




Universidad de Costa Rica

www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades

Representaciones sociales de la COVID-19 en adultos mayores mexicanos al inicio y dos años después de la pandemia

Social Representations of COVID-19 of Mexican Older People: At the Beginning and Two Years After the Pandemic


Teresa M. Torres-Lopez ¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4157-5073>


Clarisse Abigail Lozano-Valenzuela ³

 <https://orcid.org/0000-0001-5073-0704>

Karen Guadalupe Reyes-Velázquez ²

 <https://orcid.org/0000-0001-8076-1552>

Manuel Sandoval-Díaz ⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-6395-6400>

^{1,2,3} Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México

⁴ Secretaría de Salud del estado de Jalisco, Jalisco, México

¹ ✉ tere.torres.cucs@gmail.com ² ✉ karen895k@hotmail.com ³ ✉ lozanoclarisse@outlook.com ⁴ ✉ m_sandovald@yahoo.com.mx

Recibido: 10 de febrero del 2023. Aceptado: 02 de mayo del 2023.

Resumen. *Objetivo.* Analizar las representaciones sociales (RS) de la COVID-19 en personas mayores mexicanas de Guadalajara, San Luis Potosí y Morelia, al inicio y dos años después de la pandemia. *Método.* Se realizó un estudio exploratorio cualitativo de dos fases: identificación del contenido y del núcleo central, e identificación de elementos periféricos de las RS. Participaron 49 personas adultas mayores habitantes de las ciudades mencionadas. *Resultados.* Las RS, al inicio y dos años después de la pandemia, muestran similitudes en el núcleo central con los términos enfermedad, muerte, miedo y confinamiento. Entre las diferencias, destacan el peligro y las emociones negativas en la primera fase y la vacuna y el afrontamiento en la segunda. Ello permite identificar en la segunda fase mayores elementos para el manejo y prevención de la COVID-19.

Palabras clave. COVID-19, adultos mayores, representaciones sociales, pandemia, afrontamiento

Abstract. *Objective.* To analyze the COVID-19 social representations (SR) of older Mexican people from Guadalajara, San Luis Potosí and Morelia, at the beginning and two years after the pandemic. *Method.* A qualitative exploratory study of two phases, identification of the content and the central nucleus and peripheral elements of the SR, was conducted on 49 older adults from the mentioned cities. *Results.* The SR in the at the beginning and two years after the pandemic show similarities in the central nucleus with the terms disease, death, fear, and confinement. The differences highlight danger and negative emotions in the former; vaccine and coping in the latter. This makes it possible to identify more elements for COVID-19 management and prevention in the second phase.

Keywords. COVID-19, older adults, social representations, pandemic, coping



Introducción

En diciembre de 2019, un brote de casos de una neumonía grave se inició en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China, con la presencia de un agente viral nuevo, perteneciente al grupo de los coronavirus (Díaz-Castrillón & Toro-Montoya, 2020). El brote se extendió rápidamente hacia otros países asiáticos y luego a otros continentes. En marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) lo definió como una pandemia.

Según la OMS (2022), la COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2. Esta puede manifestarse de diferentes maneras en distintas personas. Mientras que para unos puede consistir en una enfermedad respiratoria moderada, sin necesidad de tratamiento especial para su recuperación, para otros puede volverse una enfermedad seria con necesidad de atención médica, e, incluso, puede ser causa de muerte, sobre todo en personas adultas mayores. Según el Ávila et al. (2020), esta población es más susceptible de tener complicaciones e incluso morir por esta enfermedad si presentan enfermedades crónicas, discapacidad, fragilidad y dependencia de cuidados.

La alta mortalidad presentada en la población adulta mayor puede atribuirse a la elevada comorbilidad; la alta prevalencia de demencia y síndromes geriátricos; y la mayor fragilidad y vulnerabilidad en la salud. También, se puede atribuir a eventos adversos, discapacidades y dependencias vinculadas a la disminución de la reserva fisiológica, a una menor capacidad intrínseca y a una menor resiliencia (Tarazona-Santabalbina et al., 2020).

Si bien el número de casos positivos y de muertes derivadas de COVID-19 se ha reducido a raíz de la vacuna, en el último reporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022), realizado el 18 de mayo de 2022, se advirtió que las infecciones y las muertes por COVID-19 han aumentado, debido a que, tras un período de menor transmisión, muchos países abandonaron las medidas preventivas como el uso de cubrebocas y el dis-

tanciamiento social, así como muchos siguen sin estar protegidos por las vacunas. Sin embargo, se reconoció que, en los últimos dos años, se aprendieron lecciones importantes y se desarrolló una capacidad nueva para dar respuesta a la pandemia, de forma que se deben mantener y fortalecer las medidas de cuidado, así como de diagnóstico, tratamiento y manejo oportuno de las infecciones por COVID-19 (OPS, 2022).

Ante esta situación es importante conocer el punto de vista de las personas adultas mayores sobre la pandemia de la COVID-19, tanto en sus experiencias, conocimiento de la enfermedad y el virus y otros aprendizajes adquiridos. Las representaciones sociales (RS) es un enfoque teórico metodológico que permite el acercamiento a los saberes de sentido común, los que son una guía para la acción y las prácticas que pueden favorecer u obstaculizar la prevención de la enfermedad citada.

El concepto de RS fue acuñado por Serge Moscovici (1961), en su libro *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Basó el concepto de las representaciones sociales en las representaciones colectivas de Emile Durkheim diferencia de las representaciones colectivas, las representaciones sociales son producto de la sociedad; así pues, las RS son un conjunto de ideas, conocimientos y habilidades para que las personas puedan entender, interpretar y actuar en su realidad. Desde el conocimiento práctico que permite interpretar y actuar ante un acontecimiento, idea o fenómeno, las personas organizan dicho conocimiento, lo estructuran y validan en su vida diaria (Piña et al., 2004).

Jodelet (2011) indica que son una forma específica de conocimiento ordinario, incluido en la categoría del sentido común y que tiene como particularidad ser socialmente construido y compartido en el seno de diferentes grupos. Esta forma de conocimiento tiene una raíz y un objetivo práctico, que se apoya en la experiencia de las personas, sirve de lectura de la realidad y de guía de acción en la vida práctica y cotidiana. Las RS circulan por medio de los discursos y cobran vida a través de las prácti-

cas discursivas de la cotidianidad. Son compartidas, mas no son inmutables, porque son susceptibles de cambiar cuando se da el intercambio individual, ya que los individuos las construyen (Rubira-García & Puebla-Martínez, 2018).

