva y significativa en la disposición a pagar de productos orgánicos y saludables. Además, los ingresos de la familia, la edad y la preferencia de etiquetado se correlacionan significativamente.

Por su parte, Forero (2021), expone que la valoración de bienes y servicios que no cuentan con un mercado totalmente constituidos debe ser investigado. Para ello realiza una investigación con enfoque cuantitativo mediante la utilización del método de valoración contingente para medir la demanda en Córdoba de servicios considerados intangibles. Para ello encuestó a 395 personas y concluyó que la población mayor de 50 años, residentes del sector y con mayores ingresos mensuales son las que declaran sus preferencias de disponibilidad a pagar (DAP)

por un proyecto hipotético y por obras intangibles que le generan bienestar y tranquilidad.

Como se puede apreciar con el resultado de la investigación, no solo es necesario para determinar la disponibilidad a pagar el grado de conciencia que tenga la población, sino en gran medida depende de otros factores como el ingreso promedio.

En otro contexto, Barrios et al., (2022) expresa que con el creciente incremento en la última década de la búsqueda por parte de las poblaciones urbanas de zonas de esparcimiento y recreación que ofrecen bienes y servicios ambientales. Se ha evidenciado un incremento por parte de la oferta, la cual se considera relativamente fija, en recursos naturales. Este incremento permite la posibilidad de la explotación turística y al mismo tiempo, la preservación económica de los recursos como una alternativa a ciertas actividades del tipo extractiva.

En otras palabras, el turismo de bienestar ecológico podría constituir una fuente de cuidado al medio ambiente, pues el aprovechamiento de paisajes naturales, constituye un factor importante en el cese de urbanización y extracción de recursos naturales. Con esta investigación Barrios et al., (2022) evaluó mediante el MVC la DAP de los consumidores de bienes y servicios ambientales potenciales.

Para ello los autores se centran en la exposición de los resultados de la aplicación de una encuesta a 665 potenciales visitantes, tanto nacionales como extranjeros en Paraguay. Las informaciones recabadas y analizadas indicaron la predisposición a pagar sumas superiores de 151 dólares por el mantenimiento y la sostenibilidad a largo plazo de los recursos naturales. Aunque puede que exista un sesgo en la información, pues no se tomó en cuenta la edad, ni el ingreso medio de los encuestados.

En resumen, a pesar de existir una disposición de pago por parte de los consumidores de bienes y servicios ambientales, estos solo están dispuestos a

pagar un valor agregado que representa un incremento del 10% del costo de los servicios tradicionales (Barrios, et al., 2022); lo cual supone un nicho de mercado que debe ser explorado e investigado, pues aunque los autores definen en términos económico para Paraguay, no representa una inversión atractiva para los gobiernos, si es posible que para el sector privado constituya un nuevo nicho de mercado, para el aprovechamiento del turismo ecológico.

Los destinos de sostenibilidad, sol y playa también deben considerar apuntar su nicho a otro mercado, al mercado del turismo de bienestar como una oportunidad post pandemia y una solución a largo plazo (Nel-lo, et al., 2021). Con el impacto del COVID-19, los mercados de turismo tradicional han sufrido un gran golpe en la organización de gestión de destinos, por lo cual es necesario considerar una evolución del modelo, y la percepción de la sostenibilidad como valor fundamental, y el impacto de los diferentes mercados.

Los autores Nel-lo, et al., (2021) realizaron un estudio cuantitativo mediante la comparación de bibliografía, con el objetivo de examinar un modelo post pandémico para el turismo sostenible y evaluar las estrategias que ha adoptado en respuesta el gobierno español. También consideraron las oportunidades y ventajas competitivas que tiene la provincia de Salou, España, en el desarrollo del turismo de bienestar.

Los resultados obtenidos constituyen un aporte a la promoción del eje ambiental de la sustentabilidad y agregó valor a los recursos naturales de los que depende, incluyendo el mar y el paisaje. A modo de conclusión el estudio reveló una falta relativa de conocimiento integrador sobre el bienestar en el sector turístico de la provincia de Salou, por lo que el proyecto de investigación es un manual de formación sobre el turismo de bienestar en el área, pues hasta la fecha, pocos estudios han posicionado el turismo de bienestar como una herramienta para abordar desafíos y para lograr la sostenibilidad que enfrentan los destinos turísticos de sol y playa de larga data, que típicamente han llevado a la sobreexplotación de los recursos, la masificación turística y la marcada estacionalidad en el número de visitantes.

El bienestar que ofrecen los destinos costeros y la infraestructura azul es un tema, que los autores sugieren sea motivo de investigación, pues a pesar de ganar terreno, requiere un examen más profundo para especificar y comparar los beneficios de bienestar social con diferentes áreas costeras y promover nuevas propuestas de experiencias dirigidas tanto a los residentes como a los turistas de un destino que se especializa en el turismo tradicional de sol y playa. Además, es necesario medir el impacto social en los destinos como un medio para promover espacios para el bienestar y sostenibilidad ambiental, social y económica.

La actividad turística por su parte es un fenómeno social que evoluciona y se adapta a las tendencias. Cada vez más personas viajan para experimentar sensaciones, conectarse con el mundo, la naturaleza y conocer diversas sociedades y costumbres. Incluso, en medio de la pandemia por COVID-19, existe la necesidad de encontrar espacios, cuando se den las condiciones, para alejarse de lo cotidiano y aliviar el estrés. Mediante los viajes, se logra esta conexión entre naturaleza, cultura y yo interior, por lo que es necesario contar con productos turísticos especializados en turismo de bienestar (Rojas, 2020).

Con la finalidad de demostrar la conexión entre el turismo y la salud, Rojas (2020), realiza un análisis cualitativo donde presentan conceptos y teorías analizando temas de turismo de salud y bienestar. Además, tomó en cuenta la pandemia por COVID-19 y sus implicancias en el turismo a nivel mundial.

Luego de recabar la evidencia la autora muestra que la tendencia actual se relaciona con acciones de cuidado de la salud, cuidado personal y bienestar espiritual, donde la infraestructura turística es tipo termal, hoteles con spa, centros de talasoterapia y otros. Se vislumbra en este nuevo nicho de mercado creciente una buena oportunidad de negocio, al que pueden sumarse tratamientos estéticos, servicio nutricional, técnicas de meditación y relajación, y técnicas de enriquecimiento espiritual. También fue capaz de determinar los factores claves en el momento de elegir un destino por parte de los turistas de bienestar, estos son específicamente la oferta de ocio con la que cuenta el destino, los costos globales de viajes y la imagen del destino.

Otros autores como Milán & Bezarra, (2021) además caracterizan y a partir de revisiones bibliográficas un modelo, mediante el cual los turistas se basan en dependencia con sus características biopsicosociales, su nivel de ingreso y su profesión, para escoger el destino de sus vacaciones. En este estudio concluyeron que principalmente el turista de bienestar en sus vacaciones busca la desconexión digital y la salida de grandes ciudades hacia destinos más nobles y tranquilos. Además, encontraron referencia que el 67% de los turistas prefiere viajar a destinos, los cuales se encuentren cerca del mar y tenga una gran diversidad en vegetación.

Contexto nacional de la Investigación:

Aunque el tema de turismo de bienestar está siendo ampliamente estudiado sobre todo en países occidentales, la literatura muestra que no se encuentra desarrollada a gran escala la investigación empírica acerca del tema y los factores que determina el consumo del mismo en México, a pesar de ser en la actualidad uno de los países con mayor ingreso por concepto de turismo de bienestar en América Latina.

De la evidencia investigativa encontrada podemos citar a Aguirre (2020), este autor mediante un estudio bibliométrico logró caracterizar el contexto nacional del turismo de salud en México, determinando que el sector es un nicho de mercado muy rentable para el país, en el año 2019 generó ingresos netos de 8 millones de dólares, y que en la actualidad no cuenta con un gran desarrollo en su infraestructura. Además, el autor menciona que en estados como Baja California, Baja California Sur y Oaxaca, el turismo de salud representa al menos el 1% del PIB local, siendo estos los principales destinos en el país en contar con las condiciones geográficas necesarias para sostener la actividad.

Otro estudio que podemos referenciar para desarrollar el tema es el de Llera, et al., (2022), en el cual realizaron un análisis con el objetivo de identificar las nuevas tendencias de la actividad turística para las próximas tres décadas a partir de los cambios demográficos que experimentarán la sociedad mexicana y otras sociedades en ese periodo. La investigación fue de corte cualitativo apoyada

en un análisis comparativo de información documental tanto académica como periódica, que se complementó con la realización de entrevistas en el ámbito turístico de México y los Estados Unidos.

Los autores lograron identificar que los principales factores que sin duda incidirán en la transformación del turismo serán, además de los cambios demográficos, las condiciones de desigualdad generadas por el modelo de la globalización, los efectos de la pandemia de COVID-19 y el envejecimiento de la población. Es por esto que los resultados sugieren que la actividad turística enfrentará el reto de reinventarse, dando un giro hacia lo que se considera local-regional y hacia un segmento más demandante como lo es el de las Personas Adultas Mayores, para dejar atrás los ingredientes masivos que priorizaba el turismo durante el auge del modelo de la globalización.

Según Enriquez & Beltran, (2022), los componentes de los modelos de negocio sustentables de las áreas protegidas del en Baja California Sur, México, consideran el turismo de bienestar como actividad complementaria dentro del marco económico regional. La investigación utiliza una metodología mixta de alcance exploratorio y descriptivo, con un diseño longitudinal; donde se entrevistó con un guion semiestructuradas a expertos, y se aplicó un cuestionario con las dimensiones: perfil de empresa, componentes de modelo de negocio, estrategias y acciones de sustentabilidad, mismo que se validó por tres expertos en turismo con un índice de confiabilidad del 95% en tres empresas originarias de la región.

Los principales resultados de la investigación mostraron que las áreas naturales protegidas poseen un programa de conservación y manejo; por consiguiente, los modelos de negocio que operan las comunidades locales, con un epicentro de innovación basado en la conservación y protección del medio ambiente. Esta investigación cuenta con diferentes enfoques teóricos, los cuales han sido confirmados por diversos autores (Fausto, 2022; Vasilica, 2022; Del Río et al.,2021), concluyendo que el efecto de las actitudes hacia la intención de visitar, consumir y disponer de un bien o servicio en México representa una investigación trascendental en cuanto al comportamiento de los consumidores.

Capítulo 2: Diseño Metodológico

En este capítulo se abordará la metodología a seguir para el lograr los objetivos propuestos para esta investigación, de forma tal que el lector comprenda cómo a partir del análisis del contexto y la revisión teórica se definieron las variables que buscan medir la intención de compra; así como su relación con otras variables

La investigación tuvo un alcance nacional, por lo que fue necesario determinar el potencial de satisfacción que generan los servicios enfocados en el turismo de bienestar y cómo inciden directamente en la capacidad de consumo por parte de su público objetivo en el país.

Justificación metodológica:

Diversos autores (Teng & Lu, 2016; Kanittinsuttitong, 2018; Rojas, 2020; Peregrin et al., 2020; Geng-qing et. al, 2020; Parhudin et al, 2021; Espinoza & Kadic, 2023; entre otros), en sus estudios han relacionado las variables disposición a pagar e intención de visita con el nivel de bienestar percibido en el contexto turístico. A pesar de lo anterior, no existe un consenso sobre las dimensiones a considerar entre los constructos disposición a pagar e intención de visita; es por esto que se han medido con diversas formas estas dos variables; por lo anterior, se realizó un análisis sobre los estudios empíricos previos que han analizado la relación entre los dos constructos en cuestión, así como las dimensiones consideradas en los mismos, evidenciando la carencia de un instrumento que mida el fenómeno de estudio en el contexto de turismo de bienestar en México .

A continuación, se muestra la tabla 5, que sintetiza la información metodológica, de los artículos empíricos previamente mencionados en el capítulo anterior, de los últimos años (2016-2023) enfatizados en medir la relación que existe entre las variables de estudio.

Tabla 5

Metaanálisis del fenómeno de estudio

Autor(es)	Año	VARIABLES DE ESTUDIO	DISEÑO	RESULTADO (S)	APORTE/CRÍTICA
Teng & Lu	2016	Conciencia de Salud Intención de consumo	Cuantitativo	A mayor grado de conciencia interviene una mayor incidencia en el consumo de servicios saludables	Caracterización de los motivos de consumo.
Kanittinsutti tong	2018	Intención de compra Conciencia de salud	Cuantitativo	La conciencia de salud de, percibir, el conocimiento y las creencias afectan la actitud y la intención de compra La oferta de ocio con la que cuenta el destino, los costos globales de viajes y la imagen del destino son los factores determinantes para elegir un destino turístico.	Las personas con conciencia tienen un patrón saludable de compra. Modelo teórico donde explica que existe una conexión directa y positiva entre el turismo y la salud y el bienestar.
Rojas	2020	Intención de visita Turismo de Salud Bienestar	Cualitativo	No existe diferencias para los turistas de bienestar y los de turismo médico en la elección de spa	El modelo Cognitivo-Afectivo-Normativo (CAN) instrumento para comparar las variables que explican la intención de compra en relación a los balnearios
Peregrin, et al	2020	Turismo de salud Turismo de Bienestar	Cuantitativo		

Geng-qing et. al.	2020	Servicios Wellness Bienestar Percibido: Bienestar Mental; Bienestar Físico y Bienestar Ambiental (Dimensiones)	Mixto	Escala de medición de 16 elementos que consta de tres dimensiones: bienestar ambiental, bienestar físico y bienestar mental.	Modelo estructural para test de validez nomológica, instrumento construido a partir de la cuantificación del nivel de beneficio percibido y las limitaciones que tiene la visita de centros dedicados al turismo Wellness
Pahrudin, et al.	2021	Intención de visita Conciencia de salud	Cuantitativo	La teoría de la autoconciencia, la actitud y el comportamiento son elementos que pueden predecir el comportamiento de salud	Extensión de la teoría de comportamiento planificado agregando un tercer elemento que es intención.
Barrios et al.	2022	Disposición a Pagar Bienestar ambiental	Cuantitativo	Predisposición por clientes a pagar sumas superiores de 151 dólares por turismo ecológico.	Las personas están dispuestas a pagar hasta el 10% más para realizar turismo ecológico en relación con el tradicional.
Espinoza & Kadic	2023	Conciencia de salud	Cuantitativo	Conciencia de salud promueve la salud y el bienestar	Presenta un nivel de fiabilidad bajo (alfa de Cronbach de 0.53)

Nota. Elaboración propia a partir de Marco teórico.

