

# Representaciones sociales de los ancianos sobre el proceso salud- enfermedad

(Social representations of the elders about the health-sickness process)

Enrique Hernández Guerson\*  
Sandra Areli Saldaña Ibarra\*\*

## Resumen

El documento contiene los resultados de un estudio de corte cualitativo con el propósito de describir y comprender las representaciones sociales respecto del proceso salud-enfermedad. Se profundiza en los saberes, creencias, conocimientos y prácticas respecto de tal proceso en personas de 65 años y más, y su articulación con otros elementos de la realidad social.

La propuesta fue recorrer en sentido inverso el camino mediante el cual se sostiene la existencia de las representaciones sociales. Por tanto, en el camino inverso -la subjetividad de los individuos-, se exploró la perspectiva de los mismos adultos mayores. El modelo en el que se basó la investigación, se elaboró como una alternativa para mantener el equilibrio entre un determinismo social y la apuesta a la capacidad creativa de los individuos. El modelo supone que cada individuo es un punto donde convergen redes de relaciones: éstas atraviesan los individuos, pero también trasciende la vida de ellos y llegan a poseer una existencia independiente y un desarrollo propio. Los resultados más importantes destacan la dualidad entre salud y enfermedad, enfermedad débil y fuerte; resaltándose las representaciones sociales de que la enfermedad débil no es mortal y que la enfermedad fuerte no le toca a uno.

## Palabras claves

Representación social, proceso salud enfermedad, ancianos.

## Summary

This document contains results from a study of qualitative focus with the purpose of describing and understanding the social representation regarding to the health sickness process. It goes deeply into the cognitive, beliefs, knowledge and practice with regard to such process in 65 year old people and older and their articulation with other elements of the social reality.

The proposal was to cover backward the path through which the social representations existence is held. Therefore, in the inverse path- the individual subjectivity- it is explored the perspective from the elders themselves. The model in which the survey was based, was created as an alternative to keep the balance between a social determinism and the betting on the creative capacity of the individuals.

The model assumes that each individual is a point where the nets relation met: not only do these go through the individuals but they also go beyond their lives reaching one independent being and one own development. The most important outcomes outstand the duality either between health and sickness and between weak sickness and strong sickness; outstanding the social representations that weak sickness are not mortal and that strong sickness doesn't affect you.

## Key words:

Social representation, health-sickness process, elders.

\* Director del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, México. enhernandez@uv.mx

\*\* Maestra del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, México. ssaldana@uv.mx

## Introducción

El punto de inicio de las investigaciones sobre representaciones sociales es la obra de Serge Moscovici<sup>1</sup>, cuyo propósito era mostrar cómo una nueva teoría científica, es difundida en una cultura determinada; cómo es transformada durante ese proceso y cómo cambia a su vez la visión que la gente tiene sobre sí misma y el mundo en el que vive.

En tanto fenómeno, las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas más o menos complejas: imágenes que condensan un conjunto de significados, categorías que sirven para clasificar hechos, acontecimientos, los individuos; como sistemas de creencias que permiten interpretar lo que sucede, dotar de sentido a la realidad social, “es un corpus organizado de conocimientos y una actividad psíquica gracias a la cual los hombres hacen inteligibles la realidad física y social, se integran en un grupo o en la relación de intercambios donde liberan los poderes de su imaginación”<sup>2</sup>.

Como tipo particular de conocimiento, las representaciones sociales se refieren al pensamiento de sentido común. El modelo de Moscovici, plantea que una representación social se define<sup>3,4</sup> como la elaboración de un objeto social por una comunidad, una modalidad particular, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos.

Como proceso social se construyen y reconstruyen en grupos y sociedades en las que el discurso social incluye comunicación. Comunicación que implica tanto puntos de vista compartidos como divergentes. Así, no son los atributos o fenómenos inherentes a un objeto lo que los convierte en social, sino la relación que la gente mantiene con ese objeto. El concepto de representación social, refiere una forma de conocimiento específico: el saber del sentido común, en el que sus contenidos muestran la especificidad de los procesos cognoscitivos y funciones socialmente asimiladas; esto es, designa una forma de pensamiento social. Apunta la importancia social de este tipo de pensamiento insistiendo

en que las sociedades modernas, con su pluralidad de ideas y su fluidez en el intercambio de las mismas, poseen tal tipo de fenómenos representacionales que juegan un papel dominante dada su forma, que se manifiesta como un conocimiento socialmente creado, que es compartido, que tiende a un carácter práctico y que se orienta a la elaboración de una realidad común en un conjunto social<sup>5</sup>.