Existen dos enfoques metodológicos para el estudio de las RS, el estructural (cuantitativo) y el procesual (cualitativo). En el primero, los contenidos de las RS son considerados formas organizadas y se caracterizan por identificar su núcleo central y por desarrollar explicaciones acerca de las funciones de dicha estructura (Abric, 2001). Su énfasis es el estudio del núcleo central que proporciona a las RS su significado y el de los componentes periféricos que comprenden los elementos de las RS y que están influenciados por el contexto social inmediato en el que los sujetos viven. El enfoque procesual cualitativo identifica a las RS como procesos discursivos, caracteriza al ser humano como productor de sentidos y focaliza su análisis en las producciones de significados del lenguaje, a través del cual los seres humanos construyen su mundo (Rubira-García & Puebla-Martínez, 2018). Ambos enfoques son considerados en este artículo con el fin de permitir una visión más completa de las representaciones sociales en las personas adultas mayores.

En situaciones de crisis, las RS se constituyen a nivel colectivo, lo que permite una comprensión simplificada de cómo se está viviendo o se vivió en sociedad durante el período del fenómeno. Al obtener categorías temáticas, se puede comprender y entender la forma en cómo se presentan las RS en torno a la pandemia COVID-19 y como se manifiestan en actitudes, estereotipos, conductas, pensamientos, entre otros.

Algunos de los estudios que se han realizado en diferentes países sobre las RS y la COVID-19 en adultos mayores se han enfocado en la representación de estos últimos en los medios de comunicación, principalmente en la prensa y en los comunicados institucionales para la prevención de la pandemia. En Perú, se les presenta como un

grupo homogéneo asociado con la dependencia económica, vulnerabilidad y la falta de agencia y poder de decisión (Angulo-Giraldo et al., 2020). En España, se les asocia a fallecimientos, deficiencias en la atención residencial o vulnerabilidad extrema, a través del uso de términos potencialmente peyorativos o impropios (ancianos, abuelos) en coherencia con una representación negativa (Bravo-Segal & Villar, 2020). En México, se observó que se favorece una comprensión y entendimiento de la vejez como catastrófica, donde se resaltan las vulnerabilidades de este grupo de edad (Hernández-Guerson & Saldaña-Ibarra, 2021). En Chile, las personas mayores son percibidas como un grupo que no tiene autonomía y que, para conllevar la pandemia, necesitaba del resto de la población (Salazar-Norambuena, 2021).

Un estudio sobre RS de la COVID-19 realizado en Brasil con mujeres adultas mayores y llevado a cabo de octubre de 2021 a mayo de 2022 reportó que estas enfatizan la muerte y el miedo a la enfermedad. El núcleo central se compone de las palabras: muerte, miedo, enfermedad, tristeza y máscara (cubrebocas), mientras que las palabras: vacuna, escuela, fe, peligro y esperanza de que termine, entre otras, se ubican en los elementos periféricos de las representaciones. Asimismo, se encontró evidencia de que las altas tasas de mortalidad, la incertidumbre sobre el futuro y la identificación de las personas mayores como grupo de alto riesgo puede llevar a generar importantes niveles de ansiedad y depresión (Cardoso et al., 2022).

Finalmente, un estudio realizado con adultos argentinos en torno a las RS de las vacunas y la vacunación para prevenir la COVID-19 muestra una gran adherencia a las mismas, con conceptos positivos en 8 de cada 10 personas. Además, muestran mayor interés por acatar las medidas de protección, como el aislamiento y el uso de mascarilla, mientras que se conviva con la enfermedad (Altamirano et al., 2021).

Con el fin de contar con mayores elementos para la planeación, implementación y evaluación

de programas de prevención ante la pandemia, se llevó a cabo un estudio de las RS en población mexicana, en particular, en personas adultas mayores. Se busca identificar en el contenido de las RS posibles estrategias de afrontamiento de este grupo poblacional ante la pandemia. Por afrontamiento, se entiende “conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos” (Lazarus & Folkman, 1986 citado en Pérez, 2022, p. 7).

El objetivo es analizar las RS de la COVID-19 en personas adultas mayores mexicanos habitantes de las áreas urbanas de Guadalajara, San Luis Potosí y Morelia de México, en dos diferentes momentos: el inicio de la pandemia y dos años posteriores a esta.

Método

Diseño

El diseño de estudio de tipo exploratorio cualitativo comprendió dos fases: (1) la obtención de información para identificar el contenido de la representación social con base en el análisis procesual cualitativo, que incluyó análisis de categorías temáticas emergidas del discurso de los participantes (Vaismoradi & Snelgrove, 2019); y (2) la hipótesis de la centralidad de las RS a través de la identificación del núcleo central o el empleo del criterio de saliencia con base en el análisis prototípico (Vergès et al., 1994).

Participantes

El estudio se realizó en tres contextos urbanos de México (Guadalajara, San Luis Potosí y Morelia) por facilidad y acceso a la población de personas adultas mayores, quienes asistían a centros de día municipales para personas mayores. La población que asiste a dichos centros se caracteriza por tener recursos económicos medios y bajos. La mayoría cuenta con servicios de seguridad social y la totalidad con servicios de salud públicos. Se integró una muestra de tipo propositivo (Kalu, 2019). Los criterios para su se-

lección fueron: ser mayores de 60 años, ser hombres y mujeres y ser habitantes de Guadalajara, San Luis Potosí y Morelia que asistan a los centros diurnos para adultos mayores. La primera fase, al inicio de la pandemia, los datos fueron levantados en línea mediante una invitación por correo electrónico, durante el mes de marzo de 2020. La segunda fase se realizó de forma presencial dos años después del inicio de la pandemia, en el mes de junio de 2022. La determinación del tamaño de la muestra partió de las bases para el estudio de pautas culturales. Los dos elementos considerados son la competencia cultural esperada (.5) y el nivel de confianza aceptable (.95). Con base en esto, se recomienda un tamaño mínimo de 17 informantes (Weller, 2007). Cabe mencionar que no fueron los mismos participantes en cada fase, ya que se considera que, si pertenecen a las mismas características socioculturales, los dos grupos pueden ser comparados.

En la primera fase, participaron 31 personas, 19 mujeres y 12 hombres, sus edades fluctuaban entre los 60 a 82 años, un promedio de 63.5 años en mujeres y 64.9 años en hombres.

