



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“ Padecimientos y relato dominante de mujeres en el asilo ”

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A (N)

**Danya Marisol Cordero Hernandez**

Director: Mtro. **Raúl Ortega Ramírez**

Dictaminadores: Mtra. **Guadalupe Dominguez Sandoval**

Mtro. **Antonio Corona Gómez**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice

INTRODUCCIÓN-----	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	6
CAPÍTULO 1. EL ASILO COMO INSTITUCIÓN TOTAL A TRAVÉS DE LAS NARRACIONES DE SUS HABITANTES.-----	8
1.1 El asilo como institución total.-----	9
1.2 El orden médico, del diagnóstico a la subjetivación en los asilos. -----	15
1.3 Los asilos y su función social, el para qué los asilos.-----	17
1.4 Asilos.-----	19
CAPÍTULO 2. LA SITUACIÓN DE LOS ASILOS, ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN.-----	22
2.1 Algunos asilos de países de habla hispana: Buenos Aires, Cuba y España.--24 México.-----	25
2.2 Geriátría y la gerontología: modelo biológico-médico y modelo médico-social que estructuran a los asilos.-----	27
2.3 Mujeres adultas mayores en asilos.-----	28
2.4 Mujeres dentro de un asilo privado.-----	31
CAPÍTULO 3. LAS NARRACIONES DE LA VIDA EN EL ASILO.-----	33
3.1 De historias, discursos y narrativa de mujeres en un asilo.-----	33
CAPÍTULO 4. DE PERSONA-IDENTIDAD, PERSONA-CUERPO FRENTE AL DETERIORO DEL CUERPO EN LAS MUJERES DEL ASILO.-----	41
4.1 El deterioro del cuerpo: Las enfermedades o padecimientos más comunes en las habitantes de un asilo.-----	42
4.2 La narración de la vida cotidiana; persona-identidad-cuerpo.-----	47
MÉTODO-----	50
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS-----	54
DISCUSIÓN -----	88
CONCLUSIÓN-----	92
BIBLIOGRAFÍA-----	94

## **INTRODUCCIÓN**

### **Un asilo, tres narraciones.**

Leer la obra de Foucault *Vigilar y Castigar* (1976) fue un reto. Mi atención se centró en lo que mencionaba como disciplina, obediencia, panóptico, etcétera. Caracterizaba como “instituciones totales” a la milicia, escuela, hospitales, conventos, liceos. Mostró que la disciplina funcionaba de manera medular para la estructuración de estos lugares. A medida que mi lectura avanzaba me di cuenta que no sólo estas instituciones cumplían con las características que describía Foucault así que decidí imaginarme a los asilos su función y lo poco que conocía de ellos.

Investigando la función de los asilos y las interpretaciones sobre sus habitantes, me sorprendí al mirar las coincidencias que tenían con lo expuesto con Foucault sobre instituciones totales. También indague las diferencias de los asilos entre los países de habla hispana así como su estructura, organización, servicio y atención que prestan, que dependía de lo que interpretaban de sus habitantes.

Me encontré que la geriatría y la gerontología son las especialidades que estudian a los “adultos mayores”. La OMS, caracteriza a esta franja poblacional, como las personas con más de 60 años de vida. Me percate que estas especialidades prestan su atención en temas de salud como principal constituyente y que dichas interpretaciones crean modalidades y modelos que se traducen en lo que se conoce como asilo y casa hogar.

En consecuencia, un asilo, visto por mí, podría estudiarse como institución total, caracterizándose por los siguientes elementos: 1) un espacio estructurado bajo un orden, el médico, por medio de los modelos enunciados; 2) la pretensión de un cierre espacial, y por sus horarios podíamos afirmar que también existe un cierre temporal; 3) obliga a la reproducción de la actividades programadas, independientemente del tiempo que sus habitantes lleven; 4) define la manera de realizar las actividades que es homogénea para todos los habitantes, la disciplina; 5) Como toda institución, supondríamos la existencia de una división espacial dadas las características socio-económicas, de género y de enfermedades; 6) y que finalmente los asilos se asumen como los más especializados para el servicio y atención de una franja poblacional específica, estableciéndose como una institución normalizadora.