El conocimiento popular o del sentido común, circula en las conversaciones banales de la vida cotidiana, en las charlas de amigos, los intercambios en los cafés, las fiestas, los lugares de trabajo, entre otros. Uno de los focos de interés para el estudio de las representaciones sociales es la metamorfosis del conocimiento científico y su efecto sobre el sentido común. Una función específica es la apropiación del contenido de teorías científicas, y su transformación en una forma digerible para el público. No se trata de fenómenos estáticos transgeneracionales como los mitos, ni sólo de conocimientos científicos o religiosos, se trata del conocimiento que circula de manera permanente y que día a día se intercambia y produce; tampoco de sólo un conocimiento ya hecho, sino de un conocimiento en permanente proceso de crearse; no se trata de un conocimiento que se pueda captar en toda su riqueza o que se pueda leer en un libro, trata las más de las veces, de un conocimiento que se está produciendo en el mismo momento en que se está estudiando. Ese proceso de construcción de representaciones se produce en la interacción cara a cara, dentro del cuadro de un contexto social particular. Un contexto que está marcado por un fondo cultural común, pero también por una posición particular dentro de la estructura social y por la pertenencia a grupos específicos dentro de los cuales se opera. Es una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, orientado hacia la práctica y que concurre a la construcción de una realidad común a un conjunto social.

Las representaciones sociales han mostrado ser útiles como una guía de la acción de las personas en su relación cotidiana con los he-

chos, siendo así que las personas elaboran actitudes, creencias, emociones, formas de explicación y conductas frente a los hechos, no de manera formal, ni razonadas lógicamente; sino a través de un saber social, con todas las contradicciones que ello implica. También se ha explicado cómo, en el proceso de adquisición de las creencias, existe un primer estadio en donde éstas son externas a la persona, y otro posterior en el que se internalizan, asimilan y se hacen propias; igualmente explica que los signos y símbolos son construcciones sociales que las personas hacen propias a través de la socialización y el aprendizaje vicario<sup>6</sup>.

## Método

Este es un estudio de corte cualitativo,<sup>a</sup> exploratorio, en el que se enfatiza el contexto en la reconstrucción de representaciones sociales<sup>7</sup>. Participaron 17 informantes identificados en la casa de recreación y apoyo de día "Quinta de las Rosas"<sup>b</sup>. El enfoque básico para acercarse a los sujetos fue introduciéndose entre los miembros de los talleres, ganar su confianza y a continuación pedirle que presentaran a otros<sup>c</sup> y concertar la entrevista o narrativa. Se realizaron las entrevistas y narrativas con aquellos que el grupo de ancianos consideró el mejor informante, apoyándose en el mues-

treo<sup>d</sup> teórico<sup>8</sup>, combinando mínimos de homogeneidad y de heterogeneidad para asegurar la simetría y la diferencia necesaria en el discurso<sup>9</sup>. Se tomó en consideración la edad: 60 años y más; sexo: hombres y mujeres; con y sin padecimientos; con y sin seguridad social.

De las diversas opciones existentes en función de la problemática del estudio, el diseño<sup>e</sup> consideró los siguientes informantes:

Informantes
2 Hombres con seguridad social/sin padecimientos
2 Hombres con seguridad social/con padecimientos:
3 Mujeres con seguridad social/sin padecimientos.
4 Mujeres con seguridad social/con padecimientos.
2 Mujeres sin seguridad social/ sin padecimientos.
2 Mujeres sin seguridad social/con padecimientos.

La obtención de la información se realizó entre enero y octubre del 2004, negociando el acceso desde noviembre y diciembre del 2003.