Estos modelos citados con anterioridad, demuestran que existe una la falta de consenso metodológico para poder medir la relación entre la intención de compra de servicios de bienestar con base al en el bienestar percibido en las instalaciones que prestan este tipo de servicios, por lo anterior se analiza el estudio de Geng-qing et. al, (2020), donde proponen el modelo estructural para test de validez nomológica, instrumento construido a partir de la cuantificación del

nivel de beneficio percibido y las limitaciones que tiene la visita de centros dedicados al turismo *Wellness*.

Este estudio define la noción de un hotel de bienestar y genera una lista de inventario de servicios de bienestar, con el objetivo de medir el nivel de bienestar que proporcionan los hoteles. El resultado revela una escala de medición de 16 elementos que consta de tres dimensiones: bienestar ambiental, bienestar físico y bienestar mental. Incorporando un diseño cualitativo y cuantitativo, el estudio llena un importante vacío de investigación ya que actualmente no se dispone de una escala de medición para el nivel de bienestar de los hoteles.

Al examinar con profundidad la percepción de los clientes sobre los hoteles *wellness*, proporciona una herramienta para identificar los servicios de bienestar que demandan los clientes y para qué evalúa evaluar el desempeño de dichos hoteles, la bibliografía muestra la validación del instrumento con valores estadísticos equivalente a: chi cuadrado de 161.97; RMSEA 0.04 y alfa de Cronbach de 0.9.

Por otra parte, Espinoza & Kadic (2023), realizaron la propuesta de un instrumento con el objetivo de identificar comportamientos relacionados con las buenas prácticas de salud en adultos jóvenes, para calibrar la relación entre inteligencia emocional y conductas de salud en esta población, así como, valorar la conciencia de salud como mediadora de dicha relación, este instrumento se basó en la modificación de la escala de autoconciencia (Gould, 1991). Mediante el modelo de ecuaciones estructurales, donde se encontró una relación negativa entre la inteligencia emocional y los comportamientos no saludables en relación con los que promueven la salud.

Este instrumento no fue utilizado para la confección en el diseño del cuestionario que mide el objeto de estudio, debido al bajo nivel de fiabilidad obtenido (alfa de Cronbach: 0.53); sin embargo, identificó dos grupos de comportamiento de salud mutuamente excluyentes, que de acuerdo con los patrones de respuesta se etiquetaron como saludable y no saludable.

Por su parte Teng & Lu (2016), proponen un instrumento para examinar el efecto de los motivos de consumo, así como la intención de comportamiento relacionada con el consumo de alimentos orgánicos en Taiwán. El instrumento mide la conciencia de salud mediante seis ítems, los cuales fueron previamente desarrollados por Michaelidou & Hassan (2008), obteniendo como resultado preliminar que los valores más altos indican un mayor grado de conciencia y por tanto una mayor incidencia en el consumo de servicios saludables. Este instrumento fue validado con un alfa de Cronbach con valor de 0.907.

También se estudió el instrumento de creencias/actitud, propuesto por Hwang & Lee (2018); con el objetivo de examinar el impacto del ecoturismo en la satisfacción de los turistas con la vida como resultado del comportamiento del ecoturismo en Corea del Sur. Este estudio examinó el concepto de autoconstrucción como un aspecto social del yo que influye en diferentes niveles de economía y creencias, que, a su vez, afectan el comportamiento del ecoturismo, desde un estudio predictivo. El cual incluye seis constructos, midiendo la disposición a pagar mediante el comportamiento ecoturístico, el cual infiere la medida en que los individuos tratan de elegir servicios de ecoturismo en sus viajes y la escala fue adaptada en base a Straughan & Roberts (1999). Este instrumento presenta una fiabilidad con alfa de Cronbach de 0.926.

Pahrudin, et al., (2021) realizaron un estudio donde se investigó la relación entre la intención del turista local de visitar un destino local en Indonesia post-pandémico. En este fue considerado la percepción de Covid-19, la intervención no farmacéutica y la conciencia de la salud como variable moderadora, al implicar la teoría de comportamiento planificado (TPB). Para la medición se utilizó el Modelo de Ecuación Estructural-Mínimos Cuadrados Parciales (SEM-PLS) para analizar los constructos de estudio. El modelo encontró que la TPB se aplicó con éxito y los resultados mostraron que, en general, los constructos de la teoría del comportamiento planificado se ven significativamente afectados por la intención de visitar un destino local, pues para los viajeros es más atractivo realizar turismo internacional que local, según afirman los autores. La teoría de la autoconciencia,

la actitud y el comportamiento son elementos que pueden predecir el comportamiento de salud.

De igual manera para medir la variable intención de visita Reaza, et al., (2020), propone un instrumento, el cual tiene como objetivo analizar la influencia de las motivaciones sobre la intención de visita en la zona arqueológica de Calixtlahuaca, en el Estado de México con un alfa de Cronbach de 0.937.

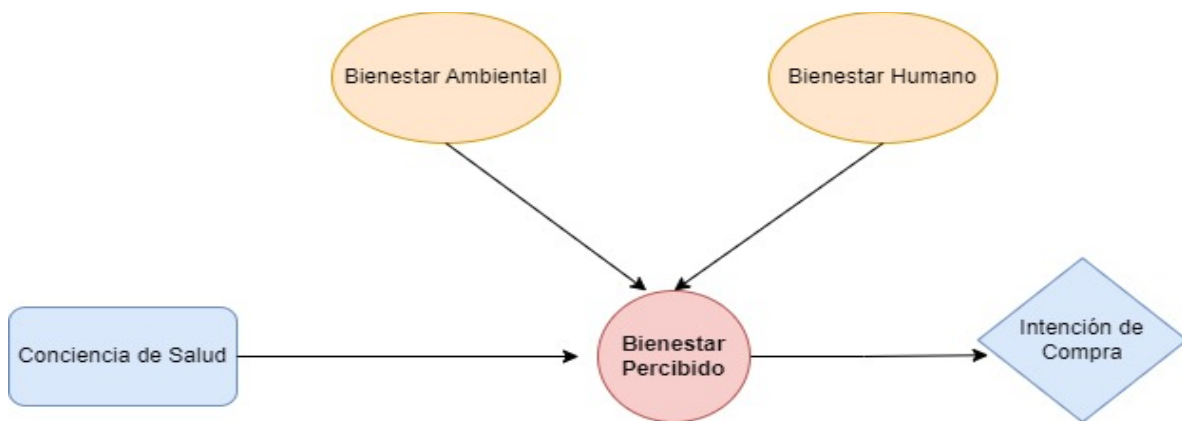
Luego de analizar los instrumentos mencionados anteriormente y en base al marco teórico, se construye un instrumento en el cual se mide la intención de compra de los servicios de bienestar a partir del bienestar percibido de los mismos. El instrumento fue un formulario, denominado formulario *wellness* (Anexo 1), el cual se aplicó en el escenario nacional para residentes mexicanos. El método de confección del mismo será abordado en el siguiente capítulo.

Capítulo 3. Método:

En este capítulo se abordará la metodología seguida para el lograr los objetivos propuestos para esta investigación, de forma tal que el lector comprenda cómo a partir del análisis del contexto y la revisión teórica se definieron las variables que miden intención de compra; así como la forma en la que cada una de ellas se midió. La figura ocho muestra la caracterización del fenómeno de estudio

Figura 8

Caracterización del fenómeno de estudio



Nota. Elaboración Propia

Participantes:

Se consideraron como público objetivo de esta investigación los residentes en México entre los 25 y 75 años de edad, de sexo indistinto. En la etapa preliminar o pilotaje se tomó como base la respuesta de 128 encuestados.

Tamaño de la muestra:

Con base a los resultados publicados en el compendio estadístico de turismo en México (Datsur, (2021) en el compendio estadístico de turismo en México 2021, se puede afirmar que no existen datos que midan el consumo interno de los productos de turismo de salud en México, por lo cual el y, en consecuencia, el tamaño de la población no es conocido. Derivado de lo anterior se calculó el tamaño de la muestra considerando una población infinita, con una certeza del 90% y un error del 5% que de acuerdo con Rodríguez (2005), es uno

de los valores más comunes en las investigaciones sociales, lo que arrojó un total de 273 para la toma de datos. En la investigación se logró la meta de la población requerida

Escenario:

Derivado que el procedimiento de administración de las encuestas fue de auto relleno, dio la posibilidad de tomar como escenario a todo el país que abarca 32 estados, por lo cual se considera una investigación de alcance nacional, considerando la totalidad de los estados de la República Mexicana.

Diseño:

Se utilizó una investigación de diseño transversal, no experimental, descriptiva, de carácter correlacional. Para ello confeccionó un formulario de auto relleno aplicado con la técnica en forma de bola de nieve.

Instrumento:

El instrumento elaborado fue un cuestionario compuesto por 38 ítems, de los cuales 20 fueron enfocados en la variable bienestar percibido, con 10 de ellos se midió la dimensión bienestar ambiental, y los otros 10 midieron el bienestar humano. Mientras que, de los 18 ítems restantes, midieron las variables independientes, 6 ítems para intención de visita y 6 para disposición a pagar, los otros 6 ítems midieron la variable interviniente, conciencia de salud.

Los ítems fueron evaluados en escala Likert de 5 puntos, que van desde 1 (totalmente desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Para una mayor coherencia en la adecuación se realizó el proceso de traducción y re traducción, para cada uno de los instrumentos adaptados, que se encontraban en idioma original inglés, mismo que se explica a detalle en los párrafos subsecuentes.

Para comenzar el análisis se presenta la tabla seis en la que se muestra la operacionalización de las variables estudiadas.

Tabla 6*Operacionalización de las variables*

Variable	Dimensión	Indicador	Ítems	Total, de ítems
Conciencia de Salud		Escala de la autoconciencia	4.1;4.2;4.3;4.4;4.5;4.6	6
Bienestar Percibido	Bienestar Ambiental	Satisfacción del entorno	3.1;3.2;3.3;3.4;3.5;3.6;3.7;3.8;3.9;3.10	10
	Bienestar Mental	Satisfacción Psicológica	3.11;3.12;3.13;3.14;3.15	5
	Bienestar Físico	Satisfacción física	3.16;3.17;3.18;3.19;3.20	5
Intención de Compra	Intención de Visita	Comportamiento Planificado	4.7;4.8;4.9;4.10;4.11;4.12	6
	Disposición a Pagar	Comportamiento Planificado	4.13;4.14;4.15;4.16;4.17;4.18	6

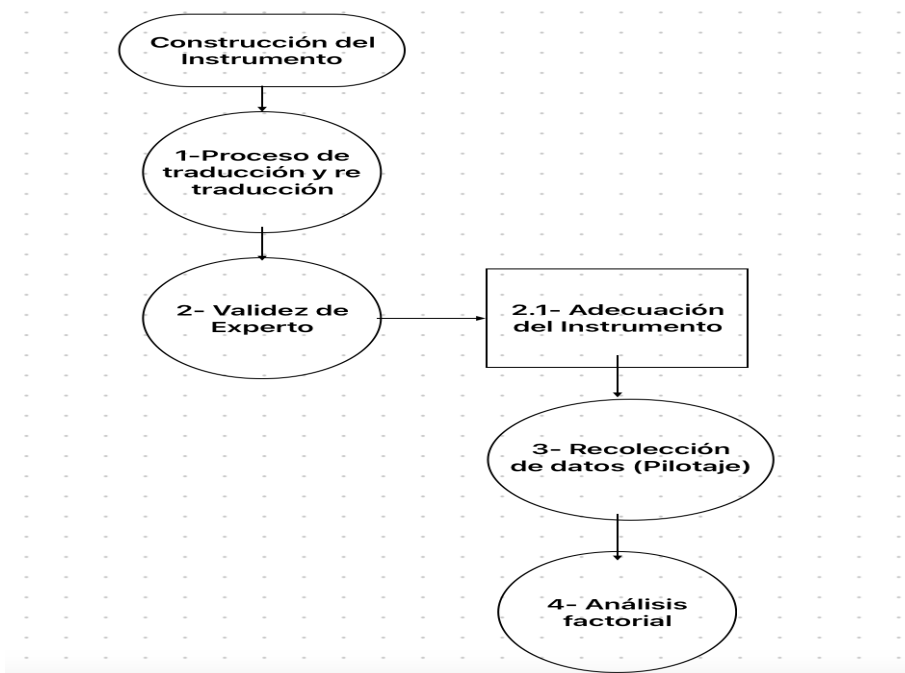
Nota. Elaboración propia.

Procedimiento.

El estudio se realizó en varias fases, dado que, como se ha comentado fue necesario adaptar y traducir instrumentos, por lo que, a continuación, se describe el procedimiento de cada una de las fases desarrolladas, la imagen nueve muestra el diagrama de las fases, para lograr una mejor comprensión del orden en el cual se analizaron los datos.

Figura 9

Diagrama de fases de construcción del instrumento



Nota. Elaboración propia.

Fase 1. Proceso de traducción y re traducción:

Para realizar la adaptación de los instrumentos se realizó el proceso de traducción y re traducción de acuerdo con Vadelamar & Sanchez (2017), por lo cual se colaboró con dos nativos americanos, que el español es su segunda lengua y no tenían conocimiento previo del tema; por otra parte, para el proceso de re traducción se contó con la ayuda de dos hispano-hablantes con conocimientos del idioma inglés como segunda lengua. Ambos resultados fueron comparados y se consiguió la equivalencia de los instrumentos. La tabla 7 muestra los instrumentos que fueron traducidos al español desde su idioma original.