En la segunda fase, participaron 18 personas, 10 mujeres y 8 hombres. Sus edades oscilan entre los 63 y 98 años, con un promedio de 72.3 años en mujeres y 77.1 años en hombres. Se reporta que el 83.3% de la población padeció COVID-19, el 94.4% tuvo familiares, amigos y conocidos con COVID-19 y el 77.7% sufrió pérdidas de familiares, amigos o conocidos por COVID-19. La totalidad de participantes señalaron padecer una o más enfermedades crónicas, diabetes e hipertensión principalmente, antes de la pandemia.

Intrumentos

La recolección de datos se hizo mediante la técnica asociativa de listados libres (Torres-López et al., 2017), que consiste en pedir a los informantes términos relacionados con una esfera conceptual particular: “Dígame cinco palabras o frases que se le vienen a la mente cuándo escuchas: COVID-19”. Después se le pide una pequeña explicación de por qué dije-

ron cada una de ellas. El tiempo de aplicación es de máximo cinco minutos a diez minutos, lo que facilita la participación. Favorecen la expresión espontánea de los participantes, y, por ello, se espera que el contenido evocado esté más libre de racionalizaciones, sesgos de defensa o deseabilidad social.

Procedimientos

En caso de la aplicación en línea, se utilizó el formulario de Google, donde se explicaron los objetivos del estudio y se obtuvo el consentimiento informado. Se les garantizó la confidencialidad y anonimato a los participantes en la recolección y el análisis de la información. En la segunda fase, se explicó lo mismo en forma presencial antes de la aplicación del listado libre. Se solicitó el consentimiento verbal a la población, debido a que este puede ser expreso y debe considerar el contexto de desarrollo de grupos culturales diversos al del investigador (Aguilera-Guzmán et al., 2008). Se consideró también el Código de ética de las personas psicólogas mexicanas de la Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México A. C. (FENAPSIME, 2018) en cuanto a las normas éticas sobre la investigación en Psicología, en particular el Artículo 101, sobre la participación voluntaria de los entrevistados. Finalmente, el estudio fue evaluado y aprobado por la Junta Académica de la Maestría en Gerontología de la Universidad de Guadalajara, México.

Estrategia de análisis

Se realizaron dos tipos de análisis a fin de permitir una visión más completa sobre las representaciones sociales de los participantes:

Análisis procesual

Con base en las palabras obtenidas en los listados libres, se realizó el análisis procesual cualitativo con la categorización de las definiciones dadas para cada palabra, con lo cual se hizo un análisis de contenido temático (Vaismoradi & Snelgrove, 2019) con el apoyo del software Atlas.ti V9.

Análisis prototípico

Corresponde al análisis estructural cuantitativo. Con base en las palabras obtenidas en los listados libres, se identificó la Saliencia de cada término a través del índice de Smith^a (1993), este cálculo se basa tanto en la frecuencia de mención del término, como en el rango. Este último corresponde a la ubicación del término en el listado libre, donde 1 es el más importante y 5 el de menor importancia. Para ello, se utilizó el software Anthropac V.4. Se clasificaron considerando la frecuencia (alta igual a 4 o más menciones, y baja igual o menor a 3) y el rango promedio de todos los rangos fue a partir de la totalidad de rangos de todos los términos de los dos grupos de participantes. Las palabras que constituyen el núcleo central de una RS serían aquellas que son citadas más veces (frecuencia alta) y en los primeros lugares de listado libre (rango bajo).

Confiabilidad y calidad de la información

La confiabilidad y la calidad de la información se comprueban a través de la triangulación con el uso de dos técnicas de obtención de información y por contrastación de los análisis por los investigadores (Jiménez & García, 2021). Esto último implicó que cada investigador realizara los análisis antes mencionados de forma individual para llegar a los mismos resultados.

Resultados

Análisis procesual: el contenido de las RS de la COVID-19

Categorías analíticas

En la [Tabla 1](#), se presentan las categorías encontradas en el análisis de las palabras obtenidas en los listados libres para las RS de la COVID-19.

^a Por cada listado libre individual se calcula:

$$s_j = \frac{1 r_j 1}{n1} \quad s_j = \frac{n r_j}{n1}$$

Donde r_j = posición del ítem j en la lista, y n = número de ítems de la lista. Para obtener el índice de Saliencia, es necesario obtener el promedio de s_j de todos los respondientes (Smith, 1993).

Tabla 1. Categorías encontradas en el análisis de las palabras obtenidas en los listados libres para las RS de la COVID-19 de las y los participantes

Categorías	1ª fase inicio de la pandemia		2ª fase a dos años de la pandemia	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Definición y atributos	35	22.58	11	12.22
Manejo de la pandemia	34	21.94	3	3.33
Efectos y consecuencias	12	7.74	23	25.56
Recursos	23	14.84	10	11.11
Emociones	18	11.61	12	13.33
Control de contagios	2	1.29	26	28.89
Riesgos	9	5.81	3	3.33
Otras palabras asociadas	6	3.88	2	2.22
Conspiración, desconfianza y desinformación	12	7.74		
Diagnóstico y atención	4	2.58		
Total	155	100	90	100

Definición de las categorías de ambas fases

Definición y atributos: Características que definen a la COVID-19. En la primera fase, la categoría COVID-19 recibió el mayor número de menciones en el proceso de conceptualización. Se incluyeron las palabras: 'muerte' ("soy población vulnerable", "implica el efecto mortal inmediato") y 'peligro' ("por la amenaza que representa"), además de los descriptores 'enfermedad', 'infección altamente infecciosa', 'virus desconocido', 'pandemia' y 'epidemia' ("gran cantidad de contagios"). También se incorporaron los calificativos 'contagiosa' y 'grave' acorde a la información de los medios. En la segunda fase, la COVID-19 como categoría tuvo una menor frecuencia. Los participantes la calificaron como: "Una entidad desconocida con múltiple sintomatología, sin cuadro específico, difícil de identificar" y "Fue mundial, global".

