

Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México

Representations of illness among the elderly in Mexico City

Roberto Campos-Navarro ¹
Diana Torrez ²
Elia Nora Arganis-Juárez ¹

¹ Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Brasil 33, Col. Centro, C. P. 0620, México D.F., México.
rcampos@servidor.unam.mx

² Universidad del Norte de Texas. P. O. Box 305010, 907 W. Sycamore, Denton, TX 76201, U. S. A.

Abstract *To examine the principle sociocultural characteristics of the illness experience in a group of senior citizens diagnosed with hypertension, diabetes, and arthritis, a total of 50 subjects over 60 years old were selected to answer an open-ended questionnaire. Using intentional non-probabilistic sampling, 25% of the sample were randomly selected, and semi-structured interviews were conducted. All individuals in the study are covered by social security institutions and receive medical care at a clinic located in southeastern Mexico City. Explanations for antecedents, causes, symptoms, and treatment of the illness relate to the individual social context. Although these seniors provided folk explanations for the causes of their illnesses, they treat themselves with a combination of biomedical and herbal resources. The authors conclude that it is necessary to analyze how the elderly live with chronic illness in order to propose effective measures to improve their quality of life and provision of health care services.*

Key words *Aged; Chronic Disease; Aging Health*

Resumen *Para señalar las principales características socioculturales del padecer de un grupo de ancianos que sufren hipertensión, diabetes y artritis, fueron elegidas 50 personas mayores de 60 años, pacientes de una unidad de medicina familiar ubicada al sureste de la Ciudad de México. Se les aplicó un cuestionario domiciliario y de observación de sus condiciones de vida, con un muestreo por conveniencia no probabilística, y se eligió una muestra del 25%, para posteriormente realizarles entrevistas semiestructuradas. Encontramos que las explicaciones sobre los antecedentes, causas, síntomas y tratamientos del padecimiento están relacionadas con el contexto social en que vive cada uno de los enfermos, donde, a la vez que se mantienen explicaciones populares sobre la causalidad, se establecen prácticas de atención que combinan los tratamientos biomédicos con la herbolaria medicinal. Concluimos que analizar las representaciones de los ancianos con enfermedades crónicas nos permite proponer una serie de acciones para mejorar su calidad de vida y los servicios de atención a la salud dirigidos a ellos.*

Palabras clave *Ancianos; Enfermedad Crónica; Salud del Anciano*

Introducción

En México, el mejoramiento en las condiciones generales de vida y el acceso a los servicios de salud han provocado el descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y el ascenso de las enfermedades crónicas como las principales causas de muerte. Los datos estadísticos muestran que se presentan con mayor frecuencia en las personas de más de 60 años (SSA, 1994 a, 1994b).

Las enfermedades crónicas son vividas y reinterpretadas por los individuos que las sufren convirtiéndose en padecimientos (“*illness*”), como señala Fitzpatrick (1990:38): “*hoy día, las enfermedades crónicas son el mayor problema de salud que enfrenta la medicina, más largos periodos en que el individuo convive con su enfermedad significan también más tiempo en que puede reinterpretar la significación de sus síntomas y de su tratamiento*”.

En los ancianos, el padecer de las enfermedades crónicas se suma al proceso mismo de envejecimiento y a la situación social en que viven. El retiro del mercado de trabajo o la jubilación son acontecimientos que marcan de manera importante esta etapa de la vida, ya que los individuos experimentan una redefinición de sus papeles sociales y porque ven disminuir sus recursos económicos (García, 1998).

Hombres y mujeres mayores de 60 años, con limitaciones financieras, a veces no sólo enfrentan una enfermedad sino varias, pues suelen surgir las complicaciones y otros malestares relacionados que, al ser crónicos y degenerativos, van a ocasionar una mayor incapacidad y una creciente invalidez. Por si fuera poco, los recursos que brinda la biomedicina no los cura, pues únicamente pueden ofrecer cierto alivio, así como un relativo e inestable control físico y conductual (Devillard et al., 1991).

De esta manera, el padecimiento se constituye en uno de los eventos más significativos en la vida de los ancianos que lo sufren. Es una experiencia que no puede ser evitada, sino que es vivida como un todo. La enfermedad y la vida se convierten en una experiencia unificada (Kleinman et al., 1992).

Desde una perspectiva teórica, en la antropología médica norteamericana se reconocen tres dimensiones de la enfermedad: “*disease*” (o enfermedad propiamente dicha) se refiere a la anormalidad en la estructura y función del órgano o sistema de órganos. Se trata de estados patológicos reconocidos en el campo de la biomedicina y que pueden o no ser culturalmente reconocidos; “*illness*” (padecimiento) corresponde a las percepciones y experiencias de cier-

tos estados devaluados socialmente, incluyendo (pero no limitándolo) a la enfermedad; por último, “*sickness*” es utilizada para designar un término general que comprende las dos dimensiones anteriores, es decir, la enfermedad y el padecimiento (Kleinman, 1980, 1988).