Tabla 7*Instrumentos para el proceso de traducción*

Variable	Autores	Nombre del Instrumento	Contexto en el que se utiliza	Fiabilidad (Alfa de Cronbach)
Bienestar Percibido	Geng-qing et. al., (2020)	Modelo Estructural para Test de Validez Nomológica	Turismo de Bienestar. China	0.9
Conciencia de Salud	Teng & Lu (2016)	Motivos de Consumo e Intención de Comportamiento	Alimentos Orgánicos. Taiwan	0.907
Disposición a Pagar	Hwang & Lee (2018)	Impacto del ecoturismo	Ecoturismo. Corea del Sur	0.926

Nota. Elaboración propia.

Fase 2. Validez de experto:

Para realizar la validez, se contó con la ayuda de siete jueces expertos en temas de ciencias administrativas, quienes realizaron un exhaustivo análisis de las apreciaciones cualitativas del instrumento, evaluando temas como la congruencia de los ítems, amplitud de contenido, redacción, claridad y pertinencia. Se evaluó con una escala de 4 puntos, donde el mayor valor era 4 y el menor 1; se midió la suficiencia, claridad, coherencia y relevancia de los ítems.

Para analizar los datos de la evaluación de expertos se empleó la ecuación de Lawshe (1975), donde se estimaron adecuadamente los elementos que cumplieron con la totalidad de los requisitos establecidos, cuidando las recomendaciones realizadas por los expertos, en materia de redacción para mejorar la comprensión del instrumento. Parcialmente se adecuaron los elementos que exigieron algunos cambios o eran inadecuados en relación con los criterios medidos. Los resultados se muestran posteriormente.

Fase 3. Recolección de datos:

Para esta fase se aplicaron 128 encuestas de la muestra definitiva, para realizar la prueba de validez mediante factor. Debido a la situación geográfica de la región la aplicación de la encuesta fue aplicada de forma auto llenado, mediante la creación del formulario en Google Forms. Se utilizaron dos herramientas fundamentales para su aplicación, (i) mediante la aplicación de encuesta por correo electrónico, donde los encuestados podrán acceder al formulario desde su correo electrónico, o enlaces en redes sociales como *Facebook* o *Twitter*, lo cual será de forma anónima, precisa.

Resultados Preliminares:

Resultados de la fase 2:

A continuación, la tabla 8 muestra el resumen de los valores obtenidos en la validez de expertos, obteniendo una validez de contenido promedio de 0.96, la cual confirmando su que la validez de contenido es aceptable, pues el valor obtenido se encontraba por encima de 0.58 (Tristan-Lopez, 2008). Los ítems de menor valor promedio (0.87) de fiabilidad fueron los de la dimensión de bienestar físico, los cuales los expertos propusieron cambios en la redacción, para poder ser entendido con mayor claridad.

En resumen, de acuerdo a con la evaluación de fiabilidad por juicio de expertos, el instrumento es claro y coherente, además mide los aspectos y parámetros esenciales de cada uno de los ítems. No fue rechazado ninguno de los ítems por tener bajo nivel de contenido, y las sugerencias para realizar modificaciones en la redacción fueron aceptadas para mejorar la claridad de la encuesta.

Tabla 8*Resultado de validez de experto*

ÍTEMS	Sx1	Mx	CVC _i	Pe _i	CVC _{tc}
BA1	110	6.88	0.98	0.00000	0.98
BA2	105	6.56	0.94	0.00000	0.94
BA3	104	6.50	0.93	0.00000	0.93
BA4	110	6.88	0.98	0.00000	0.98
BA5	109	6.81	0.97	0.00000	0.97
BA6	109	6.81	0.97	0.00000	0.97
BA7	111	6.94	0.99	0.00000	0.99
BA8	83	5.19	0.74	0.00000	0.74
BA9	111	6.94	0.99	0.00000	0.99
BA10	107	6.69	0.96	0.00000	0.96
BM1	108	6.75	0.96	0.00000	0.96
BM2	109	6.81	0.97	0.00000	0.97
BM3	110	6.88	0.98	0.00000	0.98
BM4	98	6.13	0.88	0.00000	0.87
BM5	97	6.06	0.87	0.00000	0.87
BF1	97	6.06	0.87	0.00000	0.87
BF2	97	6.06	0.87	0.00000	0.87
BF3	109	6.81	0.97	0.00000	0.97
BF4	110	6.88	0.98	0.00000	0.98
BF5	110	6.88	0.98	0.00000	0.98
CS1	109	6.81	0.97	0.00000	0.97
CS2	111	6.94	0.99	0.00000	0.99
CS3	111	6.94	0.99	0.00000	0.99
CS4	104	6.50	0.93	0.00000	0.93
CS5	111	6.94	0.99	0.00000	0.99
CS6	110	6.88	0.98	0.00000	0.98
IV1	110	6.88	0.98	0.00000	0.98
IV2	110	6.88	0.98	0.00000	0.98
IV3	110	6.88	0.98	0.00000	0.98
IV4	111	6.94	0.99	0.00000	0.99
IV5	112	7.00	1.00	0.00000	1.00
IV6	112	7.00	1.00	0.00000	1.00
DP1	107	6.69	0.96	0.00000	0.96

DP2	109	6.81	0.97	0.00000	0.97
DP3	112	7.00	1.00	0.00000	1.00
DP4	111	6.94	0.99	0.00000	0.99
DP5	102	6.38	0.91	0.00000	0.91
DP6	111	6.94	0.99	0.00000	0.99
					36.40
					0.96

Nota. Elaboración propia

Resultado de la fase 3:

Para realizar el análisis factorial se tomó como base 128 encuestas del piloto. Estas encuestas arrojaron los siguientes resultados analizados mediante la técnica de análisis factorial de componentes principales, en el cual se realizó la transformación del conjunto original de variables, en otro conjunto de nuevas variables denominado conjunto de componentes principales, donde se calcula la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), la varianza total explicada y el coeficiente del alfa de Cronbach del instrumento.

Para evaluar el modelo de investigación se obtuvo la validez interna de los constructos mediante un análisis factorial exploratorio (AFE). El resultado del mismo cargó en cuatro componentes, con base en la interpretación de la estructura factorial subyacente en la escala, la primera dimensión se etiquetó como bienestar ambiental (BA1, BA2, BA3, BA4, BA5, BA6, BA7, BA8, BA9, BA10), compuesta por ítems que representan el bienestar que genera el entorno en instalaciones que ofrecen servicios wellness.

El segundo componente se etiquetó como intención de compra de servicio (ICS1, ICS2, ICS3, ICS4, ICS5, ICS6, ICS7, ICS8, ICS9), este componente es la unión original de las variables intención de visita y disposición a pagar, las cuales cargaron en el mismo factor por sus características similares. Mientras que el tercer componente se etiquetó como bienestar humano (BH1, BH2, BH3, BH4, BH5, BH6, BH7, BH8) compuesto por ítems de las dimensiones bienestar mental y bienestar físico. Por último, el cuarto componente fue el de conciencia de salud

(CS1, CS2, CS3, CS4, CS5, CS6) compuesto por ítems que involucran la autoconciencia en la toma de decisiones en servicios que ofrecen bienestar.

La tabla 9 muestra la matriz de componentes rotados, donde se realizó el análisis factorial exploratorio del instrumento creado para verificar su validez y fiabilidad. Para ello se utilizaron los métodos de extracción: análisis de componentes principales y el método de rotación: varimax con normalización Kaiser. Estos factores revelaron que existe una adecuada intersección entre los ítems (KMO= 0.920; Bartlett= 5599.92; $p < .000$), el porcentaje de varianza total acumulada es 79.36 %. Así mismo, los ítems tienen cargas factoriales superiores a 0.6, los cuales se consideran significativos por ser superiores a 0.5, por lo que se está cumpliendo la validez y la fiabilidad de escala del instrumento cuantitativo (Tabachnick y Fidell, 2018a), y un alfa de cronbach de 0.92.

Tabla 9

Análisis factorial exploratorio

	Bienestar Ambiental	Intención de compra de servicio	Bienestar humano	Consciencia de salud
BA5	.868	.119	.264	.149
BA9	.834	.269	.149	.154
BA10	.832	.280	.200	.154
BA6	.831	.135	.306	.186
BA8	.828	.216	.175	.123
BA2	.822	.132	.332	.223
BA7	.820	.246	.232	.207
BA1	.806	.182	.299	.227
BA3	.806	.148	.335	.150
BA4	.797	.091	.234	.141
ICS1	.150	.817	.221	.175
ICS2	.223	.806	.226	.177
ISC3	.127	.801	.134	.193
ISC4	.146	.773	.185	.075
ISC5	.148	.772	.164	.174
ISC6	.114	.759	.149	.226
ISC7	.139	.747	.260	.165
ISC8	.212	.712	.131	.065
ISC9	.247	.663	.296	.148

BH1	.239	.167	.847	.047
BH2	.206	.273	.823	.079
BH3	.228	.184	.806	.079
BH4	.261	.277	.803	.047
BH5	.361	.223	.775	.097
BH6	.258	.205	.766	.029
BH7	.399	.265	.684	.098
BH8	.388	.272	.645	.184
CS3	.164	.131	.115	.857
CS5	.173	.142	.005	.853
CS4	.237	.161	.009	.835
CS1	.143	.216	-.011	.823
CS6	.163	.338	.147	.761
CS2	.232	.161	.235	.750

Nota. Elaboración con base en análisis estadístico realizado en SPSS

Una vez corroborada la validez del instrumento, se realizó la última fase, en el cual aplicó el instrumento, considerando los cambios correspondientes en el orden de los ítems a la muestra objetiva. Los datos fueron analizados de forma tal que se lograron obtener los resultados de la investigación, los cuales se muestran y explican en el siguiente capítulo.

Capítulo 4: Resultados.

En este apartado se presenta el análisis de los resultados obtenidos a partir de la recolección de datos de la encuesta, para el análisis estadístico se utilizó como herramienta el programa Statistical Package for the Social Sciences versión 12.2 (IBM SPSS) con el fin de lograr contrastar las hipótesis.

4.1 Perfil de la población.

De acuerdo con Hernández et al (2010), el primer paso para poder realizar un análisis cuantitativo es la exploración de los datos de la muestra a través de la estadística descriptiva, para proceder a la estadística inferencial. Es por lo anterior que durante la primera fase del análisis de los datos realizó la descripción de la muestra, a través de las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) en concordancia con el nivel de medición de cada variable. Así como las medidas de variabilidad (desviación estándar, varianza y coeficiente de variación) para aquellos indicadores con un nivel de medición de intervalo y de razón.

Además, la descripción de los datos se hizo de forma gráfica, para que su interpretación resulte más clara, esto a través de histogramas de frecuencias. Los datos arrojados y/o interpretados gráficamente, sirvieron para caracterizar la población respecto a las variables establecidas. En este apartado se presentan las características generales de la muestra recopilada, que se consideró como base para poder caracterizar el fenómeno de estudio.

4.1.1 Género

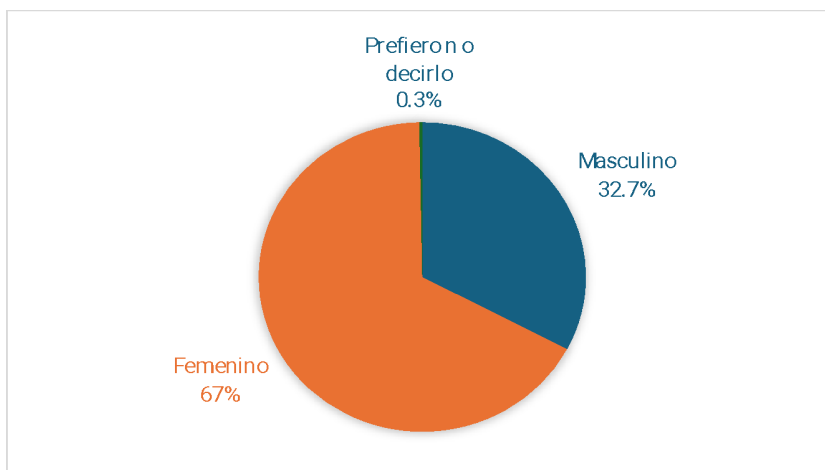
De las 273 encuestas validas, se encontró que el 67% del total de la muestra respondía al sexo femenino, mientras que el 32.6% del sexo masculino y solo el 0.4% prefirió no decirlo.

El 40% de la muestra pertenece al Estado de Baja California, la proporción de hombres (50.4%), excede a la de mujeres (49.6%), en un porcentaje discreto, por lo que no se puede decir que la composición de la muestra por género en el

muestreo no fue homogénea; sino que predomina el género femenino, como se aprecia en la Figura 10.

Figura 10

Género de la muestra



Nota. Elaboración con base en análisis estadístico realizado en SPSS

4.1.2 Edad

Con respecto a la distribución por edades, como se muestra en la tabla 10, el promedio fue de 35 años, con un mínimo de 25 años y un máximo de 67; dando un rango de 42 años. Sin embargo, si hablamos de edad, no podemos simplemente plasmar los resultados en números, sino que es necesario estar al tanto de las generaciones que abarca este rango, (Baby Boomers, Generación X y Millenials), las cuales serán explicadas a detalle y por tanto sus preferencias turísticas para ser capaz de segmentar el mercado adecuadamente.

Tabla 10

Distribución de edad de la muestra

N	Válido	273
	Perdidos	0
Media		35
Moda		25
Rango		42
Mínimo		25
Máximo		67

Nota. Elaboración con base en análisis estadístico realizado en SPSS

4.1.2.1 Baby Boomers y sus preferencias:

Esta generación como plantea DÍA-Sarmiento et al., (2017), surge entre los años de 1946 y 1964, después de la segunda guerra mundial. Se clasifican como inmigrantes digitales, pues nacieron en épocas anteriores al uso del internet; sin embargo, muchos se han adaptado con éxito a la tecnología y la utilizan de manera flexible a su vida laboral.

De acuerdo con Li et al., (2013), los baby Boomers prefieren un tipo de turismo donde se le da más importancia a la calidad y el confort del alojamiento, que a la calidad del servicio y la seguridad del destino. En cuanto a las actividades turísticas prefieren los festivales locales, experiencias de turismo comunitario y recorridos en el campo. En la investigación el 3% de la muestra pertenecía a este grupo generacional.