La fase de negociación permitió tener los registros disponibles sobre los hospitales, asilos, centros de día para atención de los ancianos existentes en el estado, establecer contacto con las autoridades responsables de

<sup>a</sup>El término investigación cualitativa suele ser aplicado a todas aquellas perspectivas de investigación que emergen como alternativa al enfoque positivista. Son toda una serie de tendencias de investigación y cada una de ellas con sus características diferenciales. En lo general este abordaje denota el privilegio por los constructos de los participantes, o los significados que los sujetos de la investigación asignan a sus acciones y se enfatiza el interés por el contexto del estudio; la relación entre el investigador y los otros participantes; los procedimientos y técnicas para la recogida de datos; los tipos de evidencias aducidas en apoyo de las afirmaciones realizadas y la importancia del análisis cualitativo de los datos. Se resalta la importancia de la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, documentos y la conducta observable. Considerando a la investigación cualitativa más que en un conjunto de técnicas para recoger datos: como un modo de encarar el mundo empírico.

<sup>b</sup>Se trata de un centro de apoyo diurno para ancianos que tienen la capacidad de independencia y autocuidado. Localizado en la Ciudad de Xalapa, Ver., Su operación es responsabilidad del DIF estatal.

<sup>c</sup>En la experiencia de Polsky, es preferible empezar tan alto como se pueda, es decir, siendo presentado a la persona de mayor prestigio del grupo que se quiere estudiar. Polsky, N. (1969). Citado en Taylor, S.J. y R. Bogdan. 1995, Introducción a los métodos cualitativos de investigación. México, Paidós

<sup>d</sup>En el muestreo teórico el número de casos estudiados carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada caso para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social. Se incorporan nuevos casos en la medida que los datos así lo indiquen. Se llega al punto de saturación cuando entrevistas adicionales no producen ninguna comprensión auténticamente nueva. Para mayor información revisar las obras de: Glasser, B.G. y Strauss, A. 1967, The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research. Chicago, Aldine. Taylor, (1995). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. México: Paidós. Para Rodríguez el muestreo teórico es un proceso de recolección de datos a partir de la teoría, en la que el investigador al tiempo que recoge, codifica y analiza sus datos, decide que nuevos datos debe recoger. Rodríguez Gómez, 1999. Metodología de la investigación cualitativa. España: Aljibe.

<sup>e</sup> El diseño de proceso es aquel que surge durante la ejecución; tiene que ver con la selección de los nuevos contextos relevantes al problema de investigación. Tiene que ver también con la selección de los nuevos casos individuales y grupales. El tránsito de una fase inicial a otra, está determinado por la capacidad del investigador para la identificación de nuevas rutas de investigación: principio de flexibilidad, e ir incorporando decisiones muestrales, sea hacia la variación o la tipicidad: principio emergente. Es posible imaginar trabajar con otras variaciones, por ejemplo rural e indigenismo, pero eso dependerá de que el dato así lo amerite.

los programas de los ancianos en el estado y hacer que nos “vieran” los ancianos que acuden a la Quinta de las Rosas.

Las técnicas cualitativas para obtener datos de la fase de campo que se reporta, fueron entrevistas<sup>10,11</sup> y autonarraciones<sup>12</sup>. Fueron 11 entrevistas<sup>f</sup> que se realizaron en la “Quinta” (6); en el sitio de trabajo (3), y en el hogar (2). En promedio fueron dos encuentros con cada uno de los entrevistados. Las entrevistas fueron audiograbadas, su duración completa fue alrededor de 35 minutos por persona y se transcribieron en computadora, a más tardar el día siguiente de su realización.

En lo que respecta a las cuatro auto narraciones, se les proporcionaron instrucciones de manera verbal y las preguntas tema por escrito; la elaboración del documento les tomó entre 15 y 20 días, en este lapso de tiempo se les habló por teléfono al menos tres veces y en promedio se les visitó dos veces en su casa. En la casa, además de abordar otros tópicos, permitió conocer un poco más sus condiciones de vida, redes de apoyo y rutinas. Desde luego que no faltó la aparición de temas relacionados con los efectos del padecimiento en la vida de los ancianos y sus complicaciones. Casi la mitad de los participantes, después de haber entregado su material se comunicaron para saber si “había estado bien”, “si necesitábamos otros viejos”.

Para el análisis de datos se tomó como referencia la propuesta del análisis del discurso<sup>13,14,15</sup>; fundamentalmente inductivista, trabajando con conceptos y subconceptos<sup>g</sup>.