Otros autores proponen una redefinición del concepto *sickness*, considerándolo como el proceso por el cual a los signos conductuales y biológicos originados por la enfermedad se les dan significados socialmente reconocidos (Young, 1982).

Jean Benoist considera que *sickness* permite dar cuenta de las condiciones sociales e históricas de elaboración de las representaciones sociales del enfermo y de las del médico, cualquiera que sea la sociedad involucrada. De este modo se lo utiliza para designar el proceso de socialización de *disease* e *illness* (Laplantine, 1999).

Por otra parte, Kleinman y colaboradores plantean que las redes semánticas del padecimiento están relacionadas a los sistemas de conocimiento médico a través de los denominados “*explanatory models of illness*” (modelos explicativos del padecimiento), que constituyen el conjunto de creencias que incluyen todos o algunos de estos cinco puntos: (a) la etiología, (b) el conjunto de síntomas, (c) la fisiopatología, (d) el curso de la enfermedad (en cuanto a severidad y tipo de rol del enfermo) y (e) el tratamiento. De este modo, se identifican tres modelos básicos: el profesional, el popular – que incluye a la familia y a la comunidad – y el folk, refiriéndose a los curadores no profesionales (Kleinman et al., 1978).

El modelo explicativo del padecimiento surgió en la literatura de las ciencias sociales y de la salud. Se basa en la premisa de la construcción social de la realidad. Utiliza una aproximación interactiva, que enfatiza las variaciones entre los modelos que construyen por un lado los pacientes y, por el otro, los médicos. Los modelos explicativos, las nociones acerca de la enfermedad y su tratamiento son manejados por curadores y pacientes en todos los sistemas de salud. Ofrecen explicaciones de las enfermedades y de los tratamientos, guían las elecciones acerca de terapias y terapeutas disponibles y dan significado social a la experiencia de la enfermedad. Estos modelos manejan sistemas de creencias acerca de la enfermedad y del cuidado de la salud. El modelo explicativo es una respuesta a un episodio específico de enfermedad crónica o aguda y no es estático, pues refleja las creencias manejadas en un tiempo y un espacio particular.

Los paradigmas de padecimiento manejados por los pacientes son diferentes de los pa-

radigmas médicos de la enfermedad. El estudio de los modelos explicativos indica como los pacientes entienden episodios dados de enfermedad y como ellos escogen y evalúan los tratamientos particulares. La variación en los modelos del médico y del paciente reflejan entendimientos o diferencias culturales subyacentes. Puede haber afinidades y conflictos entre médicos y pacientes, de allí que sea necesario analizar cuáles son las explicaciones sobre la enfermedad que cada uno maneja.

En México, desde la década de los setentas, Martínez-Cortés, médico clínico, estableció conceptos alrededor de la relación médico-paciente y propuso el término “*padecer médico*” para señalar las anormalidades y malestares de carácter psíquico y sociocultural que el enfermo vive como consecuencia de su enfermedad (Martínez-Cortés, 1983). Varios trabajos en el occidente de México, particularmente en Guadalajara, al analizar la experiencia del padecimiento crónico, encontraron que una mayoría significativa de los enfermos que acuden a los servicios de salud no están controlados, y sólo un número reducido cumple con las indicaciones médicas (Mercado, 1998). Dichas circunstancias se asociaron con las fuentes de apoyo disponibles en su grupo doméstico, y el cumplimiento varió de acuerdo al grupo social específico y al género (Robles & Mercado, 1993). Además, fueron identificados los miembros del grupo doméstico que brindan auxilio al enfermo y las actividades realizadas alrededor del cumplimiento del tratamiento (Robles et al., 1995; Robles & Moreno, 1996).

Publicaciones recientes de estos investigadores muestran la percepción de los sujetos sobre la progresión de su padecimiento y las respuestas emprendidas para enfrentarla; reconocen el papel activo que juega el sujeto en la percepción y en el manejo de su padecimiento, e incorporan la dimensión temporal en el análisis de la enfermedad o del padecimiento (Mercado et al., 1998, 1999).

Desde otra orientación, al manifestarse el padecimiento, las personas organizan sus prácticas de atención de acuerdo a las condiciones de los diferentes tipos de capital que posean: económico, cultural y social. Estos capitales influirán en los recursos disponibles que son susceptibles de ser utilizados consciente o inconscientemente por los diferentes conjuntos sociales, a modo de instrumento para organizar sus acciones y dar respuesta a una situación determinada en su práctica social (Bourdieu, 1979).

En este sentido, el capital sociocultural existirá en relación directa con la conformación de

un determinado *habitus* o “*sistema de esquemas generadores de prácticas...*” (Bourdieu, 1991:156).

Debido a la heterogeneidad cultural y a la estratificación social, se expresan diversos modelos explicativos para los padecimientos que generan prácticas delimitadas por los *habitus* del grupo social en el que se encuentran inscritos, si bien la atención biomédica que utilizan los ancianos en las zonas urbanas constituye la práctica más relevante, los tratamientos alternativos deben también ser considerados (Campos-Navarro et al., 2001).