4.1.2.2 Generación X y sus preferencias turísticas

Por su parte las personas de la generación X son aquellas nacidas entre 1964 y 1981. Según Kotler y Keller (2012), esta generación forma parte de la brecha intergeneracional, por lo cual comparte algunas características similares con los Baby Boomers, su generación antecesora. Esta generación, sin embargo, es la que más está dispuesta a gastar en turismo, recreación y comida. Valoran los lugares seguros, las vacaciones cortas, el turismo relajante y no son amantes de las excursiones. El 23% de la muestra pertenece a esta generación.

4.1.2.3 Millenials y sus preferencias turísticas

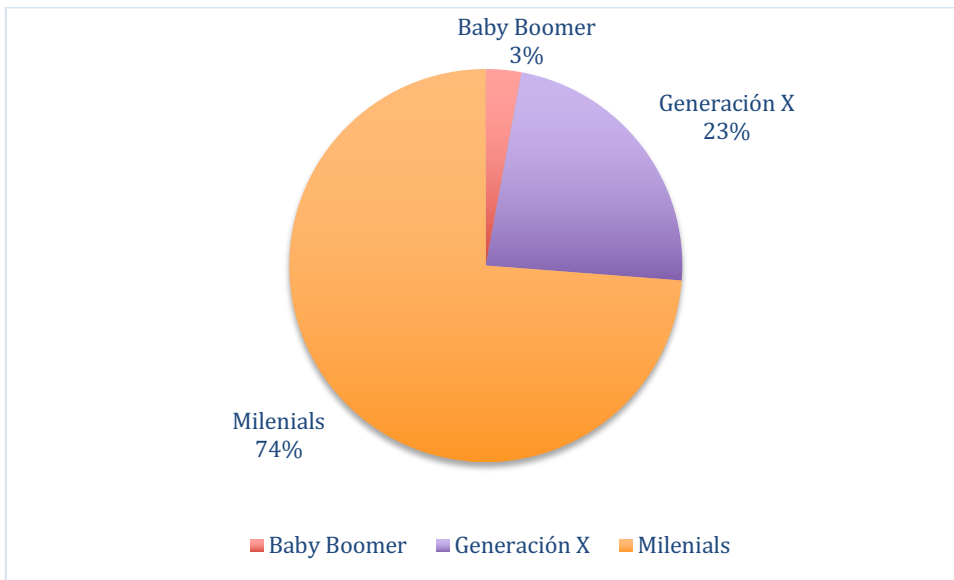
Son los nacidos entre 1982 y 1998, es la generación que vivió el surgimiento del internet, la tecnología es parte fundamental de su vida y no conciben un viaje sin internet o smartphone. De acuerdo con la Organización mundial del turismo (OMT), representan el 87% de la fuerza turística a nivel mundial con alrededor de 300 millones de viajeros en el año 2020 (OMT, 2021). Por su parte con Li et al., (2013), afirma que esta generación es muy variada de acuerdo a con sus preferencias de consumo turístico, pero uno de los puntos de contacto es que no busca turismo masivo, sino atención personalizada, y se sienten más atraídos hacia conceptos no tan comunes de turismo, como lo son el

sustentable, de aventuras, ecológico, etc. Representa el mayor grupo de la muestra con el 74% de la misma.

La figura 11 muestra la distribución de los grupos generacionales de la muestra.

Figura 11

Distribución generacional de la muestra



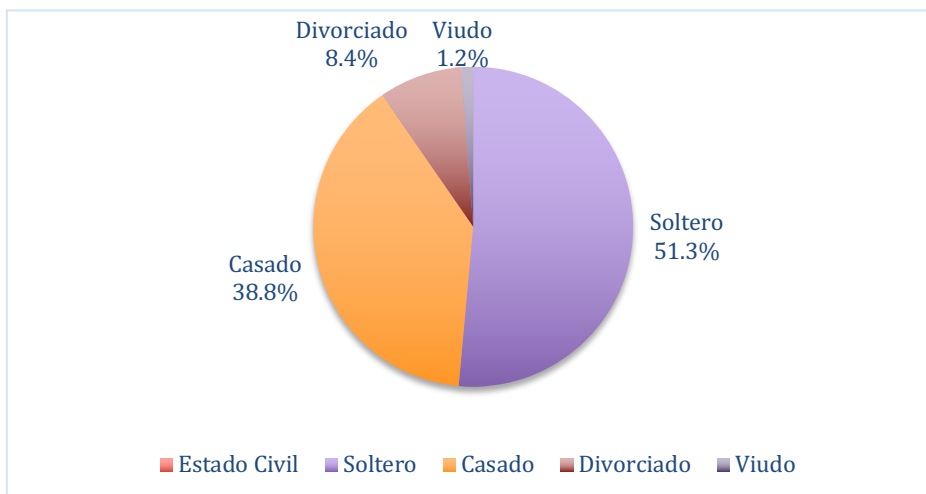
Nota. Elaboración propia a partir de resultados de la encuesta

4.1.3 Estado Civil

En cuanto al estado civil, el 51.3% del total de los encuestados se encontraba soltero, el 38.8% casado, mientras que el 8.4% su estado civil era divorciado y el 1.5% restante viudo como se muestra en la figura 12.

Figura 12.

Estado civil de la muestra



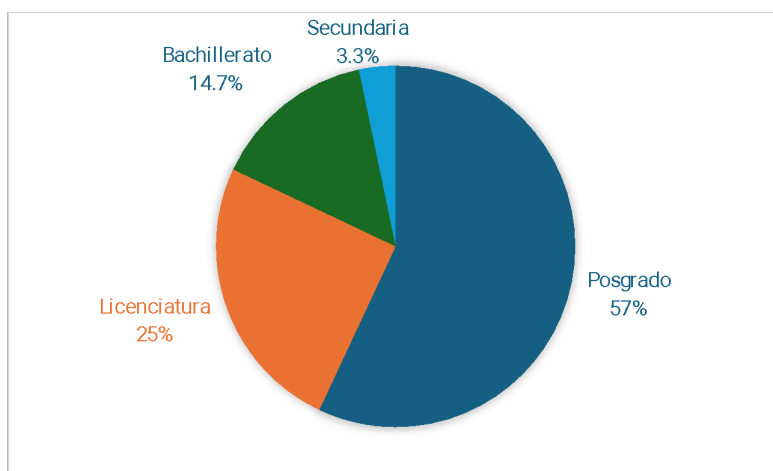
Nota. Elaboración con base en análisis estadístico realizado en SPSS

4.1.4 Último grado académico alcanzado

Con respecto al grado de estudios el 57% del total de la muestra tiene un nivel de educación de licenciatura, mientras que el 25% de posgrado, el 14.7% tienen un nivel académico alcanzado de bachillerato y solo el 3.3% tienen secundaria terminada, como se muestra la figura 13. Lo cual indica que las personas interesadas en consumir servicios turísticos tienen un mayor nivel de preparación académica, pues en México el nivel académico promedio es el Bachillerato. En teoría era de esperarse este dato, dado que a mayor nivel educativo mayor ingreso, que es un requisito para poder ejercer el turismo.

Figura 13

Nivel académico



Nota. Elaboración con base en análisis estadístico realizado en SPSS

4.1.5 Ocupación

De las 273 encuestas realizadas, el 58% de los sujetos de análisis son empleados de tiempo completo, en contraste, el 19% son emprendedores, el 12% estudiantes, mientras que las amas de casa representan el 6% de la muestra, los empleados de medio tiempo el 4% y los desempleados el 1% del total de la muestra, como se observa en la tabla 11.

Tabla 11

Ocupación de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	33	12
Ama de Casa	18	6
Desempleado	2	1
Emprendedor	51	19
Empleado de Tiempo Completo	158	58
Empleado de medio tiempo	11	4
Total	273	100.0

Nota. Elaboración con base en análisis estadístico realizado en SPSS

4.1.6- Nacionalidad y estado donde reside

Con respecto a la nacionalidad, el 93% de los residentes eran mexicanos, y solamente el 7% tenían otras nacionalidades pero eran residentes en México. Debido al uso de la técnica “bola de nieve” para la forma de la aplicación de la encuesta usando muestreo en forma de bola de nieve, su alcance fue a nivel nacional, ya que los encuestados residían en varios estados de la República Mexicana, como se puede observar en la tabla 12, siendo el estado de Baja California el que aporta mayor proporción con el 41% de los encuestados.

Tabla 12

Estado de Residencia de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje
Aguascalientes	3	1.1
Baja California	111	40.7
Baja California Sur	19	7.0
Chiapas	6	2.2
Chihuahua	9	3.3
Ciudad de México	20	7.3
Estado de México	8	2.9
Guanajuato	4	1.5
Guerrero	3	1.1
Hidalgo	2	.7
Jalisco	6	2.2
Michoacán	2	.7
Morelos	9	3.3
Nayarit	3	1.1
Nuevo León	11	4.0
Oaxaca	15	5.5
Puebla	7	2.6
Querétaro	1	.4
Quintana Roo	11	4.0
San Luis Potosí	3	1.1
Sinaloa	3	1.1
Sonora	2	.7
Tabasco	1	.4
Tamaulipas	3	1.1
Tlaxcala	8	2.9
Veracruz	1	.4
Zacatecas	1	.4
Total	273	100.0

Nota. Elaboración con base en análisis estadístico realizado en SPSS

4.1.8- Nivel Socioeconómico

En México, el nivel socioeconómico (NSE) se mide a través de la regla AMAI 10X6, un índice que clasifica a los hogares en seis niveles, considerando nueve características o posesiones del hogar y la escolaridad del jefe de familia o persona que más aporta al gasto. La asociación mexicana de agencias de inteligencia de mercado y opinión (AMAI) es la encargada de establecer los niveles socioeconómicos en México, y revisa cada dos años los resultados de la encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares (ENIGH) junto con el comité de nivel socioeconómico para calcular la distribución de los hogares de acuerdo al NSE. La tabla 13 muestra la clasificación de las seis variables de medición y su puntaje, de acuerdo con la regla aprobada en 2022.

Tabla 13

Clasificación de Nivel socioeconómico según la regla 10x6.

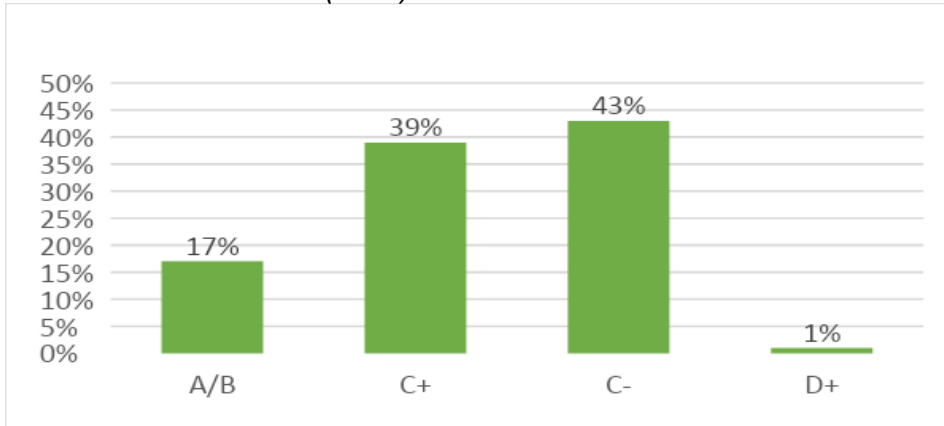
Clasificación	NSE	Puntos para clasificación
Nivel de vida más alto	A/B	202+
Buena calidad de vida	C+	168 a 201
Nivel de vida medio	C-	141 a 167
Nivel de vida bajo	D+	95 a 115
Mala calidad de Vida	D	48 a 94
Pobreza extrema	E	0 a 47

Nota. Elaboración propia basado en Nota metodológica AMAI (2022).

Al realizar el cálculo de las variables de acuerdo con la AMAI (2022), se obtiene como resultado que el 17% de la muestra pertenece al NSE A/B, mientras que el 39% pertenece al nivel C+, el mayor porcentaje se encuentra en la clase C- con el 43% de la muestra y solo el 1% se encontraba dentro del rango de la clase D+, como se puede observar en la figura 14. Por lo tanto, se puede asegurar que, al ser una mayor proporción de la muestra perteneciente al nivel de vida medio, lo significa que los participantes tenían la opción de elegir opciones turísticas, pues contaba con los recursos para realizar dicha elección.

Figura 14

Nivel socioeconómico (NSE) de la muestra



Nota. Elaboración con base en análisis estadístico realizado en SPSS

4.1.9 Días de vacaciones y cantidad de veces que viajan al año

En cuanto a los días de vacaciones de los encuestados, el mínimo de días contestado fue de 1 día por el 1.8% de la muestra y el máximo 110 días por el 0.4% del total de la muestra. La mayor cantidad de la muestra (el 12.5%) contaban con 12 días de vacaciones, siendo el valor medio de días de vacaciones de 19 días. Cabe mencionar que, a pesar de las reformas a Ley Federal del Trabajo, las cuales entraron en vigor en enero del 2023, México es el país con menos días de vacaciones pagadas y más horas de trabajo en América, en la actualidad el mínimo de vacaciones en México es de 12 días, después de 1 año de trabajo, según plantea la organización para la cooperación y desarrollo económico [OCDE], (2022).

Mientras sobre el tema de la cantidad de veces que viajan en un año, el 6% de la muestra contestó que no realiza ningún viaje, mientras que el 0.4% contestó que viaja hasta 15 veces en un año. Sin embargo, la mayor cantidad de los encuestados (35%) contestaron que viajan una vez al año, y el valor medio de cantidad de viajes al año es de dos veces. Generalmente los residentes mexicanos aprovechan los puentes o fines de semana largos para hacer viajes cortos de 2 al menos noches. La tabla 14 muestra la relación existente entre la cantidad de días de vacaciones y la cantidad de viajes realizados en el año.

Tabla 14

Cantidad de días de vacaciones y viajes realizados en un año.

Días de Vacaciones	Veces que viaja	Frecuencia
1-3	0	15
4-8	1	95
10-22	2	93
22-30	3	32
31-40	4	19
45	5	13
47	6	1
50	8	2
90	10	2
110	15	1

Nota. Elaboración con base en análisis estadístico realizado en SPSS

4.1.10 Qué busca en la vacaciones y tipo de turismo que prefiere

Como se comentó con anterioridad la intención es una de los fundamentos más explicados por la teoría de comportamiento planificado de Ajzen. Es por este motivo que es importante conocer qué tipo de turismo prefieren los consumidores y lo que buscan en sus vacaciones, lo cual constituye un punto fundamental para analizar qué tan interesados se encuentran en el consumo de los servicios que brinda el turismo de bienestar o *wellness*.