Para el análisis de la información, dada la diversidad de perspectivas<sup>16,17</sup>, se siguieron criterios fundamentales, resumidos así:

- a) Estar alerta sobre la validez de los procedimientos de colecta.
- b) Convertir en texto la información recopilada.
- c) Teniendo como referente las observaciones de Renata Tesch respecto de lo que es información cualitativa.<sup>18</sup>
- d) Trabajar con codificadores.
- e) Apoyarse en los planteamientos del análisis del discurso.

Considerando el muestreo, la casa de recreación y apoyo de día “Quinta de las Rosas”<sup>h</sup> fue el escenario específico<sup>i</sup> dado que ahí se reúnen diariamente poco más de 100 ancianos con las características especificadas y por las facilidades de acceso. Una característica que tienen los que asisten a la “Quinta” es que son autosuficientes y cognitivamente sin dificultades, pues son ellos mismo los que organizan, programan y ejecutan los talleres que deciden. Muchos llegan por su propio pie, otros en taxi, unos más los pasan a dejar un familiar. En cuanto entran empiezan a construir grupos y realizar sus actividades.

## Resultados

Después de varias entrevistas con el personal de la “Quinta”, y al percibir el hecho que frecuentemente eran “visitados” y entrevistados por investigadores y estudiantes de diversas disciplinas, se constató que esto había provocado cierta desconfianza tanto del personal como de los ancianos hacia los investigadores sociales, incluso una de ellas decía: “ya me gustaría a mi preguntarles cómo piensan

<sup>f</sup>Para tal fin se diseñó una especie de ficha técnica de identificación y el apoyo de una guía con: Dos temas semi estructurados de respuesta libre. Preguntas estandarizadas. Valles.1997, Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid, Síntesis.

<sup>g</sup>Las evidencias, es decir tal cual se expresa el fenómeno, se le denomina subconcepto, los cuales conforman conceptos y estos categorías.

<sup>h</sup>La “Quinta” se localiza en la ciudad de Xalapa, Veracruz. Es un edificio regionalista con muros de tabique, cubiertas de teja a dos y tres aguas; unidos por circulaciones y rodeados por una extensa área verde. Es accesible para los ancianos. Su operación es responsabilidad del Gobierno del Estado de Veracruz, a través del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

<sup>i</sup>Este apartado se ha elaborado con información obtenida en tres fuentes que registran y controlan las instituciones que prestan algún tipo de servicio a los ancianos: la sede estatal del Instituto Nacional de las Personas Ancianas (INAPAM), Jefatura de Asilos y Hospitales del DIF y la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario, dependiente de los Servicios de Salud de Veracruz.

<sup>j</sup>Por parecer prudente se optó por el uso del significado de territorio específico de R. Sack que dice que un territorio para ser específico puede ser usado tanto para contener o restringir como para excluir X actividad; y los individuos que ejerzan tal control no precisan estar en él, ni siquiera cerca. La definición de territorialidad específica es una estrategia que establece diferentes vías de acceso para disponer de la gente, de los recursos y su interrelación. Sack, 1986, El significado de territorialidad, en Pedro Pérez Herrero (comp.), Nuevas tendencias en el análisis regional. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, pp. 194-204.

llegar hasta donde nosotros hemos llegado” o bien “nos preguntan para copiarnos y vivir más”. Por lo que se decidió presentarse como integrante del Instituto de Salud Pública y no como otro investigador social.

En los diferentes talleres se identificó a los ancianos que participaron, se registraron los datos que permitieron posteriormente localizarlos. Se concertaron reuniones de trabajo, tanto en la “Quinta” como en sus hogares.

### **Características generales de los participantes**

El promedio de edad de los participantes es de 65 y 68 años, hombres y mujeres respectivamente. La escolaridad en los hombres fue: primaria 2 (33.0 %); secundaria 1 (17.0 %); bachillerato 2 (33.0 %) y carrera universitaria 1 (17.0 %). Los que aún trabajan (3), tienen como ocupación principal el ser empleados de gobierno. Todos viven con su familia, que incluye aún hijos conviviendo en el hogar y en dependencia de ellos.

La escolaridad de las mujeres igual que los hombres observa un amplio matiz, con la diferencia que en las mujeres predominan las que no tienen escolaridad y primaria o primaria incompleta: sin escolaridad 1 (9.0 %); primaria completa o incompleta 5 (46.0 %); bachillerato 2 (18.0%); estudios universitarios 3 (27.0 %). El 77.0 % de ellas trabajan, para otros o por su cuenta, y el resto viven de pensión, ayuda de la familia y trabajando en el sector informal.