Material y métodos

Este trabajo es una exploración inicial de un proyecto de mayor alcance, en el cual pretendemos estudiar la manera concreta del padecer (*illness*) que tiene una población de ancianos con enfermedades crónicas. Para ello, se realizó una investigación cualitativa con pacientes de la Unidad Médica Familiar (UMF) #160 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Esta clínica, ubicada en el sureste de la Ciudad de México, contaba en 1999 con un registro computarizado de sus 84.600 pacientes. De ellos se localizaron 6.108 expedientes de ancianos que padecían alguna enfermedad crónica degenerativa. El 51% sufría hipertensión arterial, 30%, diabetes mellitus tipo 2 y 11%, una alteración osteoarticular. Se eligió por azar el 10% del total y, después de una revisión de los expedientes, se eligió a un grupo de 50 personas de 60 años y más, de los cuales 35 eran mujeres y 15 hombres. Se les aplicó una encuesta domiciliaria con 85 preguntas abiertas y cerradas, que indagaban sobre los antecedentes de su padecer, la causalidad atribuida, los signos y síntomas, las complicaciones sufridas y los tratamientos utilizados. Todo ello se acompañó con la observación de sus condiciones de vida. Posteriormente, se eligió por muestreo intencional no probabilístico a un pequeño grupo del 25% de los informantes, a los cuales se les realizó una serie de entrevistas en profundidad para que nos brindaran los datos necesarios para entender su padecer.

Criterios de inclusión: ser derechohabiente del IMSS mayor de 60 años, registrado en la UMF 160, con enfermedad crónica degenerativa (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II y/o artritis), que aceptara participar en el estudio.

Criterios de exclusión: no pertenecer al IMSS, menor de 60 años, sin enfermedad crónica degenerativa y que no accediera a ser entrevistado.

Criterios de eliminación: cuando el derecho-habiente seleccionado no se encontrara en el domicilio registrado por la unidad médica. Los resultados mostraron la situación diferencial en que viven y padecen su enfermedad hombres y mujeres ancianos, cuyos datos expon-dremos a continuación.

Características generales de la población se-leccionada. La población se ubica entre los 60 y 75 años de edad, tiene una escolaridad de primaria y primaria incompleta aunque el 28% de las mujeres es analfabeta. El 64% de ellos son migrantes de estados del centro y sur de la República Mexicana.

Casi todos los hombres entrevistados reciben sus pensiones como resultado del beneficio directo que se obtiene por su vínculo al trabajo y de sus aportes a la seguridad social; encontramos un pequeño porcentaje del 4% que estaba asegurado por sus hijos y que trabajaba de manera independiente en oficios diversos.

Si bien para la población afiliada al IMSS el tener una pensión implica gozar de recursos económicos propios que les permitan disponer, mantener o adquirir cierto nivel de independencia respecto a otros miembros del hogar, encontramos que, debido a las condiciones laborales imperantes en nuestro país, el número de mujeres jubiladas o pensionadas es menor que el de los hombres. Las mujeres asisten con frecuencia a los servicios de salud, pero la mayoría de ellas acceden como un beneficio transferido de hijos a padres o por su condición de esposas y/o concubinas del trabajador. Actualmente son amas de casa, aunque algunas señalan haber trabajado en algún momento de su vida; a pesar de su enfermedad, las mujeres realizan sus actividades domésticas cotidianas y dedican parte de su tiempo a cuidar a los nietos, apoyando a sus hijas y nueras.

El nivel socioeconómico es bajo, el promedio de ingreso familiar es de uno a dos salarios mínimos (100 a 150 dólares mensuales). Cuentan con vivienda propia, y los servicios urbanos varían de acuerdo a la colonia en que están ubicadas.

Las enfermedades crónico-degenerativas tienen diversas repercusiones, según la composición del grupo doméstico: número de integrantes, edad, miembros que trabajan, etc., por lo que encontramos hombres y mujeres a las que la enfermedad ha ocasionado mínimas molestias, mientras que otros enfermos presentan múltiples complicaciones que les impiden desenvolverse en su vida cotidiana.

Resultados

En las siguientes líneas se presentarán, en forma sintética, los resultados sobresalientes obtenidos en las encuestas y entrevistas, agrupándolos en cinco secciones temáticas: los antecedentes personales, la causalidad, las ideas sobre la enfermedad, los tratamientos utilizados y el apoyo social.

Los antecedentes personales

Aunque el padecer de las enfermedades crónicas se inicia en la edad adulta, algunos ancianos enfermos de hipertensión, diabetes y artritis ubican sus antecedentes en las primeras etapas de su vida, narran historias de pobreza y trabajo duro, que para ellos son los causantes iniciales de su enfermedad.

