



Vol. 14 No. 4

Diciembre de 2011

# EL AUTOCONCEPTO DEL ADULTO MAYOR ANTE LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD CRÓNICA. UNA INFLUENCIA SOCIAL DESDE LA TEORÍA DE LAS ATRIBUCIONES<sup>1</sup>

Almazán León Nancy Yannin<sup>2</sup>, Benhumea Lamas Adbeel<sup>3</sup>, Ruiz Serna Carlos Eduardo<sup>4</sup> y Villa Peña David<sup>5</sup>  
Universidad del Valle de México, Campus Hispano

... *“Un crónico no es un viejito, porque yo así nací”... G, 2010*

## RESUMEN

La enfermedad crónica es aquella que regularmente no tiene cura y cuya duración se desconoce, siendo más frecuente en la edad adulta, aunque no por esto es exclusiva de la vejez. Con base en la teoría de las atribuciones se pretende analizar el autoconcepto que los adultos mayores han generado en relación con la representación social que existe sobre la enfermedad crónica. Se analizó el contenido del discurso de un grupo de discusión de 6 participantes heterogéneos (2 hombres

<sup>1</sup> Asesores: Campos García Juan Elías, Bezanilla José Manuel, Cecilia Godínez Vázquez.

<sup>2</sup> nancy.leon@gmail.com, Psicóloga de la Universidad del Valle de México Campus Hispano.

<sup>3</sup> psiquebenhumea@gmail.com Psicólogo de la Universidad del Valle de México Campus Hispano.

<sup>4</sup> psicologia\_cers@hotmail.com. Psicólogo de la Universidad del Valle de México Campus Hispano.

<sup>5</sup> psclg.dvp.david@gmail.com Psicólogo de la Universidad del Valle de México Campus Hispano.

y 4 mujeres) con enfermedades crónicas, entre 57 y 69 años de edad, complementándolo con la técnica ASBI (Análisis Semántico Basado en Imágenes). Los resultados permitieron establecer que el autoconcepto que los adultos construyen junto con la sociedad es un proceso dual, mismo que se interpretó como la existencia de una fractura social que se gesta en una construcción personal a raíz del asilamiento que se envuelve con el abandono familiar; justo este sentimiento de una soledad es construido por medio de un prejuicio que entiende la cronicidad como sinónimo de vejez.

**Palabras Clave:** Envejecimiento, Teoría de la influencia social, Enfermedad Crónica, Autoconcepto, Grupo de discusión, Análisis Semántico Basado en Imágenes (ASBI).

## THE SELF-CONCEPT OF THE ADULTHOOD BEFORE PRESENCE OF CHRONIC ILLNESS. A SOCIAL INFLUENCE FROM THE ATTRIBUTION THEORY

### ABSTRACT

Chronic illness is that which usually has no cure and whose duration is unknown; being more common in adulthood, it is not exclusive of it. Based on the attribution theory we pretend to analyze the self-concept that seniors have generated in relation to the social representation that exists for what it is conceived as a chronic disease. We analyzed the content of the speech of a discussion group of six heterogeneous participants (two men and four women) with chronic diseases, between 57 and 69 years of age, complementing it with the IBSA (Image-Based Semantic Analysis) technique. The results indicate that the self-concept the seniors constructed was built socially in a dual process, it is interpreted as a social fracture that was built in a personal construction as a result of insulation that is wrapped with family abandonment; this feeling of loneliness is constructed through a prejudice that establishes chronic disease as a synonymous of aging.

**Key Words:** Aging, social influence theory, chronic illness, self-concept, group discussion, Image-Based Semantic Analysis (IBSA).