En lo que respecta a condición de tener o no, algún padecimiento, aunque refieren varios, los que resaltan son, en hombres: Diabetes (1) y problemas músculo esquelético (3). En las mujeres, secuela de cáncer cérvico uterino (1); neurológicos (1); problemas músculo esquelético (3); diabetes e hipertensión (1), e hipertensión y depresión (1)

El 77 % de los hombres y el 64 % de las mujeres refirieron disponer y utilizar los servicios de la seguridad social y otras posibilidades alternativas o complementarias. El resto utiliza para su atención en salud, la opción para población abierta, predominando y otras posibilidades

alternativas, tal como la medicina tradicional, herbolaria y procedimientos orientalistas.

### **Las representaciones sociales: la salud, un don; la enfermedad, una desgracia**

#### **La salud, un don**

Uno de los rasgos comunes a todos los participantes fue el representar la salud como un don; estar sano se trae, se hereda, pero además de un don al que se le atribuye una especie de poder para enfrentar cualquier situación adversa, incluidas las cuestiones ambientales o climáticas, por ejemplo:

“Estar sano es el estado perfecto, la carga genética que cada uno trae al nacer”.

“Al estar sano te lleva a enfrentar cualquier condición tanto climática como de trabajo en condiciones adversas”.

Una de las prácticas que apareció reiteradamente para conservar este don fueron cuestiones asociadas al ejercicio físico y la alimentación. Pero lo más importante de la salud como representación como un don es que a pesar de tener evidencias de enfermedades, o que reconocían expresamente “estar medio loco”, el don solucionaba cualquier inconveniente y decían:

“Realizo caminatas y vivo en contacto con la naturaleza... fumo, estoy medio loco...pero como me mantengo sano no tengo problemas cardiacos ni diabetes”.

Llamó la atención las múltiples referencias en cuestiones de salud a la esfera psicológica. Así se referían a la salud en términos de autoestima alta, tensión, meditación, armonización con la familia, pero el más interesante fue el hablar de la salud en términos de la moralidad, por ejemplo:

“No tengo vicios, me dedico a mi familia, no me olvido de ellos...conservo la moral...no he perdido el sentido de las cosas”.

En este mismo sentido, Yolanda le atribuía la recuperación de su salud después de una enfermedad grave a los cuidados y afecto de sus familiares y por el contrario “muy enferma” cuando carecía de ello.

“Estar sana es estar bien, estar tranquila, tener mu-

cha paz, estar bien conmigo y con la familia”  
La salud si bien está representada como don, éste no es eterno, nos decía Doña Eduviges:  
“Yo no tengo ninguna enfermedad, ni presión, ni colesterol, ni diabetes...de esas enfermedades que mucha gente tiene...yo creo que más adelante sí las tendré”.

Otro matiz que adoptan las representaciones sociales sobre la salud es su valoración a partir de la enfermedad, a partir de que se pierde la salud:

“...y voy a ir y también para que me den por lo de la colitis, me estriño, sufro bastante por eso...” .

### **La enfermedad, una desgracia**

Cuatro son los elementos que conforman la representación social de la enfermedad. El primero<sup>k</sup> de ellos es que es algo a lo que hay que huirle por las limitaciones que conlleva:  
“Estar enferma es lo peor que le puede pasar a un ser humano”.

Adoptando diferentes matices, por ejemplo se encontraron frases como:

“Depender de otras personas”, “No poder trabajar”, “No poder comer lo que te apetezca”, “Afectación anímica”, “Daño a la autoestima”, “Inestabilidad afectiva” “Inestabilidad económica”, “Cambiar la forma de vida”, “La vejez como enfermedad progresiva y mortal”.

El segundo es la presencia de dolor y con una representación social de que controlar el dolor, es controlar la enfermedad, por ejemplo, Magda decía con referencia a una intervención quirúrgica de columna:

“Era un dolor tan insoportable que ya me había acostumbrado, ni siquiera me había dado cuenta que estaba enferma”.