Martha explica: “*Esta enfermedad (la hipertensión) es resultado de que empecé a trabajar desde muy chica, recuerdo que tenía seis años cuando me llevaban a una fonda de las cuatro de la mañana a las 11 de la noche, allí barría la banqueteta y lavaba los trastos, hacia los mandados hasta que me iban a buscar en la noche, ganaba 25 centavos mensuales. Más adelante me casé y mi situación no cambió mucho, mi esposo tampoco sabía leer ni escribir, trabajaba mucho, rentaba tierras y sembraba a medias pero había veces que no sacaba nada. Al ver que no mejorábamos, nos venimos a México*”.

Los enfermos que son originarios de otros estados de la República señalan como la búsqueda de mejores condiciones de vida los impulsó a trasladarse a la Ciudad de México, aunque algunos llegaron desde la infancia y otros ya adultos e incluso casados, destacan el hecho de que tuvieron diversos trabajos y lugares de residencia antes de ubicarse en su domicilio actual, ya que la mayor parte de las colonias donde viven son relativamente recientes (12 a 20 años).

Así nos dice Ruth: “*Soy de Puebla, pero cuando me casé me fui a vivir a Orizaba (Veracruz); en ese tiempo mis hijos estaban chicos, después, como no había trabajo, nos venimos a México, llegamos de paracaidistas (personas que llegan a ocupar terrenos baldíos de manera ilegal)*”.

Jorge señala: “*No terminé la primaria, es que antes me dedicaba al campo, un tiempo tuve seguro, pues trabajaba en una laminadora (actualmente está asegurado como padre del trabajador), también trabajé en el Departamento (denominación del gobierno del Distrito Federal), antes vivíamos en la colonia Anáhuac, pero nos pidieron la casa, entonces me movilicé*

y pude conseguir esta casita, cuando llegamos a vivir aquí, hace 12 años, estaba muy feo pero ahora se ha compuesto”.

La causalidad

Aunque el 10% de los enfermos dice no saber la causa de su enfermedad, dentro de las entrevistas surgieron ciertas causas que podemos agrupar de acuerdo al padecimiento y al género. Encontramos que, si bien se aceptan las explicaciones biomédicas de la herencia, ciertos eventos dentro de la historia personal del paciente se convierten en las causas desencadenantes de su enfermedad. En este sentido, podemos ver que el elemento fundamental para las explicaciones de su padecer son sus relaciones sociales.

Mientras para los hombres el origen de sus problemas de salud se encuentra vinculado frecuentemente con accidentes o con acontecimientos imprevistos en su trabajo, las mujeres interpretan las causas de su enfermedad en sus relaciones familiares, los problemas emocionales: corajes, preocupaciones, impresiones se consideran como causas de su enfermedad. Marina, por ejemplo, dice: *“me enfermé por un fuerte coraje que hice con mi esposo, de eso me puse mal”*. En cambio, Alberto, que padece el mismo mal, considera: *“antes manejaba un camión y tuve varios sustos en la carretera, creo que eso es lo que ocasionó mi enfermedad”*.

La diabetes mellitus se asoció significativamente a los sustos, los hombres señalan como, por razones de su trabajo, se ven enfrentados a hechos violentos o accidentes que los llevaron a enfermarse; mientras que las mujeres destacaron sobre todo situaciones emocionales: el coraje, el sufrimiento, las preocupaciones y los problemas familiares, en un solo caso se consideró la alegría excesiva al celebrarse el matrimonio por la iglesia, después de muchos años de vivir con su pareja.

Nos cuenta Salvador: *“trabajaba en una cantina y a eso de las dos de la mañana llegaron unos hombres pistola en mano y nos asaltaron, salí corriendo de allí y me dieron de balazos, todavía tengo huellas en una pierna de una esquirla de bala que se me enterró, los médicos no me la quitaron porque me dijeron que era muy pequeña y me harían más daño si me la quitaran”*.

Néstor relata: *“me dio diabetes porque estoy muy espantado, todo empezó hace más de 30 años, vivía en el rancho con mi esposa, entonces una noche se veía una luz y mi esposa me dijo: viejo te quieren matar; entonces le dije: ¿Por qué me habían de querer matar?, entonces ella me*

contestó: ya vez que hay gente mala. Me fui entonces a ver la luz que se veía como si alguien llevara una lámpara, me acercaba y se oía un ruido de la luz que se alejaba, entonces me di cuenta de que no era un vivo el que estaba allí”.

Julieta explicaba: *“fui a ver a mi hija que vive en Cancún y me impresioné mucho por el huracán Gilberto”*. Mientras la señora Trinidad decía: *“empecé con la diabetes hace veintitantos años, ya ni me acuerdo, a la muerte de mi mamá empecé a bajar de peso, la ropa me nadaba, pero además empecé a tener mucha sed en las noches y mareos”*.

La hipertensión arterial también se asocia a sustos, preocupaciones y corajes, aunque aparecen algunas situaciones como la herencia, fatiga por el ejercicio físico, una dieta para bajar de peso o la *reuma biliosa*.