Manejo de la pandemia. Esta categoría comprende las medidas de prevención e higiene distribuidas en

las campañas institucionales, así como las opiniones y el juicio personal de cada persona participante respecto al desarrollo y manejo de la COVID-19. En la primera fase, esta categoría se ubicó en segundo lugar en cantidad de menciones. Por el contrario, en la segunda fase, se obtuvieron mayores cantidades. Las referencias de la primera fase se relacionaron con la importancia de la higiene. Se incluyeron los descriptores 'lavado de manos' ("lavarse las manos constantemente", "cepillar uñas"), 'distanciamiento social' ("no saludar de beso ni abrazo", "no tocarse la cara") y 'aseo personal' ("aseo constante", "desinfectar aseo a fondo de todo lo que se introduce a casa" y "no sé si fue tocado o contaminado por alguien portador del virus"). También se registró el descriptor 'fortalecimiento del sistema inmunológico' ("alimentación balanceada para evitar que bajen nuestras defensas" y "dormir ocho horas para conservar buena salud"). Con respecto al tema del ais-

lamiento o cuarentena, se rastrearon las respuestas: "quédate en casa", "no recibir visitas incluso, con pesar, de la familia", "no asistir a lugares concurridos" y "guardar una sana distancia". En suma, dentro de la categoría manejo de la pandemia, se registran los descriptores 'prevenir el contagio' y 'protegernos' ("No es la única amenaza en este mundo, vivimos en un mundo depredador, hay que saber protegernos y defendernos").

Las opiniones recolectadas en la segunda fase se centraron en las omisiones del gobierno mexicano en su manejo de la pandemia: "El gobierno minimizó, no hicieron cercos sanitarios", "No había conocimiento, a nivel salud o información pública" y "No piensa uno en la noche en nada de eso".

Efectos y consecuencias. La presente categoría considera las afectaciones y consecuencias derivadas de la COVID-19. En la primera fase, la población participante citó la crisis económica: "La cuarentena implica un freno a la actividad económica, no puedo trabajar, por el alto riesgo de mi profesión", "Tuvimos que comprar cubrebocas, desinfectantes, caretas, jabones especiales". También indicaron detectar cambios, retrocesos, desórdenes sociales y la percepción de vivir en un mundo nuevo: "Está deteniendo todas las actividades sociales, culturales, económicas", "El mundo será uno antes y otro después de esta experiencia mundial". Por su lado, en la segunda fase, se registraron temas como la muerte ("Hubo pérdidas muy importantes en la familia por esta causa", "Muerte y ha muerto mucha gente") y las secuelas de la enfermedad ("Las secuelas son muy diversas y, a veces, permanentes", "No se sabe lo que deja y qué es lo que pasó adentro del cuerpo"). A nivel social, se mencionaron temas como el desempleo ("La pandemia provocó despidos") y rechazo de las personas contagiadas ("Provocaba rechazo como instinto de conservación").

Recursos. Esta categoría comprende los elementos que apoyan la preservación de la salud y bienestar de las personas. La primera fase incluyó temas como la importancia de atender sugerencias, recibir información y ser responsables: "Es la obligación

que tenemos de cumplir todas las indicaciones que nos da la autoridad sanitaria respectiva". También registró alusiones a la convivencia social, que implica apoyo y solidaridad: "Debemos pensar en los que nos rodean [en particular con la familia]", "tiempo de calidad con la familia". Se detectaron otros temas como la vida espiritual y religiosa, donde se obtuvieron respuestas relacionadas con la espera por un milagro y el encomendarse a Dios, "Creo que sólo él nos puede sacar de esta situación", así como otras relacionadas con actividades que permitan encontrar la paz mental, como la escritura, la meditación, la reflexión y el lograr una transformación y, con ello, la resiliencia.

En la segunda fase, las personas participantes mencionaron temas como la vida espiritual y la oración, "Oración, todos los días la hago... es muy alentadora"; la esperanza, "Si me hubiera dado, hubiera tenido la esperanza de salir"; el apoyo social, "necesitamos ayuda de la gente"; y, finalmente, el sector salud, "Se necesitan doctores para hacer el trabajo".

Emociones. Esta categoría comprende las principales reacciones experimentadas a raíz de la COVID-19. En la primera fase, se incluyeron el miedo, "Porque en el mundo existen muchos casos y se están muriendo la gente de mi edad"; la desesperación y tristeza, "Asociada a la muerte"; la angustia, "Tenemos que cuidarnos hasta de nuestra propia familia"; la paranoia, "A cada rato me quiero ir a lavar las manos"; la incertidumbre y el sufrimiento.

En la segunda fase se citó el sufrimiento; la angustia, "Uno se angustia por no saber qué va a pasar"; el temor, "Todos le temimos a esa enfermedad"; y la intranquilidad, "Estás intranquilo de si me dará o no, sin poder convivir con otros".

Control de contagios. Con respecto a esta categoría, en la primera fase, se enfatizaron las condiciones implicadas en el control de contagios en el ámbito sanitario: "Es un verdadero problema para el sector salud porque no hay capacidad instalada para atender todos los que se enfermen", "da miedo tantos contagiados del sector salud y de la población y sin

respiradores". En la segunda fase, por otra parte, se mencionan las medidas consideradas necesarias para controlar los contagios por COVID-19 y para evitar que la propagación siga, "Teníamos la obligación de permanecer en confinamiento, por la duda de contagiarnos y por responsabilidad", "Nos enseñó que debemos tener formas adecuadas de higiene, con lo cual se puede controlar la enfermedad", "La vacuna es el instrumento más importante para protegerse de esto", "Cuidarse se necesita para no contagiarme y no contagiar a los demás".

Riesgos. Esta categoría incluye las condiciones y acciones que pueden facilitar el que se presente el contagio. En la primera fase, se destacó en las respuestas la condición de ser personas adultas mayores. Los grupos vulnerables más citados fueron las personas adultas mayores, las mujeres embarazadas, las personas con VIH y SIDA, los diabéticos y los hipertensos. Un hombre indicó: "Soy grupo vulnerable". Otro afirmó: "Una buena parte de la población actúa de manera irresponsable incumpliendo las recomendaciones para evitar la propagación del virus, se difunden muchas notas que aumentan la ignorancia sobre el tema". Por su lado, en la segunda fase, se destacan los factores considerados como causa del seguimiento de contagios por COVID-19: "Las aglomeraciones son en donde nadie se cuida y más contagios hay, la pandemia sigue por los antivacunas".

Otras palabras asociadas. Se tratan de términos residuales que no se relacionan directamente con los temas emergentes pero que igual se asocian a la COVID-19.

Definición de las categorías de la primera fase

Conspiración, desconfianza y desinformación. Son las creencias y teorías que relacionan a la COVID-19 con un medio de control político e institucional, así como sobre su propagación. Se incluyeron términos como 'caos', 'desinformación', 'dudas', versiones poco científicas del virus ("Virus creado en el laboratorio por piases poderosos para eliminar a la población"), 'poder', 'políticos', 'conspiración', 'in-

tención de dominación global'. También se establecieron términos como 'el contagio' y 'virus inducido' ("Con la intención de generar pandemia por virus y temor") y 'guerra biológica'.