## REPRESENTACIÓN SOCIAL, VEJES Y ENFERMEDAD CRÓNICA

El envejecimiento es un proceso natural que cobra inicio en la concepción del ser, prosigue durante la vida y finaliza con la muerte, donde una serie de cambios se han de hacer presentes para la continuidad de la evolución del individuo. Entre estos cambios se encuentran los biológicos u orgánicos, psicológicos y sociales, entendiendo los primeros como el proceso con causas endógenas que influyen en el individuo; es decir, cambios internos del organismo. Además posee características exógenas ligadas al comportamiento ante el medio externo; el envejecimiento orgánico va de la mano con la edad biológica, entendiendo que a medida que los años transcurren, los órganos experimentan modificaciones que nos llevan a un mejor o peor estado físico; resulta importante enfatizar que no todos los órganos ni individuos tienen el mismo ritmo de envejecimiento. Por otro lado, los cambios sociales se ven influidos por la percepción que el *otro* tiene ante este grupo de personas, haciendo alusión a que el proceso de envejecimiento social no se genera de manera aislada, sino que el contexto sociocultural en el que se ha de desarrollar el adulto mayor influye de manera directa en el proceso de envejecimiento. Es preciso mencionar que socioculturalmente se cree que el envejecimiento es un proceso exclusivo de la vejez, por lo que es importante hacer la diferenciación y marcar énfasis en esta aclaración, pues la vejez se trata de una etapa de la vida que va de los 60-65 años hasta la muerte; mientras que el envejecimiento es un proceso que, como previamente se mencionó, inicia desde el nacimiento y finaliza con la muerte. Todo el tiempo estamos envejeciendo, no sólo envejecemos cuando llegamos a una etapa. Por lo tanto, esta representación social da pauta y despierta muchos prejuicios erróneos que se tienen sobre la vejez, etapa llena de mitos y tabúes, mismos que se tratarán de develar en el transcurso de la investigación.

El estudio del fenómeno de la influencia social en sus diferentes variantes es fundamental para la investigación, ya que a través de su teorización es posible comprender muchos de los problemas psicosociales relacionados con los cambios de creencias en los grupos de adultos y los cambios sociales suscitados por la influencia de las mayorías y de las minorías; también permite comprender cómo se

da el proceso de socialización y de los efectos de la cultura. En sus inicios el estudio de la influencia social estaba centrado en el proceso de la conformidad, a partir de las investigaciones de Serge Moscovici y sus colaboradores. Ellos encontraron que el campo de la influencia social puede abarcar otros procesos que, a la vez que cuestionan a la conformidad, abren el campo de estudio a los fenómenos como los conflictos sociales, la innovación social y la conversión social. El fenómeno de la influencia social es un fenómeno complejo que en su estudio considera varios niveles: los funcionamientos intraindividuales, las relaciones interindividuales, posiciones sociales e intergrupales y las representaciones sociales de la influencia. Por tanto la construcción de la realidad social es un fenómeno que se dirige en ambas direcciones: desde el sujeto hacia el mundo social y desde el mundo social hacia el sujeto; es decir, a la vez que las personas y los grupos sociales somos constructores de la sociedad, también somos contruidos por ella. Se creía que el proceso de influencia social servía esencialmente para reducir las divergencias entre los individuos. Este proceso imponía una visión uniforme de la realidad, alejaba la desviación y, por ello, permitía al individuo adaptarse al grupo y actuar. De este modo queda claro que se concede a la conformidad un valor primordial, ya que se supone la existencia de una realidad uniforme e idéntica para todos los individuos. Los individuos cuyo comportamiento obedezca a la presión hacia la conformidad serán recompensados, siendo eficaces y estando adaptados al medio. Por el contrario, los individuos que no obedezcan a esta presión hacia la conformidad serán considerados desviados, ineficaces e inadaptados (Doms y Moscovici, 1986). Por lo tanto, desde nuestras representaciones sociales surgen conductas, de las maneras de representar e interpretar un fenómeno que determina nuestras maneras de actuar frente a él. Ya que en la manera que conocemos las formas de representar los objetos sociales, estamos en condiciones de conocer las formas de conducta de los sujetos del Instituto de Salud frente a la enfermedad crónica.