Martina dice: *“todo empezó cuando me puse a dieta para bajar de peso, me recetaron unas pastillas que quitaban el hambre, pero, desde que me las empecé a tomar, aunque bajé de peso, no me sentía bien, no me daba hambre y sólo comía lo de la dieta, no me di cuenta de que estaba enferma sino hasta que fui al médico”*.

Gerardo recuerda los inicios de su enfermedad: *“me enfermé por el temblor del 85, trabajaba en una imprenta del centro y empezábamos temprano, tenía problemas de presión, pero fue hasta el temblor que se me subió, aunque en la imprenta no pasó nada, si me asusté cuando salí de allí y empecé a ver todos los edificios caídos”*.

Lupe considera que su enfermedad es resultado de una alegría: *“me enfermé el día que me casé por la iglesia con mi esposo, después de vivir más de quince años en unión libre”*.

La artritis se asocia a elementos de la concepción de frío y caliente. Estar en una situación caliente: después del parto o al planchar y exponerse al frío y a la humedad puede ocasionar la enfermedad.

Anita relata las circunstancias que ocasionaron su artritis: *“mi enfermedad empezó con mi último parto, me había atendido en particular, pero en el último, en la 43 (una clínica de especialidades del IMSS), me mandaron a La Raza (hospital de especialidades), allí tuve a mi hijo a las ocho de la mañana y, a las nueve, las enfermeras me dijeron que me bañara, yo le dije al doctor y él me dijo que dijera que tenía gripa, pero aún así me hicieron bañarme, pero ya no había agua caliente sino fría, desde entonces estoy mal”*.

Rosa expresa ideas similares: *“creo que me enfermé porque antes lavaba y planchaba, la frialdad se me metió en los huesos”*.

Las ideas sobre la enfermedad

Los personas han recibido las explicaciones médicas sobre sus enfermedades, sin embargo, encontramos que no existe una idea clara de cómo estas enfermedades actúan. Así, relacionan a la diabetes con el azúcar en la sangre y la falta de insulina, *la diabetes todo lo destruye, es una enfermedad horrible*. La hipertensión arterial la consideran como que: *el corazón late muy fuerte, la sangre corre muy rápido*. Mientras que en la artritis *se hacen bolas en las articulaciones, los dedos se enchuecan*.

Los síntomas que describen las personas se ajustan a los cuadros clínicos de cada enfermedad, aunque consideran que las molestias se incrementan con los problemas particulares de cada persona, donde nuevamente el contexto social se considera muy importante en el padecer. Por otra parte, la edad es un elemento que no se relaciona de manera directa con la enfermedad, sin embargo se considera que el envejecimiento es un desgaste del organismo, *con la edad todo se acaba, los huesos se van gastando*, la menopausia es un aspecto que algunas mujeres asocian a la aparición de su padecimiento, pero no está muy claro si es un factor coincidente o desencadenante.

Los tratamientos utilizados

Respecto a los tratamientos, estas enfermedades están fuertemente medicalizadas, la biomedicina es la forma de atención más utilizada, ya sea asistiendo a la clínica del IMSS que les corresponde, al centro de salud de la Secretaría de Salud o a la medicina privada en los pequeños consultorios cercanos a sus domicilios. Encontramos que se utilizan muy poco los terapeutas populares, a pesar de que, por ejemplo, se considera que la diabetes se causó por un susto, sólo en un caso hicieron curaciones por un especialista popular. Las plantas medicinales son ampliamente utilizadas, pero se accede a ellas a través de recomendaciones de familiares y amigos.

Con relación a los programas de atención a su enfermedad, el 60% dice haber acudido a pláticas y orientación dentro del IMSS, pero en la actualidad no participan. Sólo el 14% realiza actividades dentro del Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), casi todas son mujeres, aunque señalan tener dificultades para asistir, por sus malestares, sus labores domésticas y el cuidado de los nietos.

Estas personas saben que su enfermedad es crónica y que no tiene curación, los médicos han insistido mucho con ellas sobre este tema.

Dice José: *“el médico me dijo que si un médico de veras descubriera como curar la diabetes se haría millonario y le darían el premio Nobel”*. Aún cuando algunos de ellos señalan la posibilidad de que pueda descubrirse una cura, señalan que, por su edad, a lo mejor ya no les toca la curación.

El apoyo social

Hombres y mujeres cuentan con el apoyo de sus parejas, los que están viudos, aproximadamente un 30% de la muestra, viven con sus hijos, sin embargo, encontramos mujeres que viven solas, pero reciben ayuda de algún tipo. Las mujeres señalan haber tenido muchos hijos (4 a 13), cuentan ante todo con el apoyo otras mujeres: hijas principalmente, pero también de hermanas, sobrinas, cuñadas o nueras, para realizar las actividades domésticas y acompañarlas a la atención médica. Los varones de la familia proporcionan recursos económicos, pero el 40% de las mujeres casadas contestaron que no recibían nada de su pareja, sólo de sus hijos, mientras que un 31% de ellas que dijeron ser casadas actualmente están separadas de sus esposos y viven con sus hijos.