Con respecto a lo que buscan los residentes en sus vacaciones el 56% de los encuestados respondieron que deseaban relajarse, mientras que el 30% afirmó que conocer nuevos lugares. Junto a esto el 7% de la muestra querían disfrutar nuevas experiencias, el 4% construir momentos inolvidables y el 3% estaban enfocados en el cuidado mental.

De igual manera, conforme al tipo de turismo que desean practicar, el 37% de la muestra se decidió por el turismo de sol y playa (el cual es la forma de turismo más común o tradicional dentro de la sociedad), mientras que el 23% prefiere practicar un turismo familiar, el 17% de aventura, el 10% ecoturismo. Por su parte el 6% de los encuestados optó por un turismo gastronómico, el 3% por el

rural y el 4% están abiertos a otros tipos de turismo. La tabla 15 muestra la relación entre estas dos variables.

Tabla 15

Relación entre el tipo de turismo que desean practicar y lo que buscan de sus vacaciones de la muestra

Tipo de Turismo	Vacaciones	Frecuencia
Sol y playa	Relajarse	100
Familiar	Momentos inolvidables	62
Aventuras	Conocer nuevos lugares	46
Ecoturismo	Conocer nuevos lugares	28
Gastronómico	Tener nuevas experiencias	17
Rural	Cuidado mental	8
Otros	Relajarse	11

Nota Elaboración con base en análisis estadístico realizado en SPSS

4.2- Baremos.

Los baremos son herramientas que permiten transformar los valores de los ítems en una nueva puntuación transformada, que expresa la posición relativa de una muestra y facilita la interpretación de la misma (Meliá, 2020).

En este caso los baremos fueron denominados como bajo, medio y alto, para cada uno de los indicadores y se realizó con la suma de cada una de las preguntas que medían los indicadores. En la tabla 16 se puede observar los baremos de cada una de las variables descritas, utilizando el método de percentiles.

Tabla 16

Baremos de las variables medidos a través del cuestionario

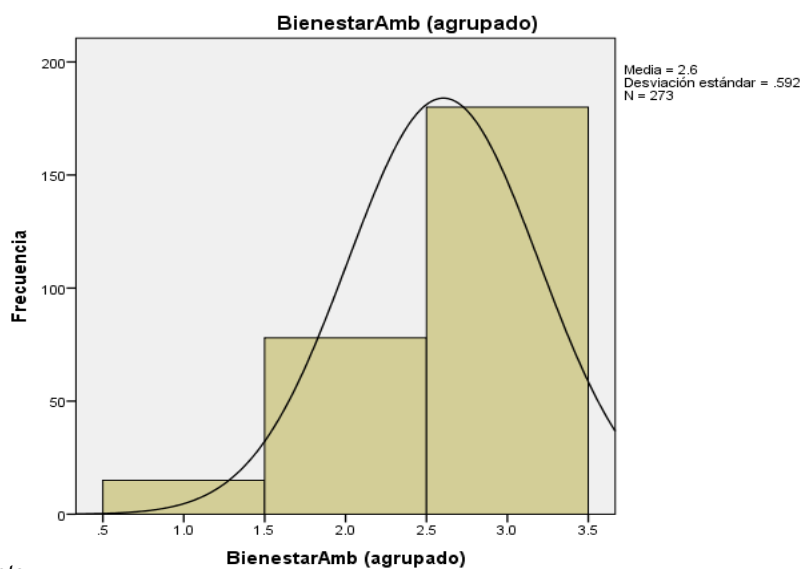
Bienestar Ambiental	%	Bienestar Humano	%	Conciencia de Salud	%	Intención de Compra	%
Bajo: 10-23	6	Bajo: 7-16	14	Bajo: 6-14	4	Bajo: 9-21	8
Medio: 24-37	29	Medio: 17-26	36	Medio: 15-22	27	Medio: 22-33	38
Alto: 38-50	65	Alto: 27-35	50	Alto: 23-30	69	Alto: 34-45	54

Nota. Elaboración con base en análisis estadístico realizado en SPSS.

Como muestra la tabla 16, la variable bienestar ambiental la cual se encuentra conformada por diez ítems y dividida entre tres baremos, el bajo que abarca desde 10 a 23 puntos, el cual obtuvo el 6% de la muestra, el medio de 24 a 37 con el 29% de la muestra y por último el nivel alto de 38 a 50, con el 65% de la muestra restante. Por lo que se puede decir que la variable Bienestar Ambiental se coloca en un nivel de baremo alto, como se evidencia en la figura 15.

Figura 15

Baremo de la variable bienestar ambiental



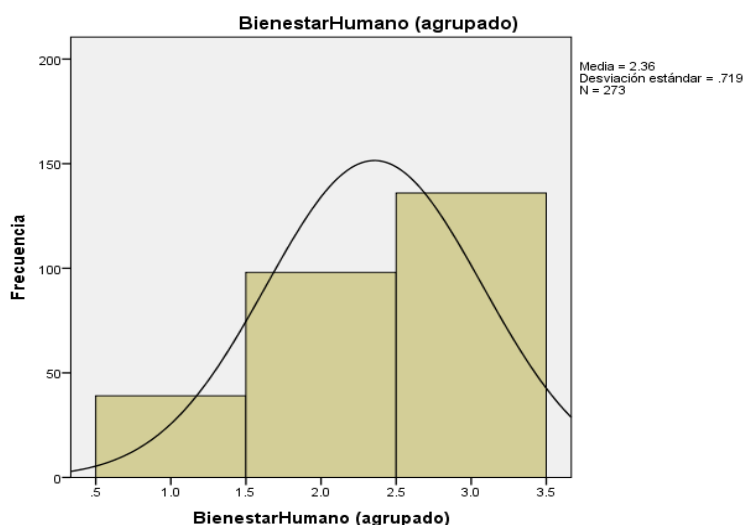
Nota

Elaboración con base en análisis estadístico realizado en SPSS

De igual manera la variable bienestar humano, por su parte, presenta siete ítems y se divide en baremos bajo que va desde los 7 a los 16 puntos, la cual ocupa el 14% de la muestra; medios desde 17 a 26 con el 36% y por último alto desde 27 a 35 puntos la cual presenta el 50% restante. Una vez analizada esta variable al tener el mayor porcentaje de la muestra en el nivel alto; coloca en el nivel de baremo alto como muestra la figura 16.

Figura 16

Baremo de la variable bienestar humano

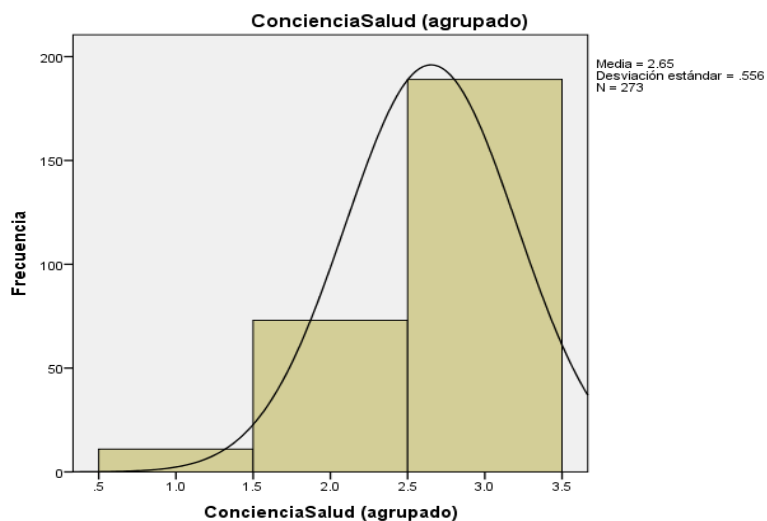


Nota · Elaboración con base en análisis estadístico realizado en SPSS

Por su parte, la conciencia de salud está conformada por seis ítems, los que se miden a nivel bajo con puntuaciones desde 6 a 14, la cual presenta el 4% de la población; su nivel medio de 15 a 22 con el 27% y su nivel alto va desde 23 a 30 puntos, dando como resultado un alto nivel de baremo con el 69% de la muestra. Como se indica en la figura 17.

Figura 17

Baremo variable conciencia de salud

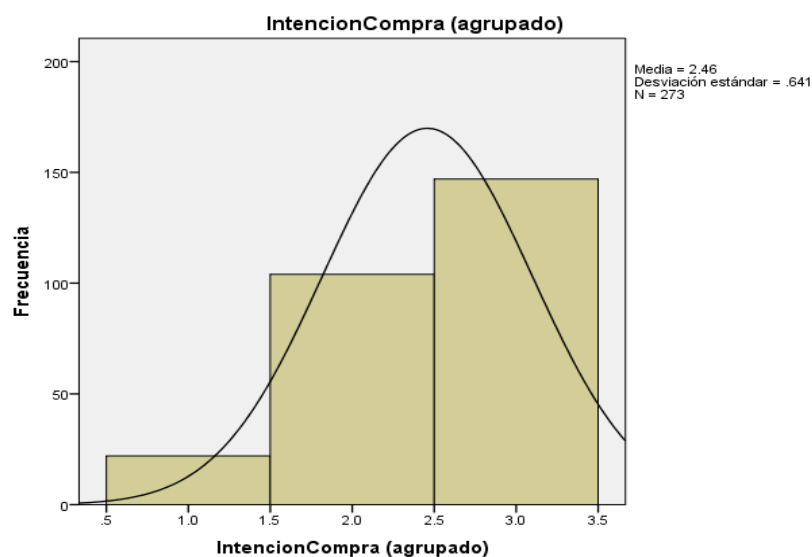


Nota. Elaboración con base en análisis estadístico realizado en SPSS

Con respecto a la variable intención de compra, presenta en su composición nueve ítems y se mide en nivel bajo con puntuaciones desde 9 a 21 puntos, en este nivel se acumula el 8% de la muestra, medio desde 22 a 33 con el 38% y alto desde 34 a 45 puntos con el 54%; en este caso se puede afirmar que la variable presenta un nivel de baremo alto con la mayor cantidad de la muestra, como se aprecia en la figura 18.

Figura 18

Baremo variable intención de compra



Nota. Elaboración con base en análisis estadístico realizado en SPSS

4.3- Prueba de normalidad

Muchos métodos de análisis estadísticos tales como el análisis multivariado de la varianza, el análisis de componentes principales, correlación, entre otros, requieren el cumplimiento del supuesto de normalidad multivariada de las variables de estudio, ya que la comprobación de ciertos supuestos de normalidad podrían brindar resultados confiables, y el análisis de las hipótesis planteadas.

Para verificar si un conjunto de datos proviene de una distribución normal multivariada se puede hacer uso de gráficos (procedimientos descriptivos) o de pruebas estadísticas (procedimientos inferenciales).

Si bien es cierto que los métodos gráficos son más fáciles de interpretar, las pruebas estadísticas nos permiten una mejor generalización de los resultados. Para poder distinguir entre realizar una prueba paramétrica o una no paramétrica, es necesario de acuerdo a con los autores cumplir con tres supuestos.

- 1) Que la distribución de la variable dependiente sea normal.
- 2) Que el nivel de medición de las variables sea por intervalos o razón.
- 3) Cuando se estudian dos o más poblaciones, la varianza del error condicional a las variables explicativas es constante a lo largo de las observaciones, es decir cumpla con el criterio de homocedasticidad.

Algunos autores destacan la rigurosidad de estos criterios, y otros sólo basan su análisis en el tipo de hipótesis a probar y en los niveles de medición de las variables, pero sugieren que en la investigación académica si debe solicitarse dicho rigor (Hernández et al., 2010).

4.3.1 Prueba de Kolmogórov-Smirnov (KS)

Con base en el fundamento explicado anteriormente, se establece la importancia de realizar la prueba de normalidad para verificar si las variables se ajustan a pruebas paramétricas. En la presente investigación se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov (KS), dado que es la que suele recomendarse a usar en grupos de muestra mayores a 20 sujetos, esto con un nivel de confianza del 90%.

Para las pruebas de normalidad se plantearon las siguientes hipótesis:

Ho: Las distribuciones de $[X1...X4]$ se comportan como Xn ($sig>0,05$)

Ha: Las distribuciones de $[X1...X4]$ NO se comportan como Xn ($sig<0,05$)

Donde, Xn = Una distribución normal

De acuerdo a con la prueba de Kolmogórov-Smirnov para comprobar la normalidad de las distribuciones, las cuatro variables analizadas (Bienestar ambiental, Bienestar humano, Conciencia de salud e Intención de compra) tuvieron una significancia estadística (P -valor $<0,05$) como se muestra en la tabla

17. Lo que significa que los datos no se ajustan a una distribución normal, de esta forma, no se puede aceptar la Hipótesis nula (Ho), y se acepta la hipótesis alternativa.

Tabla 17

Prueba de normalidad aplicada a la muestra

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Bienestar Ambiental	.133	273	.000
Bienestar Humano	.092	273	.000
Conciencia de Salud	.115	273	.000
Intención de Compra	.084	273	.000

Nota. Elaboración con base en análisis estadístico realizado en SPSS

Por este motivo no se continuó con la comprobación de los otros supuestos para la prueba de normalidad, (la existencia de Homocedasticidad y la de independencia de las variables) y los siguientes análisis se realizaron mediante pruebas no paramétricas.

4.4 Correlaciones:

Dado que uno de los objetivos de esta investigación es establecer la existencia de correlaciones entre las variables, es importante poder medir el grado de asociación entre las variables objetos de estudio. Como se mencionó anteriormente, al no presentar las variables una distribución normal, se determinó que la prueba más apropiada para obtener los datos es la Rho Spearman, que es la prueba de elección para variables no paramétricas.