Como se pudo apreciar en los párrafos anteriores, se describieron los cambios biológicos y sociales de un individuo en la etapa de la vejez, por lo que es importante retomar el análisis del proceso del envejecimiento en la esfera

psicológica. A nivel psicológico, los cambios sociales y biológicos impactan en la apropiación de un autoconcepto; “el término autoconcepto alude a la información que tenemos sobre nosotros mismos, la forma en la que nos percibimos y describimos”. Esta forma cognoscible de reconocernos y de presentarnos ante el mundo se construye a lo largo de una vida como todo proceso va teniendo evolución continua y transformaciones que se gestan a raíz de una situación o condición. Sin embargo, la influencia social -con sus representaciones- toma un papel muy importante en este proceso; se desarrolla un rol que fue construido dualmente (sujeto-sociedad) sobre cierta condición. Tomemos como ejemplo la enfermedad crónica; socialmente se cree que esta es aquella que discapacita y vuelve “inútil” a quien la padece; claramente esta representación social llega a oídos de las personas con alguna enfermedad y en su proceso de construcción de autoconcepto se tatúa la palabra “inútil”, por lo que se reconoce así mismo con esa descripción. No obstante esa representación no llegó a la sociedad de la nada, algún sujeto o grupo de sujetos con el padecimiento crónico en algún momento sintió que la minusvalía lo invadía, mismo sentimiento que expresó y lanzó a una sociedad convirtiéndolo en una representación social; es así que Moscovici menciona que el proceso es dual y que una representación se construye en ambas direcciones, y es así como una representación social impacta en la formación del autoconcepto del sujeto.

Es cierto que los adultos son más propensos a la aparición de enfermedades crónicas, entendiendo a la enfermedad crónica como aquella que regularmente no tiene cura y cuya duración se desconoce; es más frecuente en la edad adulta, aunque no por esto es exclusiva de la vejez. Las enfermedades crónicas no son sinónimo de muerte o dolor; una de sus principales características es que generan un declive en la capacidad para desenvolverse en el medio. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades crónicas son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 60% de las muertes. En 2005, 35 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y de menos de 70 años de edad. Indudablemente la enfermedad crónica no sólo afecta a quien lo padece

sino a todo su entorno y es por esto que la sociedad influye directamente en cómo el adulto mayor verá su padecimiento y el tratamiento que se le dará al mismo. “Se asume que las personas se enferman porque son afectadas por las condiciones adversas de la sociedad en que viven” (Ramón de la Fuente, 1998). El autoconcepto del adulto mayor ante una enfermedad crónica podría afectar directamente la calidad de vida y la funcionalidad social de la persona que lo padece; de ahí la necesidad de mostrar una percepción distinta, generando así un enfoque menos incómodo para su vida.

Con lo que surge la pregunta ¿Cómo la representación social de una enfermedad crónica impacta en la formación del autoconcepto del adulto mayor? Teniendo como objetivo principal analizar el autoconcepto que presentan los adultos mayores en relación con la enfermedad crónica, vista a través de la representación social.

#### MÉTODO.

Esta investigación tiene una orientación cualitativa bajo el paradigma comprensivo-interpretativo, este nos permite acceder al mundo subjetivo de los significados que las personas dan o construyen a diversos eventos o fenómenos que ocurren en la cotidianidad, tales significados constituyen el horizonte de sentido que hace inteligible la vida. El presente estudio es un análisis de casos, los sujetos fueron seleccionados por cumplir con la condición de enfermedad crónica, con la disponibilidad de participar en el grupo de discusión y que fueran internos pertenecientes al Hospital de Enfermos Crónicos Dr. Gustavo Baz Prada, ubicados en Tepexpan, Estado de México, México.