Alejandra al sufrir un accidente

“Como pude me incorporé y fui hacia el sanitario donde lloré y esperé que pasara el dolor, cuando salí una compañera me pregunto si me sentía mejor, tomé un analgésico, se me quitó el dolor y me sentí mejor”.

Yolanda ante un problema de salud en su marido

“Cuando se enfermó de la próstata...tenía que an-

dar con una sonda, pero se le tapaba la sonda y empezaba a sangrar, era sumamente doloroso”

El tercero es que la enfermedad obstaculiza o interrumpe actividades; por ejemplo, el caso de Antonio, cuyo dolor en la pierna y la cadera no lo deja caminar o trabajar:

“Yo tengo un dolor en la pierna, aquí, un dolor que se me sube hasta acá me llega hasta la cadera y ya llegando ese dolor a la cadera no me deja caminar, la cintura, la cintura ya no la puedo doblar”.

De una anciana, con “azúcar”:

“...y pues me dijeron que tenía yo mi azúcar bien alta porque andaba yo bien mareada me acostaba yo y bien mareada iba a tender ropa y me sentía bien mareada, tenía yo que andar bien despacito.”

Rosy, que sufrió una caída:

“...No quedó bien. Y me había quedado así, bien volteada y no podía yo agarrar nada, y ahorita ya tantito yo le hago así...”

El cuarto se relaciona con dos factores: con el grado de sufrimiento y con la duración de las molestias, así se refieren a “enfermedades simples” (a aquellas que se quitan rápido, tienen síntomas evidentes, no te dañan mucho y gastas poco) y a “enfermedades fuertes” (aquellas que no se quitan rápido, no sabes que las tienes, que no tienen síntomas evidentes, dañan mucho y gastas económicamente mucho para atenderte)

Así por ejemplo, para las enfermedades simples como una gripa: “remedios caseros, tes, miel, mucha agua”, entre otros; para problemas en las articulaciones, “frotar los pies y las coyunturas con alcohol”; para un problema de bronquios “poner vic en un periódico y pegarlo en el pecho y la espalda antes de dormir”; para un dolor muscular: “darse masaje”

Para las enfermedades fuertes, además de los remedios caseros es el acudir con alguien que sí sabe, por lo regular médicos o curanderos especializados.

---

<sup>k</sup>Primero no en término de mayor importancia. Únicamente se numeran por cuestiones de presentación.

Encontramos evidencias en los discursos de que las enfermedades simples suelen ser esperadas, mientras que las enfermedades fuertes son sorpresivas a pesar de su carácter crónico, por ejemplo, nos decía Julia:

“Fui al ginecólogo para tratar algo que yo pensaba era sólo una infección. El médico después de una entrevista y me dijo que sí que tenía una infección y que aprovecharía para tomar una muestra y que en unos días le llamará...era la primera vez que tomaba una muestra de Papanicolau...en los días siguientes todo siguió normal, si me inquietaba saber que pasaría, pero era una inquietud pasajera...se me olvidó...dejé pasar unos días más de lo que él (médico) me había dicho...por fin un día le llamé y me dijo que necesitaba hablar conmigo... que en mi examen habían encontrado el virus del Papiloma Humano”.

O bien como nos decía Yolanda

“Tuve una infección en la garganta con temperaturas muy altas y se me quitaban durmiendo... me salen fuegos en la boca y me pongo crema... tengo mucho líquido en las piernas, pero me siento a descansar...sin embargo, hace seis años me enfrenté a una enfermedad conocida como hipertensión arterial...cuando el médico me diagnosticó presión arterial alta realmente no me impactó la noticia, porque me sentía yo muy mal de una gripa que tenía”.

Los ancianos le atribuyen el tener una enfermedad fuerte el hecho de tener “el cuerpo débil”, “la falta de fuerza”, “haber tenido otras enfermedades anteriores” o bien “por algo que se hizo indebido”, a esto último le llaman “perder la armonía”.

Las evidencia que usan como señal de haber transitado por una enfermedad fuerte es la presencia de “cirugías”, “pérdida de órganos”, “mutilaciones médicas” y “el arsenal de medicamentos” que usan como acompañantes de la enfermedad fuerte, incluso hasta dan referencias de los efectos secundarios de los medicamentos y hasta pueden pronunciar el nombre por muy complicado que sea, así por ejemplo: dicen que toman bi-eglucon, avapro, ácido acetil salicílico, incluso da la impresión que estos aprendizajes les otorga poder hacia los demás.