En esta prueba el indicador estadístico es definido por el coeficiente de correlación rho en una escala que oscila entre -1 y 1. Una correlación perfecta implica un valor de -1 o +1, o sea que al conocer el valor de una variable sería posible determinar el valor de la otra. Por tanto, entre más cercano a 1 sea el coeficiente de correlación, mayor la fuerza de asociación tendrán las variables (Roy et al., 2019).

De esta manera, se plantea que la hipótesis nula es determinar que existe una independencia entre la variables objetos de estudio, por tanto, se acepta Ho si

Rho=0. Un resultado de 0 significa que no hay correlación, es decir, el comportamiento de una variable no se relaciona con el comportamiento de la otra.

La tabla 18 muestra cómo se comportan las asociaciones entre las variables de estudio, para interpretar qué tan fuerte es la correlación entre estas, se utilizó el criterio de Cohen (1988), que se explica en valores absolutos. Si el resultado se indica entre 0.1 y 0.3 representan un efecto pequeño, de 0.3 a 0.5, un efecto medio, y ≥ 0.5 , un efecto grande de correlación

Tabla 18

Correlación de Spearman entre las variables objeto de estudio

	Bienestar Ambiental	Bienestar Humano	Conciencia de Salud	Intención de Compra
Bienestar Ambiental	1			
Bienestar Humano	0.509**	1		
Conciencia de Salud	0.382**	0.257**	1	
Intención de Compra	0.290**	0.415**	0.301**	1

Nota: ** La correlación es significativa a un nivel del 0.01 (2 colas). Elaboración propia

A modo de análisis como se muestra en la tabla 18, existe una relación positiva y significativa entre la variable bienestar ambiental y la de intención de compra, indicando una correlación lineal de efecto pequeño, pues el valor absoluto entre ambas es de 0.290, con un coeficiente de correlación del 8.41%. Esto determina, en el contexto de la investigación, que a pesar de que el bienestar ambiental es un factor importante para la toma de decisiones en el contexto del consumo de los productos, no constituye un elemento con gran influencia en las mismas.

Por su parte el bienestar humano presenta una relación positiva y significativa con la intención de compra, con valor absoluto de 0.415 y un coeficiente de correlación de 17.22%, lo cual implica que la correlación entre ambas variables tiene un efecto medio. De esta asociación se puede interpretar

que para la muestra en el momento de elegir qué servicios/productos comprar, el bienestar humano (bienestar físico y mental), constituye un factor medianamente importante en su toma de decisiones.

Con respecto a la conciencia de salud, esta variable también presenta una relación positiva y significativa con la intención de compra, estas poseen un valor absoluto de 0.301 y un coeficiente de correlación del 9.06%, siendo una correlación de efecto medio; lo cual implica que la conciencia de salud tiene un grado de influencia medio en la intención de compra.

Como se puede apreciar al existir correlaciones entre cada una de las variables independientes y la variable dependiente se rechaza la hipótesis nula y se soportan las hipótesis alternativas, planteadas en un principio.

Ha₁: Existe una relación positiva y significativa entre el desarrollo de la conciencia de salud y el nivel de bienestar percibido en los servicios de turismo de bienestar.

Ha₂: Existe una relación positiva y significativa entre el bienestar percibido y la intención de compra de los servicios de turismo de bienestar.

A modo de resumen se puede concluir que el bienestar percibido (Bienestar ambiental y bienestar humano) tiene una relación positiva y significativa tanto con la conciencia de salud, como con la intención de compra. Pues como hemos mencionado anteriormente cuando las personas se sienten bien consigo mismas, tienen una visión más positiva de la vida y están más dispuestas a gastar dinero en productos o servicios que mejoren su calidad de vida o les brinden satisfacción. Lo cual puede ser explicado a través de la teoría del comportamiento planificado, la cual proporciona un marco útil para comprender cómo las actitudes, normas sociales y el sentido de control influyen en la intención de compra en el contexto del turismo de bienestar.

Capítulo 5: Discusión y Conclusiones:

Como se ha mencionado anteriormente, en los últimos años, el turismo alternativo se ha convertido en una nueva forma de gestión económica, transformando la industria turística en una nueva y renovada actividad. El turismo de salud: médico y de bienestar fue de las primeras tipologías de turismo en existir y fue la única forma de turismo que sobrevivió durante los picos más altos de la pandemia del COVID-19. Esta afirmación corrobora la necesidad intrínseca en el ser humano por la búsqueda de salud y el bienestar, que sea ha hecho más evidente en los últimos años.

En México específicamente el turismo médico es un sector promisorio debido a que su localización favorece que desarrolle una demanda continental superior a otros países hispanoamericanos. Así mismo, a partir de la instancia internacional que ha generado los servicios, ha comenzado a incrementar el interés por el desarrollo del turismo médico en el sector turístico nacional, aunque los esfuerzos resultan aislados, ya que actualmente, no se han podido generar sinergias importantes entre los sectores público y privado.

De esta forma se confirma la definición fundamental de bienestar, que sugiere que este es el estado activamente deseado por el ser humano (Ardell, 1985; Gorton, 1988; Messerli y Oyama, 2004; Myers y Sweeney, 2005), el cual se ve condicionado proporcionalmente con una estabilidad en la salud física, mental y la mitigación de los impactos ambientales adversos por parte de los usuarios de servicios turísticos. Que se encuentra estrechamente relacionado con el segundo factor, la conciencia de salud; la que refiere al autoconocimiento que los seres humanos poseemos de la dialéctica salud-enfermedad; y las acciones que realizamos en busca de aumentar la salud en dicha relación.

El presente estudio describe tres factores principales que construye el fenómeno de estudio, el primer factor es el bienestar percibido, el segundo la conciencia de salud y el tercero la intención de compra. Estas variables se

encuentran estrechamente relacionadas con el propósito de explicar la influencia del turismo de bienestar en México.

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación se validaron las hipótesis planteadas previamente, de manera que se confirma la existencia de una relación positiva y significativa entre el desarrollo de la conciencia de salud y el bienestar percibido con el turismo de bienestar. Esta afirmación fue confirmada con un coeficiente de correlación de 9.06%. De esta manera, el resultado del estudio coincide con el realizado por Seow, et al. (2017), en el cual planteó que las personas con un elevado nivel de conciencia, están más inclinadas a la búsqueda de experiencias basadas en turismo médico.

Por su parte, Chi et al., (2020), plantea que los hábitos saludables son un factor determinante en la búsqueda de hospedajes que ofrecen un mejor cuidado de su entorno y que garanticen un desarrollo físico y mental como factor. Al comparar este estudio con los resultados obtenidos en la investigación; a pesar de existir una relación marcada entre la conciencia de salud de los individuos y el bienestar percibido con la práctica de turismo de bienestar, no representa el factor principal para la toma de decisiones. Pues como se mencionó anteriormente, la correlación no implica necesariamente causalidad, por lo que otros factores podrían influir en esta relación, como la situación económica, las preferencias individuales y las estrategias de marketing de los destinos, entre otros factores externos.

Otro de los hallazgos de relevancia que se determinó en la investigación es la relación de intención de compra con la teoría del comportamiento planificado y los tres componentes de la misma. La evaluación de la actitud hacia el turismo de bienestar, las influencias sociales percibidas y la percepción del control sobre la participación en este tipo de viajes pueden influir en la intención de compra y, en última instancia, en el comportamiento real de compra.

Lo cual explica por qué en el contexto del estudio, la intención de compra tiene un mayor grado de relación y significancia con el factor bienestar percibido, con un coeficiente de correlación de 17.22% y un valor absoluto de 0.415; lo que se

puede interpretar que en este contexto específicamente, al momento de elegir los servicios turísticos, las personas evalúan si participar en este tipo de experiencias es favorable o no para su salud, considerando aspectos como los beneficios percibidos para su bienestar físico, mental y emocional, así como la calidad de las instalaciones y servicios ofrecidos en el destino turístico.

Esta afirmación coincide con el estudio de Abbasi, et al. (2021), donde explica con base al uso de la TPB que la percepción de las expectativas sociales y la influencia del entorno social juegan un papel importante en la intención de compra de servicios turísticos. Si una persona percibe que amigos, familiares o la sociedad en general valoran y apoyan la búsqueda del bienestar a través del turismo, es más probable que tenga la intención de participar en estas experiencias.

Aunque es cierto que la investigación aborda puntos esenciales y generales que relacionan las tres variables estudiadas. También es necesario tener en cuenta que el comportamiento de los individuos se considera en base a su capacidad para llevar a cabo el acto de participar en turismo de bienestar.

Es necesario además analizar factores como la disponibilidad de tiempo, recursos financieros, acceso a instalaciones de bienestar, y la percepción de barreras como la distancia o la seguridad del destino pueden influir en su decisión. Si una persona se siente capaz y tiene los recursos necesarios para realizar el viaje, es más probable que tenga la intención de comprar productos o servicios relacionados con el turismo de bienestar.

Aportes:

Debido a la poca información del tema resulta determinante identificar los factores que influyen en el comportamiento del turismo del bienestar. Por estos motivos el objetivo principal de este estudio, fue determinar los elementos que inciden en la intención de consumo de los servicios que ofrece el turismo de bienestar, por parte de los residentes mexicanos, más específicamente se evaluó cómo el bienestar percibido en instalaciones turísticas destinadas a prestar este servicio influye en la intención de los turistas a visitar y pagar por los mismos. Los

hallazgos encontrados apoyan empíricamente al modelo de investigación propuesto.

Además de validar la relación entre las variables Bienestar Percibido, Conciencia de Salud e Intención de Visita, el principal aporte fue la construcción de un instrumento (Formulario Wellness), dado que a partir de la revisión de la literatura actual se encontró la carencia de un instrumento que midiera el fenómeno de estudio en el contexto del turismo en México.

El cuestionario está compuesto por 38 ítems, y se logró de forma satisfactoria medir la relación entre las variables de estudio propuesta, con un grado de fiabilidad (alfa de Cronbach) de 0.92, KMO de 0.82; criterio que se consideran significativos para validar los instrumentos cuantitativos como plantea Tabachynick y Fidell, (2018).

Limitaciones y Recomendaciones

A pesar que el instrumento construido presenta características de consistencia y confiabilidad (Alpha de Cronbach de 0.92), es importante tomar con reserva estos resultados, pues no ha sido validado en otros contextos, solamente en el contexto de residentes mexicanos entre 25 a 75 años de edad, pudiendo ser esta una línea de investigación para futuros trabajos.

Otra de las limitaciones de la investigación, es que, aunque la intención era que fuera a nivel nacional, no hay una representatividad de otros estados ya que el 41% de la muestra era de Baja California; si bien al realizar un estudio exploratorio no es necesario tener la presencia de todos los estados sería interesante validar el fenómeno de estudio en toda la República, inclusive en otros países.

Otra recomendación para futuras investigaciones sería el desarrollo de un nuevo instrumento que mida además de los factores planteados en la presente investigación los factores subjetivos del comportamiento mediante una ampliación de la teoría del comportamiento planificado (TPB)

Conclusiones:

El bienestar ha generado en los últimos años un valor agregado al estilo de vida y la percepción con la cual debemos medir la salud. Sin embargo, como muestra la literatura, para ser capaces de captar este valor y ponerlo en orden de prioridad es necesario contar con una correcta percepción de la auto salud.

De esta forma la conciencia de salud, pasa a ser un elemento clave en la búsqueda del bienestar ya que una mayor conciencia puede llevar a comportamientos más saludables, una detección temprana de problemas de salud y una mejor gestión de las condiciones existentes. Ser conscientes implica tener una relación saludable con nuestro propio cuerpo y conocer cuáles son las necesidades para lograr determinar qué y en cual medida necesitamos consumir ciertos servicios que generen satisfacción y salud.

Por este motivo el objetivo de la presente investigación fue validar un instrumento para evaluar la percepción de bienestar que ofrecen los servicios turísticos *wellness* y su relación en la intención de compra. El cual se logró de forma total. Dando respuesta a las hipótesis planteadas en la introducción del trabajo; donde se muestra que la variable intención de compra tiene relación positiva y significativa con cada una de las variables relacionadas en la investigación.

De manera tal que se afirma que el bienestar ambiental se correlaciona con la variable intención de compra de forma positiva y significativa con un coeficiente de correlación (Rho) de 8.41 y un valor absoluto de 0.290. Mientras que el bienestar humano lo hace con un Rho de 17.22 y un valor absoluto de 0.415, siendo esta la variable que mayor fuerza de correlación tiene dentro del modelo de investigación. Por último, con la variable conciencia de salud el resultado de Rho es de 9.06 con un valor absoluto de 0.301.

Por lo tanto es que se afirma que en el contexto de la investigación la intención de compra de los servicios que brinda el turismo de bienestar es una variable en la cual influyen de forma positiva y significativa el bienestar percibido

en los mismos (Bienestar ambiental y bienestar humano), y la conciencia de salud que los posibles consumidores de estos productos turísticos experimenten, en el cual se muestra una mayor fuerza de asociación entre la variable bienestar percibido e intención de compra, con respecto a la fuerza entre conciencia de salud. Además, es necesario valorar comportamientos subjetivos del comportamiento humano, para determinar el grado de conexión entre estas variables.

Anexo 1

Formulario Wellness

Querido Participante:

Actualmente, se está realizando un estudio científico destinado a **probar el impacto del bienestar en la intención de los huéspedes de visitar centros turísticos con enfoque Wellness en México y la disposición a pagar por estos servicios**. Esperamos que pueda leer el contenido del cuestionario y elegir la respuesta adecuada para todas las preguntas del cuestionario desde su punto de vista. Tenga en cuenta que la información recopilada será sólo para fines académicos y todas las respuestas son anónimas y confidenciales.

Nuestro respeto.

Sección I:

¿Estoy de acuerdo en participar en este estudio?

Si

No

Sección II:

1. Género:

Mujer

Hombre

Prefiero no decirlo

2. Edad: _____

3. Estado Civil:

Soltero(a)

Casado(a)

Viudo

Divorciado(a)

4. Último grado escolar alcanzado:

Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado

5. Estatus del empleo:

Estudiante Ama de casa Desempleado Emprendedor
 Empleado de tiempo completo Empleado de medio tiempo

6. Nacionalidad

Mexicana Otra.