#### Participantes:

Seis participantes heterogéneos (2 hombres y 4 mujeres) de 57 a 69 años de edad que padezcan enfermedades crónicas. Para que la técnica ASBI se pudiese llevar a cabo se buscó que los pacientes no tuviesen ningún problema de la vista. “G” de 61 años padece de PCI distonía de las cuatro extremidades, “M” de 59 años padece PCI codriparesia espástica, anquilosis, “A” de 57 años padece

Síndrome Cerebeloso por Cisticercosis Cerebral con cuadriplejia espástica, “T” de 66 años padece resección de meningioma subtotal izquierdo con hemiplejia derecha, hipercolesterolemia, disartria, “Ma” de 61 años padece Crisis de Hipertensión exeresis de tuberculoma cerebral izquierdo, “R” de 69 años de padece de cuadriplejia postraumática SX de inmovilidad, lesión medular. Los participantes tienen poca comunicación entre ellos.

#### Técnicas de recolección de información.

Se empleó la técnica ASBI con 20 imágenes de tamaño de 4x10 (tamaño estándar), imágenes que representaban tópicos como enfermedad, salud, compañía, vejez y familia, las cuales se muestran en los anexos D, enumeradas de acuerdo a los criterios para transferir el discurso a la base de datos. En ambas técnicas fueron necesarias sillas para el moderador y los observadores, al igual que una mesa redonda, donde se colocaba la grabadora para la recolección de la información.

#### Procedimiento

Para la disposición previa a las técnicas se realizó un cuestionario que se muestra en el anexo A. Las técnicas se llevaron a cabo en dos sesiones con una semana de intervalo con una duración de una hora con 30 minutos (10:30 a 12:00 horas). Para ambas técnicas se emplearon entrevistas semiestructuradas, las cuales se muestran en los anexos B y C, mismas que se efectuaron en un espacio abierto del hospital conocido entre el personal y los usuarios como la “Gruta”. El grupo de discusión se llevó a cabo en la primera sesión. Al aplicar la técnica ASBI los participantes decidieron cambiar los lugares y se muestran en la figura 1.1. Una de las actividades empleadas es el grupo de discusión cuyo objetivo es posibilitar el análisis del discurso del sujeto mediante el debate sobre algún tema propuesto por el investigador. Siendo una técnica no directiva, el grupo de discusión busca este debate durante un espacio y tiempo delimitado. La técnica

ASBI (Análisis Semántico Basado en Imágenes) es una técnica cualitativa que consiste en el enlace semántico de imágenes con la asociación de ideas y experiencias propias.

## RESULTADOS.

El imaginario social -que es generado por la influencia social y por los sujetos de manera simultánea- crea una imagen acerca de lo que son las enfermedades crónicas; esta generalmente resulta despectiva y considera a los individuos que las padecen, en particular al adulto mayor, como poco o nada productivos, percibiéndolos como *inútiles* y *dependientes*, repercutiendo de esta manera en la formación de su autoconcepto.

El discurso de los participantes permitió que se realizara el análisis del autoconcepto; este último resultó convincentemente similar con la idea generada por el imaginario social, hallando principalmente que la representación social fue apropiada por los sujetos debido al abandono de sus familiares y el trato por parte del personal del hospital. Sin embargo, los adultos mayores no eran capaces de demostrarlo abiertamente, pero la expresión de sus palabras y su lenguaje no verbal denotaban lo contrario. Citando a uno de los participantes del grupo de discusión es posible fundamentar dicha argumentación:

“[...] La sociedad ni sabe lo que es crónico porque aunque estamos enfermos podemos hacer cosas. Claro que nos limitamos, somos más aceptables que ellos [...]” (**Participante 1, A**).

Este fragmento muestra el resentimiento que muchas veces no puede ser expresado ante un prejuicio que se ha hecho una verdad social: los enfermos son considerados como incapaces. En el transcurso del grupo de discusión pudo observarse que la gran mayoría realiza alguna actividad ocupacional, como hacer bolsas, llaveros, piñatas, etcétera, con los que se ganan algún dinero extra. Por lo cual es preciso mencionar que, a pesar que se apropió la representación, se lucha para vencerla y generar una nueva, al menos para sí mismos. A su vez puede apreciarse la fractura social que generan, *ellos, nosotros*, como si ya no se

perteneciera a esta sociedad, como si la institucionalización y la enfermedad crónica los escindiera, terminando por construir una pequeña sociedad de *nosotros, que somos más aceptables que ellos*.