La situación familiar es una fuente importante de problemas para hombres y mujeres, aunque la mayoría de los entrevistados se encuentra en condiciones de control de su enfermedad, existe la preocupación por los problemas de salud de la pareja; encontramos que al menos el 10% de ellos tienen cónyuges enfermos de cierta gravedad.

Aunque los hijos son adultos, existe una preocupación constante por las condiciones de vida que ellos enfrentan, ya que existe una relación de interdependencia emocional y económica con ellos.

Angeles comenta: *“una de mis hijas se dejó de su marido y llegó a vivir conmigo, ahora le tengo que hacer de comer y no puedo hacer mi dieta, le voy a decir que se vaya a su casa”*.

Nicolasa relata: *“tengo un hijo que es borracho y maltrata a su esposa y a sus hijas, viven conmigo y ya le he dicho que no lo haga, pero no hace caso, le digo a mi nuera que lo corra, a ver si así entiende”*

Joaquín explica: *“de mis dos hijos sólo tengo preocupaciones, cuando estaban solteros, se iban a las fiestas los sábados y no regresaban hasta el domingo, ni caso me hacían, ahora que están casados vienen a verme cuando quieren, uno de ellos si me apoya y me da una ayuda, pero el otro sólo me trae problemas”*.

A pesar de su enfermedad, las mujeres realizan actividades domésticas y dedican gran par-

te de su tiempo al cuidado de los nietos, apoyando a sus hijas y nueras. Los hombres se encuentran en situaciones diferenciales; los que están en mejores condiciones de salud buscan desempeñar alguna actividad para allegarse recursos ante lo reducido de sus pensiones, cuando están incapacitados, dependen del apoyo de sus hijos para su atención.

La interrelación con los nietos es diferente de acuerdo a las condiciones propias de cada grupo doméstico, donde influyen la situación económica así como la composición del grupo. Las mujeres que tienen nietos pequeños a su cuidado manifiestan una estrecha relación con ellos: *quiero mucho a mi nieto* (un niño de seis años), *él es mi compañero*. Cuando los nietos son mayores de edad, se convierten en un apoyo más para los enfermos, aunque no siempre se pueda contar con ellos. Aurora comenta: *"tengo dos nietas, la más chica se aburre y la otra es casada y su marido no me la presta"*.

Discusión

Las representaciones sobre el padecer son incorporadas de acuerdo a las circunstancias de vida de quienes están enfermos. Investigaciones realizadas por otros autores nos muestran situaciones parecidas a las encontradas entre nuestros informantes; por ejemplo, Cohen et al. (1994), Hernández (1995) y Hunt et al. (1998) notaron que los pacientes y médicos enfatizan diferentes dominios en sus modelos explicativos. Los pacientes enfatizan dificultades en el dominio social y el impacto en sus vidas, mientras que los del equipo de salud están más dirigidos a los problemas fisiopatológicos y al impacto físico de la enfermedad.

Aunque la mayoría aceptan las causas biomédicamente aceptadas como herencia y dieta, elaboran estos conceptos dentro de construcciones relevantes, pero citando como factores provocadores su conducta o eventos. Sus modelos causales son por consiguiente específicos a su historia personal y consistentes con sus experiencias con tratamientos exitosos o no, las circunstancias estresantes de vida formaron la perspectiva de los entrevistados con relación al origen de la enfermedad. Por consiguiente, si bien se les diagnóstica una enfermedad *disease*, tienen un padecimiento diferencial *illness*, donde la enfermedad se representa de formas diversas; así puede manejarse un modelo relacional que alude al medio social y económico del individuo, como es el caso de la diabetes y de la hipertensión, o referirse a un modelo de ruptura del equilibrio

interno del individuo, como es el caso de la artritis.

En ambos casos, se considera a la enfermedad como una presencia que penetra al cuerpo, que se fija al nivel de un órgano o como síntomas difusos, estableciéndose una serie de ideas sobre el cuerpo enfermo que señalan a la enfermedad como algo que circula (Laplantine, 1999).

Existe un modelo de referencia común *sickness* que considera a las enfermedades como entidades exógenas, que se apoderan de los individuos y se localizan en algún lugar del cuerpo (Laplantine, 1999).

La comprensión de los modelos explicativos del padecimiento relacionados con el contexto puede aclarar la toma de decisiones sobre los tratamientos. Encontramos que los enfermos crónicos establecen una serie de estrategias para enfrentar su enfermedad que se caracterizan por la búsqueda incesante de encontrar una solución a un padecimiento para el que la biomedicina sólo ofrece cierto control (Arganis, 1998). Las prácticas de atención que utilizan los enfermos son dinámicas, se transforman, se sintetizan con otras prácticas, se modifican parcialmente o desaparecen, ya que son estrategias cuya diferenciación está dada por las condiciones ideológicas y económicas que permiten establecer posibilidades y alternativas para hacer frente a la enfermedad de una manera dinámica e integral, en la búsqueda de una solución para su padecer (Menéndez, 1983; Mercado, 1996).