7. Estado donde Reside

Aguas Calientes Baja California Baja California Sur Campeche

Chiapas Chihuahua Ciudad de México Colima

Durango Estado de México Guanajuato Guerrero

México Michoacán Morelos Nayarit

Nuevo León Oaxaca Puebla Querétaro

Quintana Roo San Luis Potosí Sinaloa Sonora

Tabasco Tamaulipas Tlaxcala Veracruz

Yucatán Zacatecas

8. Nivel Socioeconómico:

a) ¿Cuántos baños completos con regaderas y excusados (retrete), hay en su vivienda?

0 1 2 3 4 o más

b) ¿Cuántas personas habitan en su hogar?

0 1 2 3 4 o más

c) ¿Cuántas habitaciones se utilizan en su vivienda para dormir? Sin contar baños y pasillos

0 1 2 3 4 o más

d) ¿Cuántos adultos mayores de edad trabajan en tu vivienda?

0 1 2 3 4 o más

9. Sin tener en cuenta la conexión móvil que pudiera tener. ¿Su hogar cuenta con acceso a Internet?:

Sí No

10. Cantidad de días de vacaciones que tiene en un año: _____

11. Cantidad de veces que viaja en un año: _____

12. ¿Qué busca en sus vacaciones?:

Relajarse Momentos inolvidables Conocer nuevos lugares

Cuidado mental Tener nuevas experiencias

13. Tipo de turismo que le gustaría practicar:

Sol y Playa Familiar Aventura Médico

- () Ecoturismo () Gastronómico () Rural () Negocios
- () Deporte () Otros.

Sección III: Bienestar Percibido

	<p>Indique su nivel de satisfacción que cree recibir en instalaciones turísticas que contengan las siguientes afirmaciones, seleccionando la opción de su elección. Sabiendo que la opción 1 representa Muy Insatisfecho y la opción 5 Muy Satisfecho.</p> <p>Qué tan satisfecho estaría si las instalaciones....</p>	Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Neutro	Satisfecho	Muy Satisfecho
	Bienestar Ambiental					
	1. Adoptaran normas de calidad del agua/ monitoreo constante de la calidad del agua.					
	2. Purificaran el agua eliminando los contaminantes inorgánicos, orgánicos y agrícolas, reduciendo los aditivos del agua.					
	3. Adoptaran normas de calidad del aire/monitoreando continuamente la calidad del aire					
	4. Purificaran el aire instalando filtros de aire.					
	5. Garantizaran la eficiencia de la ventilación.					
	6. Garantizaran un entorno limpio.					
	7. Garantizaran el uso y aislamiento adecuado de las fuentes de contaminación interior como separar las áreas de almacenamiento de los productos químicos, pesticidas etc..					
	8. Proporcionarán ropa cómoda y saludable.					
	9. Asegurarán el confort térmico con temperaturas ajustables al entorno					
	10. Aseguran la comodidad olfativa eliminando olores fuertes o distintivos dentro de las mismas					
	Bienestar Mental					

	11. Brindaran consultas psicológicas.					
	12. Proporcionarán oportunidades de aprendizaje (ejemplo: Club de lectura, biblioteca, talleres, etc.).					
	13. Proporcionarán lugares espirituales y mentores para realizar algunas ceremonias.					
	14. Contaran con lugares privados donde pueda meditar.					
	15. Contaran con terapias individuales para los clientes.					
	Bienestar Físico					
	16. Promovieran actividades de acondicionamiento físico en interiores ofreciendo incentivos de entrenamiento (ejemplo: cupones de descuentos, rastreadores y aplicaciones de acondicionamiento físico).					
	17. Integraran en su diseño interior oportunidades para el acondicionamiento físico (ejemplo: escaleras accesibles para alentar el uso de estas, estaciones de trabajos activas, escritorios con cintas de correr, etc.)					
	18. Proporcionarán espacios y equipos privados para realizar actividades físicas (espacios fitness).					
	19. Contaran con consultas especializadas para terapias físicas.					
	20. Contaran con entrenadores personales para realizar acondicionamiento físico durante su estancia.					

Sección IV: Intención de Visita, Conciencia de Salud y Disposición a Pagar.

<p>Indique que tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones, sabiendo que la opción 1 representa Totalmente en Desacuerdo y la opción 5 Totalmente de acuerdo</p>	T o t a l m e n t e D e s a c u e r d o	D e s a c u e r d o	N e u t r o	D e A c u e r d o	T o t a l m e n t e D e A c u e r d o
Conciencia de Salud					
1. Soy consciente acerca del estado de mi salud					
2. Reflexiono mucho acerca de mi salud.					
3. Estoy alerta a los cambios de mi salud					
4. Me hago responsable de los cambios en mi salud					
5. Soy consciente del estado de mi salud a lo largo del día					
6. El estado de mi salud es un factor importante para consumir productos o servicios que me ayuden a mantener una buena salud					
Intención de Visita					
7. Vale la pena pagar por la calidad y el servicio de las instalaciones holísticas.					
8. Creo que las instalaciones dedicadas al turismo de bienestar ofrecen una buena relación calidad-precio.					
9. Vale la pena elegir destinos dedicados al turismo de salud, en específico la rama del bienestar cuando se viaja					
10. Creo que visitar destinos holísticos en lugar de destinos convencionales me haría sentir mejor persona					
11. Haré el esfuerzo por alojarme en un hotel holístico y probar sus servicios.					
12. Creo que visitar destinos dedicados al turismo de bienestar sería una contribución personal a mejorar nuestra calidad de vida.					

Disposición a Pagar					
13. Estoy dispuesto a pagar un precio más alto por servicios de bienestar.					
14. Es aceptable pagar un 10% más por servicios de viajes de bienestar.					
15. Estaría dispuesto a gastar dinero extra para disfrutar de los servicios que ofrecen los destinos dedicados al turismo de bienestar.					
16. Intentaría comprar servicios que ofrecen el turismo de bienestar					
17. Me gustaría optar por probar servicios que me hagan sentir diferente y ayuden a mejorar mi estado de ánimo.					
18. Mi estilo de vida va de acorde a mis ideales y mis gastos se apegan a estos.					

Referencias

1. Abbasi, G.A., Kumaravelu, J., Goh, Y.-N., y Dara Singh, K.S. (2021). Understanding the intention to revisit a destination by expanding the theory of planned behaviour (TPB). *Spanish Journal of Marketing – ESIC*. doi: 10.1108/SJME-12-2019-0109
2. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211
3. Ajzen, I. (2012). The theory of planned behavior. En P. Lange, A. Kruglanski, y E. Higgins (Eds.), *Hand-book of theories of social psychology* (pp. 438–459). Londres, Reino Unido. Sage Publications Ltd.
4. Ajzen, I., y Fishbein, M. (1980). Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. *Behavior and Human Decision Processes*, 50 (2), 179-211
5. Amaro, S., Andreu, L., y Huang, S. (2019). Millennials' intentions to book on Airbnb. *Current Issues in Tourism*, 22(18), 2284-2298. doi: 10.1080/13683500.2018.1448368.
6. Ardell, D. B. (1985). The history and future of wellness. *Health Values*, 9(6), 37-56
7. Ardell, D. B., & Langdon, J. G. (1989). *Wellness: The Body, Mind, and Spirit*. Kendall/Hunt Publishing Co., 2460 Kerper Boulevard, PO Box 539, Dubuque, Iowa 52004-0539
8. Ardila R. (2013). El mundo de la Psicología. *Revista Latinoamericana de Psicología*. vol. 45 (2), 315-319. <https://www.redalyc.org/pdf>
9. Arias-Aragones, F. J., Caraballo-Payares, A. M., & Matos-Navas, R. E. (2012). El turismo de salud: Conceptualización, historia, desarrollo y estado actual del mercado global. *Clío América*, 6(11), 72-98.
10. Bairero Aguilar, M. (2018). El estrés y su influencia en la calidad de vida. *MULTIMED*, 21(6).
11. Barrios, L. D. R., Fernández, J. C. D., Grunert, B. P., Breuer, N. E. E., & Fiore, H. J. O. (2022). Método de valoración de contingencia y servicios turístico-ambientales en la reserva de recursos manejados

- Ybytyruzú. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(3), 1752-1770.
12. Belvedere, D. (1995). Las tres dimensiones del bienestar. *Enfoques: revista de la Universidad Adventista del Plata*, 7(2), 63-68.
 13. Blanco, M. L., & Blanco, A. L. L. (2016). Significados y dimensiones del bienestar subjetivo en mujeres que habitan en la Aldea La Calera, Honduras. *Economía y Administración (E&A)*, 7(2), 151-162.
 14. Bonifacio, B. (2005). Coope, C. *Worldwide Destinations Casebook: La geografía de los viajes y el turismo*; Elsevier Butterworth-Heinemann: Burlington, MA.
 15. Campodónico, R., & Bertolotti, L. C. (2013). *El turismo como construcción social: Un enfoque epistemo-metodológico*. *Turismo y Sociedad*, 14, 47-63.
 16. Carrasco-Campos, A., Martínez, L.C., Moreno-Minguez, A. (2013). Medición crítica de la medición del bienestar desde una perspectiva interdisciplinaria. *Prima Social*. (11). 91-122.
 17. Chao HJ, Schwartz J, Milton DK, Burge HA. The Work Environment and Workers' Health in Four Large Office Buildings. *Environ. Health Perspect* 2003; 111(9):1242-1248.
 18. Chen, A.; Peng, N. Conocimiento del hotel verde y comportamiento de estancia de los turistas. *Ana. Recorrido. Res.* 2012 , 39 , 2211–2219.
 19. Chiuve, SE, Fung, TT, Rimm, EB, Hu, FB, McCullough, ML, Wang, M., et al. (2012). Los índices dietéticos alternativos predicen fuertemente el riesgo de enfermedades crónicas. *J. Nutr.* 142, 1009–1018. doi: 10.3945/jn.111.157222
 20. Claude G. y Álvarez L. (2005) Comportamiento Humano y Desarrollo Organizacional. *Historia del Pensamiento Administrativo segunda edición*, pp 183-196. Person Educación, México, 2005.
 21. Colvin, M. & Rutland, F. (2008). Is Maslow's Hierarchy of Needs a Valid Model of Motivation. Louisiana Tech University. Documento en línea recuperado 15 abril de 2011 de <http://www.business.latech.edu>

22. Corbin, C. B., Lindsey, R., Welk, G., Corbin, W. R. (2006). *Concepts of fitness and wellness: A comprehensive lifestyle approach*. McGraw-Hill Boston.
23. Corbin, C. B., Lindsey, R., Welk, G., Corbin, W. R. (2012). *Concepts of fitness and wellness: A comprehensive lifestyle approach*. McGraw-Hill Boston.
24. D. F. Trejos-Salazar, S. L. Osorio-Correa, L. V. Corrales-Marin, P. L. Duque-Hurtado, "Toma de decisiones financieras: perspectivas de investigación" *Revista de Ingenierías Interfaces*, vol. 4, no. 1, pp. 15-44, 2021.
25. D'Blackwell R., Miniard P.W., Engel J.F., Sanchez G. (2002). *Comportamiento del Consumidor, 9na edición*. Thomson.
26. Damasio A. (2010). Y el cerebro creó al hombre. Barcelona: Ediciones Destino. (2). Pp 213-216 recuperado de <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a9>.
27. Darnall, N.; Ponting, C.; Vazquez-Brust, DA Por qué los consumidores compran productos ecológicos. En *Crecimiento Verde: Gestión de la Transición a una Economía Sostenible* ; Vázquez-Brust, DA, Sarkis, J., Eds.; Springer: Dordrecht, Países Bajos, 2012.
28. De la Puente, M. (2015). Dinámica del turismo de salud internacional: una aproximación cuantitativa. *Dimensión Empresarial*, 13(2), p. 167-184.
29. Del Cerro, C. (2006). Análisis del comportamiento de los consumidores: aplicaciones a la investigación de mercados.
30. Del Río, J. C. T., León, F. G., & Aspe, M. C. (2021). Relación del temperamento, la experiencia del yo y la impulsividad con tareas de "priming" y toma de decisiones. Un enfoque desde la Teoría de los Marcos Relacionales. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 18(1), 58-86
31. Donohue, B., Gavrilova, Y., Galante, M., Burnstein, B., Aubertin, P., Gavrilova, E., Funk, A., Light, A. y Benning, SD (2020). Desarrollo empírico de un método de evaluación del bienestar mental, social y físico en artistas de circo aficionados y profesionales. *Psicología de la estética, la*

- creatividad y las artes, 14 (3), 313–324. <https://doi.org/10.1037/aca0000199>
32. Edgel, SDL *Gestión del turismo sostenible: un legado para el futuro* ; Haworth Hospitality Press: Nueva York.
33. Escamilla, H. (2020). El bienestar individual y social en la tercera edad. Actividades físicas para mejorar la expresión corporal en las personas de la tercera edad.
34. Fishbein, M., y Ajzen, I (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behaviour: An Introduction to Theory and Research*. Addison-Wesley.
35. Fishbein, M., y Ajzen, I. (1973). Attribution of responsibility: A theoretical note. *Journal of Experimental Social Psychology*, 9, 148-153.
36. Flores Ramos, V. A. (2022). La valoración del agua, mediante el método de valoración contingente, por los pobladores del medio rural de la comunidad de Collpani-Chupa-Azangaro.
37. Forero Martínez, C. G. (2021). *Valoración económica del centro histórico de Lorica a través del método de valoración contingente* (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario).
38. Frausto, L. (2022). *Adopción de tecnologías de información en los niveles operativos en empresas manufactureras de la industria de alimentos*. [Universidad Autónoma de Aguascalientes]. E-Archivo. <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/2328>
39. Gutiérrez, A. V., Castillo, L. F. U., & Ramírez, A. F. (2018). Modelando el turismo alternativo con SIG. Una propuesta para el desarrollo sostenible local con visión global. *UD y la Geomática*, (13).
40. Hoeger, W. K. & Hoeger S. A. (2009). *Fitness and Wellness eighth edition*. Washword.
41. Hunziker, W. & Krapf, K. (1942). *Grundriss der Allgemeinen Fremdenverkehrslehre*. Universidad de Berna, Suiza.
42. Kopelman, PG (2000). La obesidad como problema médico. *Naturaleza* 404, 635–643. doi: 10.1038/35007508

43. Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L., & Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & saúde coletiva*, 25, 2447-2456.
44. Leon -Gonzalez, M. & Fornes-Vives, J.(2015). Estrés psicológico y problemática musculoesquelética: revisión sistemática. *Enferm. glob.* [online].14, (38), pp.276-300. ISSN 1695-6141
45. Ley, A.; de Lacy, T.; McGrath, GM; Whitelaw, Pensilvania; Lipman, G.; Buckley, G. Hacia un sistema de apoyo a las decisiones de economía verde para los destinos turísticos. *J. Sostener. Recorrido*. 2012 , 2 , 823–843.
46. Lopez-Pablos, Rodrigo (2013). Teoría fenomenológica general del bienestar y la elección social. *Revista de Economía Política de Buenos Aires* 12 (7):105-133
47. Manríquez, J. U., & Manríquez, W. U. (2022). Hacia una definición holística del Bienestar: Integrando conceptualizaciones desde la sociología, la psicología y la economía. *Revista Akadèmeia*, 20(2), 6-25.
48. Mao, Z., y Lyu, J. (2017). Why travelers use Airbnb again?. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 29(9), 2464-2482. doi: 10.1108/IJCHM-08-2016-0439
49. Mario Alberto de la Puente Pacheco (2015): “Turismo de bienestar: limitación conceptual y posicionamiento internacional”, *Revista Turydes: Turismo y Desarrollo*, n. 19 (diciembre 2015). En línea: <http://www.eumed.net/rev/turydes/19/spa.html>
50. Marrero, N. & James, K.S. (2010). Further Validation of the Body-Mind-Spirit Wellness Behavior and Characteristic Inventory for College Students. *Southern Online Journal of Nursisn Research*. 10 (4), <https://digitalcommons.kennesaw.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2206&context=facpubs>
51. Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4): 370-396.