Otro dato interesante arrojado por el discurso de los participantes es la existencia del prejuicio de que enfermedad crónica es sinónimo de ser viejo, incluso una de las participantes con PCI menciona lo siguiente:

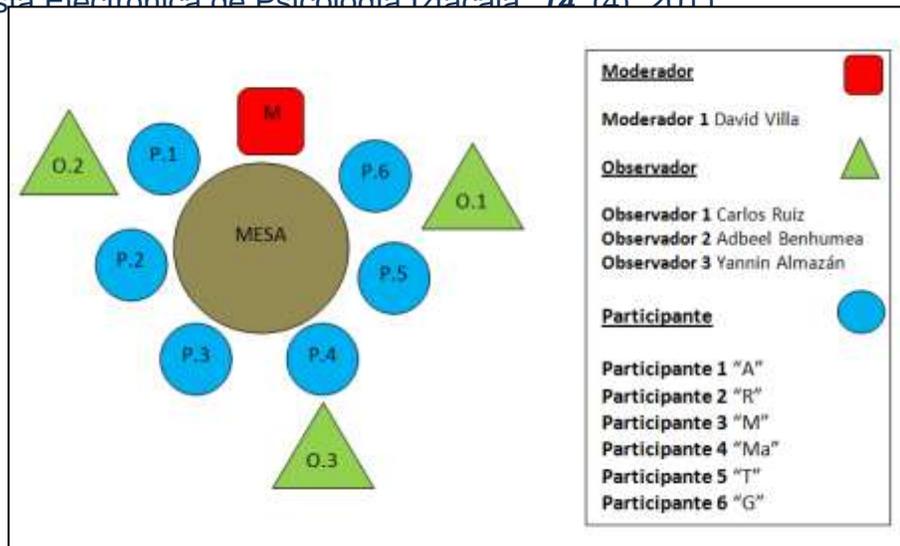
“Un crónico no es un viejito, porque yo así nací [...]” (**Participante 6, G**)

Es muy significativa esta frase para la construcción de los resultados, pues permite ver y romper el prejuicio que existe de crónico igual a viejo. Este fragmento está envuelto por un significado que permite observar que a pesar de que la cronicidad llegó de una u otra manera a sus vidas, no significa que haya sido porque se encuentran en la etapa de la vejez, por lo que la palabra viejo no entra en el autoconcepto del sujeto enfermo.

Enfrentarse día a día con la soledad es algo con lo que tienen que lidiar los pacientes institucionalizados de este y de cualquier otro hospital; por lo tanto una palabra que se ha incluido en el autoconcepto es la de *solo(a)*. Esta soledad que tiene que ser la compañera de todos los días, junto con la fantasía de sentirse querido, de sentirse apreciado y, sobre todo, acompañado:

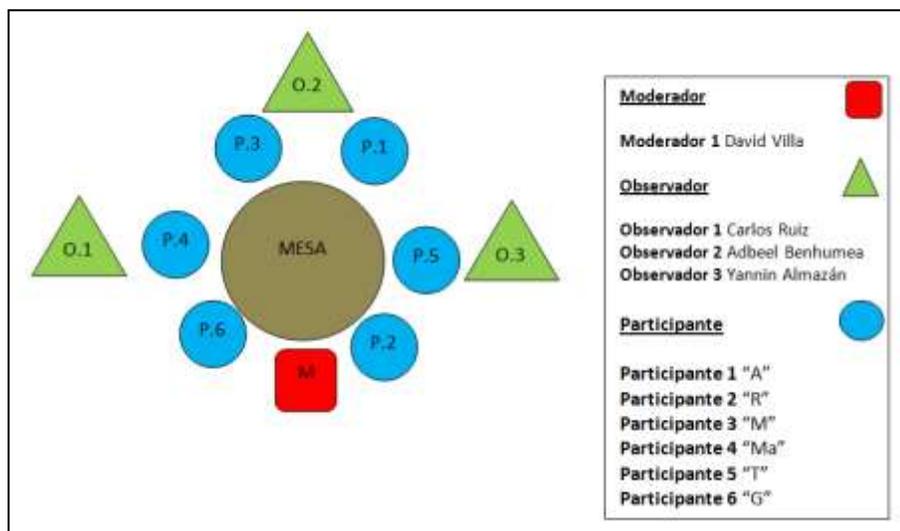
“[...] Sentí que se cerró el mundo, pero Dios es grande; yo le pido ayuda para tener un compañero, y en mis sueños yo lo tengo, estoy soñando [...]”