Diagnóstico y atención. Incluye los signos y síntomas de la COVID-19 que pueden derivar en hospitalización y asistencia especializada: "Puede conducir a que nos internen en un hospital", "Es una infección que pone en riesgo la vida de una comunidad vida de una comunidad".

Análisis prototípico: Núcleo central y sistema periférico de las RS de la COVID-19

Primera fase. Inicio de la pandemia

En la [Tabla 2](#), se presentan el Índice de Smith (Saliencia) de los términos obtenidos en los listados libres mencionados por las personas participantes al inicio de la pandemia.

Segunda fase a dos años de inicio de la pandemia

En la [Tabla 3](#), se presenta el Índice de Smith (Saliencia) de los términos obtenidos en los listados libres mencionados por las personas participantes a dos años del inicio de la pandemia.

Comparación entre ambas fases

En las RS de la COVID-19, el total de respuestas incluidas en el análisis fue de 64.5% en la primera fase y de 63.3% en la segunda. El rango promedio fue de 3.2 en ambas fases. Los términos ubicados en una frecuencia alta (> 4) y un rango bajo (< 3.2) son los que hipotéticamente constituyen el núcleo central de las RS de COVID-19. Se incluyen 'quédate en casa', 'muerte', 'enfermedad', 'miedo', 'pandemia' y 'peligro' en la primera fase; y 'enfermedad', 'muerte', 'confinamiento', 'cuidarse', 'vacuna', 'miedo' e 'intranquilidad' en la segunda. Los términos ubicados en la segunda columna con frecuencia alta constituyen la primera periferia. Constituyen las palabras que aún no forman parte del núcleo central, pero que indican su movimiento hacia el mismo. Los términos ubicados en la segunda columna con frecuencia baja (≤ 3) y rango alto (> 3.3) (tercera periferia) son considerados el sistema periférico de las RS. Se caracterizan

Tabla 2. Índice de Smith (*Saliency*) de los términos obtenidos en los listados libres mencionados las personas participantes en la 1ª fase, al inicio de la pandemia ($N = 31$)

Rango	Bajo ≤ 3.2		Alto > 3.3	
	Núcleo central	Frecuencia (rango)	1ª periferia	Frecuencia (rango)
Frecuencia Alta > 4	Quédate en casa	12 (2.6)	Cuidados	10 (3.4)
	Muerte	10 (3.1)	Crisis	
	Enfermedad	8 (1.6)	Económica	4 (3.5)
	Miedo	6 (2.5)	Familia	4 (4.2)
	Pandemia	5 (1.2)		
	Peligro	4 (2)		
	2ª periferia	Frecuencia (rango)	3ª periferia	Frecuencia (rango)
Frecuencia Baja ≤ 3	Prevención	3 (2)	Tristeza	3 (3.3)
	Contagiosa	3 (2)	Angustia	3 (3.6)
	Desesperación	3 (2.3)	Irresponsabilidad	3 (4)
	Grave	2 (1.5)	Solidaridad	3 (4.3)
	Atender las sugerencias	2 (2.5)		
	Cambios	2 (2)		
	Sistema de salud colapsado	2 (2.5)		
	Protegernos	2 (3)		
	Fortalecer sistema inmune	2 (3)		
	Esperar	2 (3)		
	Tiempo de calidad con mi familia	2 (3)		

Nota. El rango corresponde a la ubicación del término en el listado libre, donde 1 es el más importante y 5 el menos importante. Rango promedio 3.2. Total de respuestas incluidas: 64.5%.

Tabla 3. Índice de Smith (*Salience*) de los términos obtenidos en los listados libres mencionados por las personas participantes de la 2ª fase a dos años del inicio de la pandemia ($N = 18$)

Rango	Bajo ≤ 3.2		Alto > 3.3	
Frecuencia Alta > 4	Núcleo central	Frecuencia (rango)	1ª periferia	Frecuencia (rango)
	Enfermedad	7 (1.1)		
	Muerte	7 (2.5)		
	Confinamiento	6 (3.1)		
	Cuidarse	6 (2.8)		
	Vacuna	5 (3.2)		
	Miedo	4 (2.5)		
	Intranquilidad	4 (2.7)		
Frecuencia Baja ≤ 3	2ª periferia	Frecuencia (rango)	3ª periferia	Frecuencia (rango)
	Cubrebocas	3 (2.7)	Pensamiento	3 (4)
	Pandemia	2 (1.5)	Responsabilidad	2 (3.5)
	Aprendizaje	2 (2.5)	Secuelas	2 (3.5)
			Desinformación	2 (3.5)
			Trabajo	2 (4)

Nota. El rango corresponde a la ubicación del término en el listado libre, donde 1 es el más importante y 5 el menos importante. Rango promedio 3.2. Total de respuestas incluidas: 63.3%.

por estar más determinados por la historia individual de las personas y por sus experiencias particulares. En la primera fase, se incluyeron emociones (tristeza y angustia), una omisión (irresponsabilidad) y solidaridad. En la segunda fase, se citan formas de afrontamiento (pensamiento, responsabilidad y trabajo), consecuencias (secuelas) y desinformación.

Las coincidencias en el núcleo central de ambas fases se ubican en los términos 'enfermedad', 'muerte', 'miedo' y 'confinamiento' ("quédate en casa"). El término 'peligro' solo se cita en la primera fase y se omite en la segunda. Por su lado, la palabra 'pandemia', en la primera fase, pasa a un lugar menos importante, mientras que, en la segunda (segunda periferia), disminuye su frecuencia. La palabra 'cui-

dados' ubicada en la primera periferia de la primera fase pasa a formar parte del núcleo central en la segunda ("cuidarse"). Se destaca en el núcleo central de la segunda fase la palabra 'vacuna', cuya presencia es inexistente en la primera fase.