El proceso de hegemonización es creciente en cuanto a las representaciones y prácticas de las personas con enfermedades crónicas. Reconocen la eficacia de los médicos y de la prescripción médica en su enfermedad, aunque esto no impide el señalamiento de las deficiencias en la atención, así como la búsqueda de la eficacia curativa en la combinatoria con recursos de otras medicinas, mezcla construida socialmente, pero que aparece como respuesta individual de cada paciente.

De esta manera, la población ubica la atención de la enfermedad en la lógica de la ideología hegemónica, donde predomina el individualismo, los procesos mercantiles, la secularización, así como la responsabilidad personal y familiar en el mantenimiento de la salud o de la enfermedad.

Las mujeres ancianas se encuentran en una posición social de desventaja, que se refleja en su estado de salud, en una escolaridad deficiente y restringida, en un acceso limitado a la seguridad social, y a mínimas oportunidades de desarrollo en las esferas social, política y

económica, que son reflejo de la desigualdad de género imperante en la sociedad y que ha sido estudiada para otros grupos de edad (Figueroa, 1998).

Aunque cuentan con los servicios de seguridad social del IMSS, una proporción considerable de estos ancianos enfermos acude a los servicios privados; esto se debe fundamentalmente a los problemas de accesibilidad del servicio, ya que el traslado a la clínica que les corresponde implica un gasto de tiempo y que, a veces, no tienen quien les acompañe, por lo que se recurre al médico privado que se encuentre más cercano.

Si bien reconocen que la atención médica recibida en el IMSS es buena, utilizan de manera complementaria tratamientos herbolarios, de acuerdo a una serie de expectativas de la posible curación de su padecer. El cumplimiento del tratamiento médico se dificulta por las condiciones socioeconómicas concretas en que viven los ancianos: ingresos reducidos, dependencia del grupo doméstico y, en algunas ocasiones, aunque vivan con su familia, soledad o aislamiento.

Los ancianos con menores ingresos son los que menor oportunidad tienen de participar en los programas de atención institucionales de apoyo como son la formación de clubes y grupos de autoayuda para recibir pláticas de orientación sobre sus enfermedades, hacer ejercicios y otras actividades recreativas; aunque implican beneficios para ellos, tienen otras necesidades inmediatas: cuidar a los nietos, realizar actividades domésticas e incluso trabajar en empleos ocasionales, lo que tiene repercusiones para su salud. Así, se establece una participación diferencial en los programas de acuerdo al nivel socioeconómico.

Conclusiones

Es importante examinar las relaciones entre las representaciones y las experiencias con el padecimiento y con el tratamiento para entender mejor las orientaciones de los pacientes. Debe

considerarse que los pacientes interpretan su padecer, procuran hacer sentido de sus experiencias específicas con su enfermedad y las integran con conceptos generales del proceso de la enfermedad y manejo señaladas por el personal médico. Ellos, con frecuencia, producen modelos causales que son significativos en términos de su historia personal y, al mismo tiempo, pueden aceptar algunas de las explicaciones biomédicas de la causalidad que son notablemente distantes de la experiencia del padecer. Desde la perspectiva del paciente, la explicación causal que ellos buscan es lo que podría haber estado mal en sus propias biografías, toman y evalúan acciones para conducir el padecimiento dentro de un contexto no sólo cultural sino socioeconómico, que llega a determinar las posibilidades de atención a su padecer.

Se deben elaborar estudios más profundos sobre la situación de las personas mayores de 60 años, teniendo en mente las condiciones desfavorables en que se desenvuelven en la sociedad, incorporar la visión de género a la interpretación de los problemas de salud y la participación de la población en el diseño de las estrategias de atención. Esto permitirá desarrollar programas y servicios que ayuden a las ancianas y los ancianos a tener una mejor calidad de vida.

De acuerdo a los resultados de esta investigación, proponemos las siguientes líneas de acción: (a) abandonar la visión exclusivamente curativa o paliativa que maneja la biomedicina que reduce la problemática a una esfera estrictamente individual; (b) establecer programas inter-institucionales para la atención integral de las ancianas y de los ancianos enfermos, en los cuales se maneje un diagnóstico temprano, una canalización adecuada y una oportuna rehabilitación, y (c) promover la organización de agrupaciones o clubes de enfermos crónicos que permitan involucrar a los integrantes en actividades – no sólo recreativas sino productivas – que les permitan encontrar alternativas creativas para enfrentar la enfermedad.