Este fragmento permitió develar que la soledad se ha vuelto parte de su estilo de vida; sólo queda lugar para plegarias más que para esperanzas. En la figura 1 es posible apreciar los lugares que los participantes decidieron tomar durante la primera sesión en la que se llevó a cabo el grupo de discusión.



**Figura 1.** Posiciones que fueron ocupadas por los participantes, observadores y moderador en el grupo de discusión de la primera sesión que inició a las 10:30 horas y finalizó alas 12:00 horas.

La segunda sesión resultó ser diferente, pues los participantes decidieron tomar distintos lugares a los que habían elegido en la primera sesión, lo cual se expresa de manera gráfica en la figura 2 en comparación con la figura 1.



**Figura 2.** Posiciones que fueron ocupadas por los participantes, observadores y moderador en el grupo de discusión de la segunda sesión que inició a las 10:30 horas y finalizó alas 12:00 horas. Durante la sesión, los observadores y el moderador estuvieron moviéndose constantemente para acercar las fotografías a los informantes; sin embargo, ese fue su lugar inicial y base.

## CONCLUSIONES

El análisis arrojó que los pacientes crónicos desmienten muchos de los prejuicios marcados por el imaginario social, destacando principalmente que la enfermedad crónica no es sinónimo de vejez, así como “la pasividad es lo que caracteriza al envejeciente y que ya no se tiene capacidad para aprender”. De este modo L. Salvarezza define lo que es viejísimo, determinándolo como una actitud negativa y de marginación de la sociedad ante los adultos mayores. Lo que se obtuvo a través del discurso de los pacientes es que el imaginario social que se tiene de crónico despierta cierta molestia en los pacientes, ya que argumentan que la sociedad desconoce lo que implica ser un enfermo crónico; sin embargo, su expresión demuestra ser de resentimiento más que de desinterés. Por otro lado la fragmentación de la sociedad fomentó la formación de pequeñas sociedades, como fue en el caso de los enfermos crónicos. Estas han sido gestadas a raíz de las representaciones sociales que existen, mismas que impactan en el autoconcepto y que orillan al sujeto a aislarse con sus supuestos iguales, ya que nos encargamos de hacerlos diferentes de nosotros.

Un hallazgo interesantísimo es que el significado y la interpretación del discurso de las mujeres participantes se orientaba hacia sentimientos de soledad y de vacío por lo cual, a pesar de no haber establecido diagnósticos, podemos concluir que los rasgos depresivos de la personalidad son más frecuentes en mujeres que en varones. Asimismo Mónica Mora, Et. Al mencionan en “Perspectiva subjetiva de la calidad de vida, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativo” que la depresión es más propensa en mujeres. Poniendo la debida atención al discurso de las pacientes y de acuerdo con sus formas de pensar y sentir se demostró que es una afirmación que aplica muy particularmente en personas que padecen alguna enfermedad crónica, pues demostraron tener profundas tristezas y desolaciones en sus vidas, ya que las cuatro pacientes que participaron en el grupo de discusión se quejaban constantemente al grado de desvalorar su vida presente, añorando profundamente su pasado.