Discusión

El objetivo propuesto se logró con los hallazgos que se presentarán a continuación en forma sintética. Al inicio de la pandemia, primera fase, las RS definen la COVID-19 como una enfermedad pandémica, peligrosa, contagiosa, grave y mortal. Indican que es provocada por un virus desconocido, que puede derivar en hospitalización y la necesidad de asistencia especializada. En lo emocional, ocasiona

miedo, tristeza, angustia e incertidumbre. Se definen como grupos vulnerables a dicha enfermedad a las personas adultas mayores, las mujeres embarazadas, las personas con VIH, o personas enfermas con SIDA, diabetes o hipertensión. Las RS establecieron, además, que, para su manejo, se deben atender sugerencias, recibir información y ser responsables. Perciben importante mantener el aseo e higiene constantes, fortalecer el sistema inmunológico, quedarse en casa en aislamiento y guardar cuarentena, así como mantener sana distancia con otras personas, incluso con los miembros de la familia. En lo social, las RS determinaron que la COVID-19 generó crisis económica, gastos y retroceso. Por ello, las personas participantes indicaron que se debe ser solidario con las personas, convivir con la familia, desarrollar la vida espiritual y religiosa para conservar la esperanza. Algunas de las personas participantes relacionaron la propagación de la COVID-19 con un medio de control político e institucional.

A dos años de inicio de la pandemia, segunda fase, las RS conceptualizaron la COVID-19 como una enfermedad mortal y un tanto desconocida, que se presenta a nivel mundial. Determinaron que tiene síntomas difusos y que ocasiona miedo, angustia e intranquilidad. También, señalaron que generó muerte y secuelas en las personas que enfermaron. A nivel social, se indicó que provocó problemas económicos, desempleo y rechazo de las personas contagiadas. Se identificaron como medidas necesarias para controlar la COVID-19 y evitar que la propagación el confinamiento, la higiene constante, los cuidados a la salud y recibir la vacuna. La población participación destacó la oración y vida espiritual, así como el apoyo social. Además, señaló la importancia de ser responsables, debido a que los factores considerados como causa actual de los contagios son las aglomeraciones y la población que no se cuida. Finalmente, se destaca la necesidad de la atención médica, así como su manejo inadecuado por parte de las instituciones de salud y del gobierno.

Las similitudes en ambas fases se ubican en el núcleo central con los términos 'enfermedad', 'muerte',

'miedo' y 'confinamiento' ("Quédate en casa"). Este hallazgo coincide con el estudio de mujeres adultas mayores de Brasil (Cardoso et al., 2022). Otros términos similares son 'cuidados en general', 'vida espiritual como forma de afrontamiento' y 'efectos emocionales personales y sociales negativos'. En un estudio realizado en Ecuador sobre el envejecimiento activo y el aislamiento social por COVID-19, se encontró que la salud mental de las personas mayores tuvo afectaciones porque desarrollaron sentimientos de tristeza, desánimo y nerviosismo. Incluso, se presentaron estados depresivos ocasionados por el prolongado confinamiento (Aldás & Contreras, 2020). En ambas fases, se manifestó pesar por estar lejos de los familiares. Por tanto, se reconoce a la familia como un apoyo importante para que las personas mayores no presenten sentimientos de soledad frente al aislamiento social preventivo (Aldás & Contreras, 2020).

Con respecto al confinamiento, Klein (2020) señala que dicha medida contempla procesos ambivalentes, y no tanto el hecho de que la población adulta mayor sea el grupo de riesgo por excelencia. Esto se debe, sobre todo, a que estos procesos ocurren sin que las personas adultas mayores manifiesten su opinión. Se les quita ciudadanía, se los vuelve precarios, envejecidos y sin capacidad de respuesta (Klein, 2020). Es importante comunicar y aplicar medidas que no refuercen estereotipos negativos en la edad, pues "equiparar la discapacidad, la vulnerabilidad y la fragilidad al hecho de ser adulto mayor es una actitud edadista que dificulta a las personas mayores la propia experiencia de vivir en la pandemia de COVID-19" (Tarazona-Santabalbina et al., 2021, p. 52).

Las diferencias entre ambas fases son las siguientes. Al inicio de la pandemia se destacó en el núcleo central la palabra 'peligro', mientras que, en la segunda fase, no se cita. El término 'cuidados' se ubica en segunda periferia en la primera fase, mientras que, en la segunda fase, forma parte del núcleo central, pues aumenta su jerarquía. La palabra 'pandemia', ubicada en el núcleo central en la primera fase, pasa a la segunda periferia en la segunda fase;

por tanto, disminuye en importancia. Esto es una evidencia de la función de las RS de “hacer convencionales los objetos, personas y eventos que se encuentran en la vida cotidiana; lo que le otorga una forma definitiva y compartida por un grupo de personas; es decir, convertir una realidad extraña en una realidad familiar” (Materán, 2008, p. 245).

El señalamiento de las personas mayores como población vulnerable solo se incluyó en la primera fase. De acuerdo con Tarazona-Santabalbina et al. (2021), las políticas de confinamiento basadas en la edad, para limitar la transmisión de COVID-19, liberan a la población más joven de la responsabilidad y crean la falsa seguridad de que no tienen riesgo de contagio, lo que expone a la sociedad en general a una mayor propagación de la enfermedad.

Otra diferencia notable en la segunda fase es la inclusión en el núcleo central de la palabra ‘vacuna’, inexistente en la primera fase. Es probable que esto se deba a la disminución de casos positivos y de número de muertes como resultado de la aplicación de las diferentes vacunas (OPS, 2022). Cardoso et al. (2022) indican, con respecto a la vacunación de personas adultas mayores brasileñas, que el 92.4% señalaron haber sido vacunados o tener la intención de hacerlo. El factor más fuerte asociado a dicha intención son las fuentes de información, incluyendo tanto los mensajes del Ministerio de Salud de Brasil como los medios de comunicación tradicional. Además, señalan como segundo factor importante la información obtenida por amigos y por redes sociales.

En cuanto a las diferencias de los elementos periféricos de las RS de la COVID-19, es decir, aquellos que están condicionados por la experiencia personal de los participantes, en la primera fase, se distinguieron temas como las emociones negativas, la irresponsabilidad de la comunidad, la solidaridad, así como las teorías de la conspiración. En la segunda fase, se incluyeron los temas afrontamiento (‘pensamiento’, ‘responsabilidad’, ‘trabajo’), las consecuencias o secuelas y la desinformación.

Las emociones negativas tuvieron una mayor mención en la primera fase. Esto se puede deber a

que, durante la pandemia COVID-19, se difundieron múltiples noticias alarmantes que generaron sensaciones de miedo, amenaza y soledad, lo que pudo generar ansiedad, estrés, frustración y el malestar a la población, debido a la incertidumbre, los riesgos de contagio y la sobreinformación (Cisneros & Arriaga, 2022). Por ejemplo, en Brasil, se observaron correlaciones significativas entre la ansiedad y el estrés ante la COVID-19 (Silva et al., 2022).