52. Mathieson, A., & Wall, G. (1982). *Turismo: impactos económicos, físicos y sociales*. Editorial Longman, Londres.
53. Melgosa Arcos, F. J. (2000). Turismo de salud: Termalismo y Balnearios.
54. Mesa, C. A. (2016). Acción colectiva y comportamiento social: implicaciones sobre el bienestar social y el bienestar individual. Una breve argumentación a partir de la revisión de la literatura. *Visiones*, (16), 45-50.
55. Miller, G. Consumismo en el turismo sostenible: una encuesta de consumidores del Reino Unido. *J. Sostener. Recorrido*. 2003 , 1 , 17–39.
56. Miller, G. Consumismo en el turismo sostenible: una encuesta de consumidores del Reino Unido. *J. Sostener. Recorrido*. 2003 , 1 , 17–39.
57. Mitchell, R. C. and R. T. Carson. 1989. Using surveys to value public goods: the contingent valuation method, resources for the future. Washington, DC, USA.
58. Molnar C. Health tourism in Hungary: history, its revaluation and tendencies. *J Tour Challenges Trends*. 2010;(1).
59. Mueller, H., Kaufmann, E., 2001. Wellness tourism: market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *J. Vacat. Mark.* 7 (1), 5–17.
60. Must, A., Spandano, J., Coakely, EH, Field, AE, Colditz, G. y Dietz, WH (1999). La carga de enfermedades está asociada a la obesidad y el sobrepeso. *Mermelada. Medicina. Asoc.* 282, 1523-1529. doi: 10.1001/jama.282.16.1523.
61. Myers, J. E., Sweeney, T. J., & Witmer, J. M. (2000). The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling & Development*, 78(3), 251-266.
62. Nogueira, J. V. (2003). Bienestar individual e interés por la política. *RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 2(2), 7-19.
63. OECD (2011). *How's Life?* Paris: OECD Publishing.
64. OECD (2012). *Why inequality keeps rising*. París: OECD Publishing
65. OECD (2013b): *Guidelines on Measuring Subjective Well-being*, Paris: OCDE Publishing.

66. Organización Mundial del Turismo (1995), *Carta de turismo sostenible en la conferencia mundial sobre Turismo Sostenible realizada en Lanzarote*. Islas Canarias, 6pp
67. Ortíz Loaiza, L. M., González Zapata, C. L., & Guzmán Bravo, E. M. (2022). Influencia del bienestar laboral en el desempeño de los trabajadores de Honesta agencia de seguros.
68. Panwanitdumrong, K., and Chen, C. L. (2021), "Investigating factors influencing tourists' environmentally responsible behavior with extended theory of planned behavior for coastal tourism in Thailand", *Marine Pollution Bulletin*, Vol. 169, pp.112507. <https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2021.112507>
69. Pelegrín-Borondo, J., Araújo-Vila, N., & Fraiz-Brea, J. A. (2020). Comparison of Spa Choice between Wellness Tourists and Healthcare/Medical Tourists. *Healthcare*, 8(4), 544. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040544>.
70. Peña, M. D. L. Á. H., & Machín, E. I. (2022). Rehabilitación holística en personas que han padecido COVID–19. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 14(1).
71. Ponce-Díaz, M., Besanilla- Hernández, T., Rodríguez-Ibarra, H. (2012). *Factores que influyen en el comportamiento del consumidor*. [Universidad de Tamaulipas]. E-Archivo. <https://www.eumed.net/ce/2012/dhi.pdf>.
72. Pulido Fernandez, J,I, López Sanchez, Y. (2016). ¿Están los turistas realmente dispuestos a pagar más por destinos sostenibles?. *Sustentabilidad*, 8 (12). <https://doi.org/10.3390/su8121240>.
73. Pung, J. M., Del Chiappa, G., y Sini, L. (2019). Booking experiences on sharing economy platforms: an exploration of tourists' motivations and constraints. *Current Issues in Tourism*, 1–13. doi:10.1080/13683500.2019.1690434.
74. Quintas Requejo, E. (2009). *Plataforma del Bienestar Personal: Filosofía del Bienestar*.

75. Quintero, J. (2009). Teoría de las necesidades de Maslow. *Academia*, 14, 13-20. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/50269140/Teoria_de_Maslow.
76. Rangel, J. V., & Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Educere*, 14(49), 265-275.
77. Reid-Cunningham A. (2008). Maslow's Theory of Motivation and Hierarchy of Human Needs: A Critical Analysis. PhD Qualifying Examination School of Social Welfare University of California, Berkeley.
78. Rey Pérez, J. L. (2015). ¿ Un nuevo modelo de bienestar?: los cambios en la filosofía del bienestar. ¿ *Un nuevo modelo de bienestar?: los cambios en la filosofía del bienestar*, 15-85.
79. Rimm, EB, Stampfer, MJ, Giovannucci, E., Ascherio, A., Spiegelman, D., Colditz, GA, et al. (1995). El tamaño corporal y la distribución de la grasa como predictores de enfermedad coronaria entre hombres estadounidenses de mediana edad y mayores. *Soy. J. Epidemiol.* 141, 1117–11127. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a117385
80. Rivas J.A y Grande I. (2010). *Comportamiento del consumidor: Decisiones y estrategia de marketing, 7ma edición*. ESIC
81. Rodríguez, G. N. (1994). *La medición del bienestar individual*. El Colegio de México. Pp. 132-138
82. Rojas Rieckhof, M. A. (2020). Turismo de bienestar. Nuevas oportunidades en la hotelería. *Cultura: Revista de la Asociación de Docentes de la USMP*, 34.
83. Rosa-Rodríguez, Y., Negrón Cartagena, N., Maldonado Peña, Y., Quiñones Berrios, A., & Toledo Osorio, N. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en psicología latinoamericana*, 33(1), 33-43.
84. Rueda Sampedro, I., Fernandez-Laviada, A., Herrero Crespo A. (2013). Aplicación de la teoría de la acción razonada al ámbito emprendedor en un contexto universitario. *Investigaciones Regionales*, (26), 141-158. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/4152/Rueda>

85. Ruiz S. y Grande I. (2006). *Comportamiento de Compra del consumidor: 29 casos reales*. ESIC.
86. Rustiwan A., Suryani D. (2021), "Intention on food safety among food handlers at the beach culinary tourism area", *Institute of Advanced Engineering and Science*, Vol. 10 No. 2, pp.318-323.
<https://doi.org/10.11591/ijphs.v10i2.20859>.
87. Ryff CD, Keyes, CLM. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology* 1995;69(4):719- 727. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>.
88. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology* 1989;57(6):1069-1081. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>.
89. Ryff CD. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics* 2014;83(1):10-28. DOI: 10.1159/00035326
90. S. N. Blair, H. W. Kohl III, C. E. Barlow, R. S. Paffenbarger, Jr., L. W. Gibbons, and C. A. Macera, "Changes in Physical Fitness and All-Cause Mortality: A Prospective Study of Healthy and Unhealthy Men," *Journal of the American Medical Association* 273 (1995): 1193–1198.
91. Salazar, S. & García Menéndez, L. (2002). *Disposición a pagar versus disposición a ser compensados por mejoras medioambientales: evidencia empírica*. [Universidad de Valencia]. E-Archivo
<file:///C:/Users/nathy/Downloads/Dialnet-DisposicionAPagarVersusDisposicionASerCompensadoPo-3132080.pdf>.
92. Sanchez, M., Grande, I., Gil, J.M., García, A. (2001). The World's Largest Open Access Agricultural & Applied Economics Digital Library. *AgEcon Search*. <https://ageconsearch.umn.edu/record/165056>.
93. Sancho, A., & Buhalis, D. (1998). *Introducción al turismo*. Madrid: Organización Mundial del Turismo./

94. Sanz Blas, S., Ruiz Mafé, C., Pérez Pérez, I., y Hernández Ortega, B. (2014). Influencia de la cultura en el comportamiento de compra online de productos turísticos. El caso de España y México. *Innovar*, 24(54), 153-165. doi: 10.15446/innovar.v24n54.46656.
95. Schofield, J. W. (1975). Effect of norms, public disclosure and need for approval on volunteering behaviour consistent with attitudes, *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 1126-1133.
96. Seow, A.N., Choong, Y.O., Moorthy, K. and Choong, C.K. (2021), "Predicting medical tourism behavioural intention using social cognition models", *Tourism Review*, Vol. 76, No. 2, pp.374-391.
<https://doi.org/10.1108/TR-06-2019-0267>.
97. So, K. K. F., Oh, H., y Min, S. (2018). Motivations and constraints of Airbnb consumers: Findings from a mixed-methods approach. *Tourism Management*, 67, 224–236. doi:10.1016/j.tourman.2018.01.009.
98. Soto, M., Xue, H., & Tseklevs, E. (2022). Diseño para el equilibrio: bienestar y salud. *Base Diseño E Innovación*, 7(6), 4-11.
<https://doi.org/10.52611/bdi.num6.2022.786>.
99. Tejada Gómez, C., Lagos Vargas, R., & Mansilla Sepúlveda, J. (2019). Repensar el bienestar humano desde la filosofía spinozista: potenciar la vida desde la lógica del cuidado y la protección del cuerpo.
100. Teng, YM; Wu, KS; Liu, HH Integración del altruismo y la teoría del comportamiento planificado para predecir la intención de patrocinio de un hotel ecológico. *J.Hosp. Recorrido. Res.* 2013 , 37 , 1–18.
101. Thepraksa, N., & Kanittinsuttitong, N. (2021). DEMAND ANALYSIS FOR COMMUNITY TOURISM DEVELOPMENT IN KAPANG SUB-DISTRICT, THUNG SONG DISTRICT, NAKHON SI THAMMARAT, THAILAND. *Journal of Management Information and Decision Sciences*, 24, 1-9.
102. Timaná & Pazo. C. (2014). *Pagar o no pagar es el dilema: las actitudes de los profesionales hacia el pago de impuestos en Lima Metropolitana*. ESAN ediciones.

103. Tussyadiah, I. P., & Pesonen, J. (2018). Drivers and barriers of peer-to-peer accommodation stay – an exploratory study with American and Finnish travellers. *Current Issues in Tourism*, 21(6), 703– 720.
doi:10.1080/13683500.2016.1141180.
104. Valdivia Alcalá, R., Cuevas Alvarado, C.M., Sandoval Villa, M., Romo Lozano, J.L. (2009). Econometric Estimation of the Willingness to Pay by the Consumers for the Tourist Services. *Terra Latinoamericana*, 27(3), 227-235.
105. Vargas Bianchi, L. (2013, 21 de enero). 6 factores que influyen en el comportamiento del consumidor. *Gestión*. Lima.
106. Vargas-Marcos, F. & Gallego-Pulgarín, I. (2005). Calidad ambiental interior: Bienestar, Confort y Salud. *Revista especial salud pública*. 2 (79). 243-251.
107. Vasilica-Maria, M. (2022). Factores que afectan la intención de compra de los consumidores de moda en el comercio electrónico: un modelo teórico para América Latina. *REVISTA DE INVESTIGACIÓN SIGMA*, 9(01), 84-96.
108. Vázquez, C. (2009). *Psicología Positiva Aplicada 2º Edición*. Sevilla, España.: Edit. DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
109. Vulovic, P. (1985). “*Teoría Z de Maslow*”. *IDEA*, 9(90), 92-93. Buenos Aires.
110. W. L. Haskell et al., “Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association,” *Medicine and Science in Sports and Exercise* 39 (2007): 1423–1434.
111. Wickramaratne, C., Chun-Phuoc, J., Suleiman-Albattat, A.R. (2020). A REVIEW OF WELLNESS DIMENSION MODELS: FOR THE ADVANCEMENT OF THE SOCIETY. *European Journal of Social Sciences Studies*. 1(5). Recuperado de <file:///C:/Users/nathy/Downloads/807-3217-2-PB.pdf>.
112. Yeoman, I. (2008). *El turista del mañana: escenarios y tendencias* ; Elsevier: Oxford, Reino Unido.

113. Zhu, G., So, K. K. F., y Hudson, S. (2017). Inside the sharing economy: Understanding consumer motivation behind the adoption of mobile applications. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 29(9), 2218-2239. doi: 10.1108/IJCHM-09-2016- 049.
114. Zubieta, E., Fernández, O., & Sosa, F. (2012). Bienestar, valores y variables asociadas. *Boletín de psicología*, 106(1), 7-27.