Al igual que Kalker y Roser (1987) citados por Rodríguez (1995) quienes definen la calidad de vida en los enfermos crónicos como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales, se encontró dentro del discurso de los sujetos que se tomaron para esta investigación que ellos, al aceptar su condición y las consecuencias que esto conlleva, han podido tener una optima calidad de vida como la describen los autores. Mientras que Heans y Van Kineppenberg (1985 – 19879), citados por Rodríguez (1995), “proponen que la calidad de vida dentro de la perspectiva de las personas con enfermedades crónicas debe ser vista como un constructo multidimensional que incluye, al menos, estatus funcional, síntomas relacionados con la enfermedad, funcionamiento psicológico y funcionamiento social, a lo cual los sujetos daban muestra lúcida en su discurso de tener en mente de manera clara dicho constructo, pero con sus limitaciones características de la enfermedad, ya que en el estatus funcional que marca la ejecución de actividades como el auto cuidado, la movilidad y la actividad física se veían limitados por su condición, así esto no impedía vivir de forma optima sus vidas; en el caso de los síntomas relacionados con la enfermedad al ser diversos según el tipo de enfermedad, los pacientes se apropiaban de la enfermedad, vivenciándola no como algo ajeno a ellos, sino como algo significativo en sus vidas”, por lo que es preciso mencionar que la calidad de vida no va a depender siempre de las instalaciones o el servicio que se brinde, sino de cómo se describe a sí mismo, se podrán tener las mejores instalaciones con el servicio con profesionales y expertos, pero mientras una persona mantenga sentimientos de minusvalía y soledad de nada servirán todos los esfuerzos exógenos, por lo que resulta elemental cambiar la educación y la representación social hacia los adultos mayores y también hacia las enfermedades crónicas. Este cambio de representación social impactará nuevamente en los ancianos que se encuentran institucionalizados, y repercutirá en el autoconcepto que éste ha generado para sí; sin embargo, es difícil llevar a todos el mensaje del cambio de una representación, pero si se comienza por el personal de los hospitales, mostrando interés en lo que dicen, promoviendo la independencia y

autosuficiencia, entonces se logrará una verdadera calidad de vida, en la que no sólo hay factores exógenos, sino también endógenos para un vivir cotidiano con calidad.

“En el funcionamiento psicológico se marca un relieve elevado en los niveles de estrés psicológico entre los pacientes con enfermedad crónica”. (World Health Organization, 2003) pero el discurso y la forma de comportarse de los sujetos denotaba una condición diferente. En cambio su vivencia en el hospital es en condiciones más nostálgicas que estresantes; en el funcionamiento social la World Health Organization hace referencia “al trastorno de las actividades sociales normales, como la socialización en la convivencia con otros sujetos por diversas causas y dentro de este mismo apartado se menciona que hay que tomar en cuenta las actividades de rol y en donde se notaron distantes entre ellos, describiendo las causas por las cuales evitan la socialización entre ellos y por lo cual no hay un núcleo social en el cual se puedan desarrollar los roles que a esto le corresponde”. Promover la socialización dentro de los hospitales es fundamental para un autoconcepto sólido y con lazos fuertes que no fomenten la soledad, que ya se vio presente en los informantes.

Con un imaginario social despectivo y prejuicios sobre la vejez y la enfermedad crónica, la ansiedad y la depresión se han de hacer presentes en el autoconcepto de los informantes. Estas psicoafectividades son reforzadas por el trato en el hospital (del cual se quejan los pacientes) y por el abandono familiar; entonces este autoconcepto está lastimado por lo cual, con el afán de protegerse, se excluyen de esta sociedad que recluye y abandona a personas en hospitales. Encontrarle sentido a la vida resultaría entonces complicado para las personas institucionalizadas, que son viejos y que además padecen enfermedades crónicas; sin embargo existen tres factores que se identificaron en el presente estudio y que permiten que la vida cobre sentido: las actividades, la reminiscencia y la autoaceptación. Las actividades permiten mantenerlos ocupados y mostrar que la capacidad de hacer unas cosas se ha perdido, pero en cambio se han ganado nuevas habilidades que antes no estaban, mismas que se ven acompañadas de creatividad que envuelve cada creación, desde una canción hasta un llavero. Por