En la segunda fase, los términos relacionados con el afrontamiento a la pandemia son ‘cuidados’, ‘vacuna’ y ‘afrontamiento’. Estos dan cuenta de la agencia de las personas adultas mayores ante la situación vivida, en contraposición a las RS observadas en los medios de comunicación de diferentes países (Angulo-Giraldo et al., 2020; Bravo-Segal & Villar, 2020; Hernández-Guerson & Saldaña-Ibarra, 2021; Salazar-Norambuena, 2021). Al respecto, en un estudio hecho a personas adultas mayores argentinas, se encontró que los participantes han asumido el autocuidado, con la limitación de sus propias salidas, los contactos interpersonales y las actividades sociales, inclusive con la aceptación de los costos personales por la demora en los controles de salud programados. Por otro lado, elementos como recurrir a los hobbies y la recreación, estar con la pareja y disfrutar el tiempo en soledad fueron asociados al logro del bienestar (Mingorance et al., 2021). Otro recurso que favorece el afrontamiento ante la pandemia es la habilidad en el uso de tecnologías de la comunicación e información. En un estudio realizado en personas adultas mayores estudiantes de un programa universitario llevado a cabo en la Universidad Autónoma de Nuevo León, de México, se encontró como factores protectores ante los efectos negativos de la pandemia la escolaridad de los alumnos y sus habilidades en la comunicación digital (Silva et al., 2020). De igual manera, en un estudio realizado en adultos mayores en Ecuador, se observó que el uso de tecnologías de comunicación e información ayudó a disminuir los estados depresivos en esta población. Sin embargo, también se encontraron casos donde todavía prevalece

el analfabetismo digital y el limitado acceso a estos medios de comunicación (Aldás & Contreras, 2020).

La comparación entre ambas fases permite observar el movimiento de las RS sobre la COVID-19. Se demuestra que, en la segunda fase, hay mayores elementos para su manejo y prevención. Dichas RS se formaron al privilegiar y filtrar ideas relevantes del discurso ideológico, para luego descomponerlo en categorías simples, con la naturalización y objetivación de los conceptos, lo que lleva a la construcción de una teoría implícita, explicativa y evaluativa a partir del discurso ideológico. Finalmente, se buscó "reconstruir y reproducir la realidad otorgándole un sentido y procurar una guía operacional para la vida social" (Calixto-Flores, 2021).

Las recomendaciones que surgen a partir de los hallazgos son evitar la sobreinformación al proporcionar conocimientos con bases científicas actualizadas de forma constante. Las intervenciones gerontológicas realizadas en personas adultas mayores ante la pandemia deben considerar la heterogeneidad de la población, ya que el proceso de envejecimiento es diverso, con diferentes experiencias de vida, condiciones culturales, antecedentes, genética e historias de salud (Tarazona-Santabalbina et al., 2020). Se debe destacar la capacidad de agencia y afrontamiento de los individuos, así como proporcionarles atención en la salud mental, en particular en la gestión del miedo y de la incertidumbre, ambos productos de la pandemia.

Además de los hallazgos obtenidos y las recomendaciones derivadas de estos, otra de las aportaciones del presente estudio es la propuesta del uso de técnicas metodológicas cualitativas como los listados de asociación libre. Estos listados son una opción adecuada para generar información sobre la perspectiva cultural de las personas participantes en torno a diferentes tópicos. Y, debido a que implican poco tiempo de aplicación, los participantes suelen cooperar de inmediato, a diferencia de técnicas como la entrevista o los grupos focales, que involucran una mayor inversión de tiempo y trabajo, tanto en su implementación como en su análisis. Entre las

limitaciones de este estudio, se tienen el uso de un muestreo no aleatorio y por conveniencia, lo que no permite hacer la generalización de los resultados. Además, los participantes de ambas fases fueron diferentes personas, aun cuando se cuidó que tuvieran las mismas características sociodemográficas y culturales. Para futuros estudios, se sugiere considerar personas mayores con diferentes condiciones de salud, situación económica y social.

Referencias

- Abric, J. C. (2001). *Prácticas y representaciones sociales*. Ediciones Coyoacán. http://www.academia.edu/4035650/ABRIC_Jean_Claude_org_Practicas_Sociales_y_Representaciones
- Aguilera-Guzmán, R. S., Mondragón, L., & Medina-Mora, M. E. (2008). Consideraciones éticas en intervenciones comunitarias: la pertinencia del consentimiento informado. *Salud Mental*, 31, 129-138. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n2/v31n2a7.pdf>
- Aldás, O. A., & Contreras, F. E. (2020). *El envejecimiento activo y aislamiento social por COVID-19: Percepciones de los adultos mayores de la ciudad de Guayaquil y Santa Elena*. [Tesis de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Biblioteca digital Universidad Católica de Santiago. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/15635>
- Altamirano, V. F., Bacon, S. L., Baró, S., Benítez, D. A., Caravello, J. C., Filipa, N. L., Gastaldo, Z. G., Gómez, C., Grañana, N. E., Lavoie, K. L., Medina, P. I., Muñoz, M. A., Da Silva, A. C. N., Peláez, S., Pérez, A. R., Potes, M. V., Santojanni, L. B., Sorbara, S. E., Godinho, S. S., ... & Zaracho, R. J. (2021). Representaciones sociales sobre las vacunas y la vacunación frente al COVID 19. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación Mente Clara*, 6(252), 1-15. <https://doi.org/10.32351/rca.v6.252>
- Angulo-Giraldo, M. A., Bonilla, G. R., García, H. C., Colonia, L., & Fernandez-Alvarado, S. (2020). Personas mayores en los medios digitales peruanos durante la pandemia por COVID-19. *Revista Kairós-Gerontología*, 23(28), 391-416. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/51532>