Referencias

- ARGANIS, E., 1998. *Estrategias para la Atención a la Diabetes Mellitus, de Enfermos Residentes en Cosamaloapan Veracruz*. Tesis de Maestría, México, DF: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- BOURDIEU, P., 1979. Les trois états du capital culturel. *Actes de la Recherche*, 30:3-6.
- BOURDIEU, P., 1991. *El Sentido Práctico*. Madrid: Taurus.
- CAMPOS-NAVARRO, R.; TORRES, D.; ARGANIS, E. & SABIDO, C., 2001. Autoterapias complementarias de adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 39:15-19.
- COHEN, M. Z.; TRIPP-REIMER, T.; SMITH, C.; SO-ROFMAN, B. & LIVEL, Y. S., 1994. Explanatory models of diabetes: Patient practitioner variation. *Social Science and Medicine*, 38:59-66.
- DEVILLARD, M. J.; OTEGUI, R. & GARCIA, P., 1991. *La Voz Callada. Aproximación Antropológica Social al Enfermo de Artritis Reumatoide*. Madrid: Consejería de Salud, Comunidad de Madrid.
- FIGUEROA, P., 1998. *La Condición de la Mujer en el Espacio de la Salud*. México, DF: El Colegio de México.
- FITZPATRICK, R., 1990. Conceptos comunes de enfermedad. In: *La Enfermedad como Experiencia* (R. Fitzpatrick, J. Hinton, N. Staton, G. Scambler & J. Thompson, org.), pp. 19-41, México, DF: Fondo de Cultura Económica.
- GARCIA, H., 1998. Sistemas de soporte a la vejez. Apoyos formales e informales en el área metropolitana de Monterrey. In: *La Población de México al Final del Siglo XX* (B. H. Hernández & C. Menkes, coord.), v. 1, pp. 403-416, Cuernavaca, México, DF: Sociedad Mexicana de Demografía/ Universidad Nacional Autónoma de México.
- HERNANDEZ, C. A., 1995. The experience of living with insulin-dependent diabetes: Lessons for the diabetes educator. *Diabetes Educator*, 21:33-37.
- HUNT, L. M.; VALENZUELA, M. A. & PUGH, J., 1998. ¿Por qué me tocó a mí? Mexican American diabetes patients' causal stories and their relationship to treatment behaviors. *Social Science and Medicine*, 46:959-969.
- KLEINMAN, A., 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, A., 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- KLEINMAN, A.; BRODWIN, P.; GOOD, B. & DELVECCHIO-GOOD, M., 1992. Pain as human experience: An introduction. In: *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective* (M. DelVecchio, P. Brodwin, B. Good & A. Kleinman, ed.), pp. 1-28, Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, A.; EISENBERG, L. & GOOD, B., 1978. Clinical lessons from anthropologic and cross cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88: 251-258.
- LAPLANTINE, F., 1999. *Antropología de la Enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- MARTINEZ-CORTES, F., 1983. *Enfermedad y Padecer*. México, DF: Ediciones Medicina del Hombre en su Totalidad.
- MENENDEZ, E., 1983. *Hacia una Práctica Médica Alternativa. Hegemonía y Autoatención (Gestión) en Salud*. México, DF: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- MERCADO, F., 1996. *Entre el Infierno y la Gloria*. Tesis de Doctorado, México, DF: El Colegio de Michoacán.
- MERCADO, F., 1998. El manejo del tratamiento médico en el marco de la vida diaria. *Relaciones*, 19: 137-164.
- MERCADO, F.; ROBLES, S. L.; RAMOS, H. I.; MORENO, L. N. & ALCANTARA, H. E., 1999. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cadernos de Saúde Pública*, 15: 179-186.
- MERCADO, F.; ROBLES, S. L.; RAMOS, H. I.; TORRES, L. T.; ALCANTARA, H. T. & MORENO, L. N., 1998. La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular de Guadalajara. In: *Investigación Cualitativa en Salud. Perspectivas desde el Occidente de México* (F. J. Mercado & L. Robles, org.), pp. 223-246, México, DF: Universidad de Guadalajara.
- ROBLES, S. L. & MERCADO, F., 1993. El apoyo familiar y el cumplimiento del tratamiento médico en individuos con diabetes mellitus no insulino-dependiente. In: *Familia Sociedad y Salud* (F. J. Mercado, C. A. Denman, A. Escobar, C. Infante & L. Robles, org.), pp. 310-333, México, DF: Universidad de Guadalajara.
- ROBLES, S. L.; MERCADO, F.; RAMOS, H. I.; ALCANTARA, H. E. & MORENO, L. N., 1995. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. *Salud Pública de México*, 37:187-196.
- ROBLES, S. L. & MORENO, L. N., 1996. El anciano, la enfermedad crónica y su familia. In: *Dinámica Demográfica y Cambio Social* (C. Welti, ed.), pp. 37-51, México, DF: Programa Latinoamericano de Actividades en Población.
- SSA (Secretaría de Salud), 1994a. *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*. México, DF: SSA.
- SSA (Secretaría de Salud), 1994b. *La Transición en Salud. Origen, Rumbo y Destino*. Cuadernos de Salud. México, DF: SSA.
- YOUNG, A., 1982. The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11:257-285.

Recibido el 13 de marzo de 2001

Versión final presentada el 21 de noviembre de 2001

Aprobado el 4 de marzo de 2002