otra lado, la reminiscencia da la oportunidad de echar un vistazo en la vida de sí, de ver quién es y cómo se ha construido a lo largo de la vida, a su vez, hacer el recorrido en las etapas previas de la vida, da como fruto la reflexión y el trabajo personal que se ha hecho presente para la formación continua del autoconcepto. Por último la autoaceptación, mirarse decir: “este(a) soy yo” da la posibilidad de generar un autoconcepto que trascienda lo que reconocen los demás para mí; parte del autoconcepto que los informantes generaron gira entorno a la aceptación de sus cuerpos, con las dificultades que este pueda precisar, pero con la plena convicción de querer continuar con vida.

Nos encontramos con discusiones metodológicas que parecieran muchas veces sencillas o sin importancia, pero que han de ser consideradas para extender el campo de aplicación de las técnicas cualitativas. A pesar de que el autor Javier Gil Flores sugiere que el grupo de discusión debería ser en una habitación y con ventanas, el hospital carecía de alguna habitación en la cual se pudieran realizar las actividades, por lo que se llevaron al aire libre y los resultados mostraron que el ambiente en el que se realice no sesga la investigación, siempre y cuando sea un lugar tranquilo y no muy concurrido.

Finalmente, como en toda investigación se encuentran más preguntas que respuestas, y a pesar de que nuestro objetivo fue alcanzado satisfactoriamente, nos encontramos con diversos cuestionamientos que se proponen como futuras líneas de investigación, como cuáles son las vivencias desde la condición de enfermedad, cuál es el sentido cultural de la institucionalización y cómo este repercute en la formación del autoconcepto, y así un sinnúmero de preguntas que tanto los autores como el público lector generaron a raíz de este producto de investigación. Estas preguntas han de ser resueltas con posterioridad y con el debido interés para su divulgación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Muñoz Tortosa, J. (2006). **Psicología del envejecimiento**. Madrid: Pirámide.

Brocklehursts (2007). **Geriatría**. Madrid: Marbán.

Merck Sharp y Dohme (2004). **Manual Merck de información médica edad y salud**. España: Grupo Océano

De la Fuente, R. (1998). **Psicología médica**. México: Fondo de cultura económica.

Belsky, J. (2001). **Psicología del envejecimiento**. Madrid: Paraninfo Thomson Learning.

Godinez Vázquez, C. (2005). **¿Qué dicen los jóvenes acerca de la política en México?** México: Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social.

Moscovici, S. (1979). **Teoría de las representaciones sociales**. España: Páidos.

Moscovici, S. (1986). **Psicología Social. Tomos I y II**. España: Editorial Páidos.

Mora, M., Villalobos, D., Araya G. y Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativo. **Revista MH salud**, 1 (1), 1-12.  
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2370/237017928002.pdf>

Gil Flores, J. (2006). La metodología de la investigación mediante grupos de discusión. **Organización Escolar y M.I.D. E. Universidad de Sevilla**. S/F  
[http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:20406&dsID=metodologia\\_investigacion.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:20406&dsID=metodologia_investigacion.pdf)

Galindo Cáceres, J. (1998). **Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación**. México: Pearson educación.

Vinaccia, S. y Orozco Lina, M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. **Revista Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**, 1 (2), 125-137  
[http://www.usta.edu.co/otras\\_pag/revistas/diversitas/doc\\_pdf/diversitas\\_2/vol1.no.2/art\\_1.pdf](http://www.usta.edu.co/otras_pag/revistas/diversitas/doc_pdf/diversitas_2/vol1.no.2/art_1.pdf)

Viguera Virginia. **Prejuicios, mitos e ideas erróneas acerca del envejecimiento y la vejez**. Temas de Psicogerontología, S/F  
<http://psicomundo.com/tiempo/educacion/prejuicios.htm>