- Ávila, A., Sosa, E., Pacheco, J., Escobedo, M., Eugenio, V., González, V., Blanco, E., Negrete, M., Deyta, A., & Gutiérrez, L. (2020). *COVID-19: prevención y cuidados en personas mayores*. INGER. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/covid/Dossier-INGER-COVID-19-09-sep-2020.pdf>
- Bravo-Segal, S., & Villar, F. (2020). La representación de los mayores en los medios durante la pandemia COVID-19: ¿hacia un refuerzo del edadismo? *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55(5), 266-271. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.002>
- Calixto-Flores, R. (2021). Representaciones sociales prácticas pedagógicas en la educación ambiental. *Educação e Pesquisa*, 47, 1-20. <https://www.scielo.br/j/ep/a/W4bJRjgtDGkwPGVYyc3wZdn/>
- Cardoso, A. V., Fernandes, L., & Barros, R. (2022). Social representations of COVID-19 among brazilian elderly women: A structural approach. *Liberabit*, 28(2), 1-16. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2022.v28n2.617>
- Cisneros, M. J., & Arriaga, R.A. (2022). Personas mayores, exclusión social y COVID-19. En *Foro Problemas actuales y posibles soluciones* (pp. 87-90). Universidad Autónoma de Coahuila. <http://www.cus.uadec.mx/docs/academicos/eventos/espanol/Memorias%20completas.pdf>
- Díaz-Castrillón, F., & Toro-Montoya, A. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina & Laboratorio*, 24(3), 183-205. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8741673>
- Federación Nacional de Colegios, Sociedades, & Asociaciones de Psicólogos de México A. C. (2018). *Código de ética de las y los psicólogos mexicanos*. FENAPSIME. <https://fenapsime.org/codigo-de-etica-de-las-y-los-psicologos-mexicanos/>
- Hernández-Guerson, E., & Saldaña-Ibarra, S. (2021). COVID-19. Representaciones sociales mudas del vejeísmo en los medios de comunicación. *Revista Pensamiento y Acción Interdisciplinaria*, 7(1), 97-110. <http://doi.org/10.29035/pai.7.1.97>
- Jiménez, V. E., & García, M. (2021). Triangulación metodológica en las Investigaciones. *Revista Unida Científica*, 5(2), 70-73. <https://doi.org/10.35951/v4i2.169>
- Jodelet, D. (2011). Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación. *Espacios en Blanco, Serie indagaciones*, 21, 133-154. <http://www.scielo.org.ar/pdf/eb/v21n1/v21n1a06.pdf>
- Kalu, E. M. (2019). Using emphasis-purposeful sampling-phenomenon of interest-context (EPPiC) framework to reflect on two qualitative research designs and questions: A reflective process. *The Qualitative Report*, 24(10), 2524-2523. <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol24/iss10/9/>
- Klein, A. (2020). COVID-19: Los adultos mayores entre la "revolución" gerontológica y la "expiación" gerontológica. *Research on Ageing and Social Policy*, 8(2), 120-141. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7587953>
- Materán, A. (2008). Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa. *Geoenseñanza*, 13(2), 243-248. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36021230010>
- Mingorance, D. L., Amor, G. B., Irazabal, E., & Varela, M. (2021). Personas mayores y COVID-19. Un estudio sobre vínculos, situación emocional y recursos de afrontamiento durante el período de confinamiento. *Anuario de Investigaciones*, 28, 133-141. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369170422012>
- Moscovici, S. (1961). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Editorial Huemul.
- Organización Mundial de la Salud. (2020, 11 de marzo). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*. OMS. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Coronavirus disease (COVID-19)*. OMS. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

- Organización Panamericana de la Salud. (2022). COVID-19. Respuesta de la OPS/OMS. 20 de mayo del 2022. Informe n.º 76. OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-respuesta-opsoms-reporte-76-20-mayo-2022>
- Pérez, G. S. (2022). Afrontamiento frente a los síntomas de ansiedad durante la pandemia por COVID-19. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación Mente Clara*, 7, 1-17. <https://doi.org/10.32351/rca.v7.309>
- Piña, O., Juan, M., & Cuevas, Y. (2004). La teoría de las representaciones sociales: Su uso en la investigación educativa en México. *Perfiles educativos*, 26(105-106), 102-124. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982004000100005&lng=es&tlng=es
- Rubira-García, R., & Puebla-Martínez, B. (2018). Representaciones sociales y comunicación: apuntes teóricos para un dialogo interdisciplinar inconcluso. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, (76), 147-167. <https://doi.org/10.29101/crcs.v25i76.4590>
- Salazar-Norambuena, C. (2021). COVID-19 y personas mayores. Representaciones en el Ministerio de Salud de Chile. *ANTHROPOLOGICA*, 39(47), 221-244. <https://doi.org/10.18800/anthropologica.202102.008>
- Silva, R. C., da Silva, P. G., & de Assis, S. E. (2022). COVID Stress Scales (CSS): evidências psicométricas no contexto brasileiro. *Actualidades en Psicología*, 36(133), 73-86. <https://doi.org/10.15517/ap.v36i133.43688>
- Silva, L. A., Escalera, L. A., & López, R. E. (2020). Experiencia digital de los adultos mayores frente al COVID-19: el caso del programa universidad para los mayores de la Universidad Autónoma De Nuevo León, México. *Revista Boletín REDIPE*, 9(10), 217-236. <https://doi.org/10.36260/rbr.v9i10.1100>
- Smith, J. (1993). Using Anthropac 3.5 and a spreadsheet to compute a free-list salience index. *Cultural Anthropology Methods Newsletter*, 5(3), 1-3. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1525822X9300500301>
- Tarazona-Santabalbina, F. J., Martínez-Velilla, N., Vidán, M. T., & García-Navarro, J. A. (2020). COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(4), 191-192. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.04.001>
- Tarazona-Santabalbina, F. J., Cámara de las Heras, J. M., Vidán, M. T., & García-Navarro, J. A. (2021). Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y edadismo: revisión narrativa de la literatura. *Revista Española Geriatria y Gerontología*, 56(1), 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.08.002>
- Torres-López, T. M., Núñez-Sandoval, Y., & Cruz-Villarreal, A. (2017). Representaciones sociales de la influenza humana de adolescentes de la ciudad de Guadalajara, México. *Actualidades en Psicología*, 31(122), 17-30. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v31i122.24578>
- Vaismoradi, M., & Snelgrove, S. (2019). Theme in qualitative content analysis and thematic analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 20(3), 1-14. <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-20.3.3376>
- Vergès, P., Tyszka, T., & Vergès, P. (1994). Noyau central, saillance et propriétés structurales. *Papers on Social Representations*, 3(1), 3-12. <https://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/view/187>
- Weller, S. (2007). Questions cultural consensus theory: Applications and frequently asked. *Field Methods*, 19(4), 339-368. <https://doi.org/10.1177/1525822X07303502>