Alrededor de la enfermedad y recuperando las aportaciones de Francisco Mercado respecto la trayectoria de los padecimientos es también posible identificar trayectorias de la enfermedad estable, inestable y deteriorada.

## Discusión

Francisco Mercado refiere que se han formulado diversas propuestas teórico-conceptuales e incontables trabajos de campo en las ciencias sociales, con el propósito de explicar cómo los individuos entienden, interpretan y responden a su enfermedad<sup>19</sup>, y más adelante afirma: la existencia de tres perspectivas de análisis sobre el padecimiento: la primera ve la experiencia del padecimiento, pero desde fuera de la mirada de los sujetos, por lo cual se minimiza o ignora la realidad subjetiva de quien lo padece; una segunda línea de trabajo enfoca el padecimiento bajo una perspectiva desde adentro, o sea, centrada directa y explícitamente en la experiencia subjetiva de vivir con un padecimiento y no es sino hasta mediados de la década de los setenta cuando aparecen los primeros trabajos tendientes a dar una explicación de cómo las personas tratan de enfrentar su enfermedad y llevar una vida tan normal como les es posible, dándole así un énfasis social y psicológico; perspectiva que ayuda a identificar en los ancianos un esquema bipolar: salud/don y enfermedad/desgracia. Representaciones sociales que con claridad muestran la salud asociada con uno mismo y a una relación armoniosa con la naturaleza; la salud desprovista de causas: se tiene la suerte de haber nacido con una buena constitución; por el contrario, la enfermedad es atribuida en gran parte al entorno, al ritmo de vida, a una alimentación mal sana y por último representaciones sociales sobre la salud/enfermedad en el sentido de que las enfermedades comunes no son peligrosas y que las enfermedades graves no ocurren con frecuencia.

## Referencias Bibliográficas

1. MOSCOVICI, S. 1979, *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Huemuel.
2. Ídem. p, 21.
3. IBÁÑEZ GRACIA, T. 1988, *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona, Sendai.
4. GERVAIS, M.C. 2001, The History and actuality of Social Representations, en Duveen G. (ed.), *Social representations. Explorations in social Psychology*. University Press, New York.
5. MOSCOVICI y M. Hewstone 1993, De la ciencia al sentido común, en S. Moscovici (ed.), *Psicología Social II*. Paidós, Barcelona.
6. Ídem.
7. HERNÁNDEZ GUERSON, E. 1998, Una aproximación al análisis cualitativo de los datos, en *Enseñanza e Investigación en Psicología*; vol, 3, núm, 2. *Época*: pp 16-37.
8. KUZEL, J. A. 1992, Sampling in qualitative inquiry, Benjamin F. Crabtree y Willian I. Miller (ed.), en *Doing qualitative research*, SAGE publications, Newbury Park, pp. 31-44.
9. CANALES M. P. 1994, Grupos de discusión, J.M, Delgado, J, Gutiérrez (ed.), en *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Síntesis psicológica, Madrid, pp.287-316.
10. GRAWITZ, M. 1984, *Métodos y técnicas de las ciencias sociales*. Barcelona, Hispano Europea.
11. TAYLOR, S.J. y R. Bogdan. 1995, *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. México, Paidós.
12. REYNAGA, S. 1998, Etnografía y educación, Rebeca Mejía y S. Antonio Sandoval (comp.), en *Tras las vetas de la investigación cualitativa.*, ITESO, México, pp125-148.
13. BREILH, J. 1995, *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*. Ecuador, Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
14. VAN DIJK T. A. 2000, *El discurso como estructura y proceso. vol. I.*, España, Gedisa.
15. FAIRCLOUGH, N. y R. Wodak. 2001, Análisis crítico del discurso, en Van Dijk A. Teun (ed.), *El discurso como interacción social. vol. II.*, Gedisa, España.
16. GUBA, E. 1990, *The paradigm dialog*. Newbury Park, Sage.
17. VAN DIJK T. A. Ibídem
18. BREILH, Ibídem. p, 55.
19. MERCADO MARTÍNEZ, Francisco. 2002, *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. México, Universidad de Guadalajara.