Las mujeres estadísticamente tienen más posibilidad de vivir 7 años más que los hombres (INAPAM, 2015) su calidad de vida no es la más óptima, pues se enfrentan a padecimientos que las hacen prestar interés en su cuerpo (Quintanar,

2010; Guerrini, 2010, Pérez y Velasco, 2011). Mientras más buscaba las estadísticas me dejaban perpleja pues estamos en un país en la que la población en crecimiento y que se va potencializando son ellas, las adultas mayores (CEAMEG, 2011).

Dados los datos, mi impresión fue que las adultas mayores no sólo contaban con un padecimiento sino con varios, debido a los cambios naturales del deterioro del cuerpo pero además por sus hábitos a lo largo de su vida, enfermedades que se han vuelto crónicas o bien que han controlado y ya tienen tiempo viviendo con ellas y por si fuera poco los cambios hormonales y número de partos entre otras condiciones. Este tipo de situación en ocasiones promovía un cambio en sus hábitos comunes como los de alimentación, actividades cotidianas y horarios establecidos, como los horarios para la toma de sus medicamentos además de que frecuentemente su condición les obliga a tener tiempo libre. Con estos cambios también las relaciones interpersonales podría cambiar, transformarse, debido a los cuidados que las personas requieren para su restablecimiento físico.

El tipo de restablecimiento físico puede ser asistido por las relaciones más cercanas, pero este no siempre se da. Y por ello una de las resoluciones para atender su situación de algunas mujeres, es vivir en un asilo, para una atención especializada. Otras interpretaciones para llegar a vivir a esta institución podrían ser por: decisión de terceros, pérdida de sus casas, vivir en soledad o de bien se quedan olvidadas en estas instituciones.

En el asilo su vida cotidiana cambia, pues comparten tiempo con sus iguales en edad y muchas veces en condición, conviviendo con personas de ambos sexos, realizando actividades ocupacionales y chequeos cotidianos que enfocan al cuerpo como principal estructurante. Asuntos cotidianos como la comida, la hora de dormir, el aseo personal está atravesado por la organización y estructura de la institución. Compartiendo historias de la vida antes de ingresar al asilo además poder de charlar de los eventos dentro del asilo ya sea con los pares o bien con los profesionales de la salud que la componen.

El asilo cuenta con la participación de diferentes profesionales, de manera que las adultas mayores viven gran parte del día con la vigilancia de enfermeras, médicos, psicólogos, nutriólogos, y demás profesionales principalmente de la salud que se hacen pertinentes y comunes.

Una cotidianeidad al margen de la vida familiar o de la relación con sus familiares cercanos; con horarios definidos en su alimentación y actividades acordes a sus condiciones de salud; horario para la ingesta de los medicamentos,

de sus actividades individuales y grupales, así como de su tiempo libre y horas de visita.

La vida en un asilo estaba lejana a lo que actualmente vivía por eso me adentre a buscar en las entrevistas desde una manera particular de entrevista-conversación con preguntas, comentarios, reflexiones y afirmaciones que promueven una descripción más detallada por medio de una re-narración de un hecho, centrado en los significados de la persona y sus relaciones, además de indagar cómo recuerda ese periodo, cómo se sintió y qué aprendió, qué razonó, cómo actuó y de qué relación o relaciones habla (White, 1993 y Payne, 2002).

Encontramos a 3 mujeres adultas mayores que vivían en el mismo asilo por lo que tendría la descripción de lo que es vivir en un asilo por medio de una charla grabada que contenía la descripción de sus experiencias, aprendizajes y vivencias escuche hablar de sus relaciones, decisiones, emociones, reavivando con sus recuerdos una historia que necesitaba ser contada. A medida de escucharlas varias veces pensaba que nos pueden preparar para ese camino, pues nos darían interpretaciones impensadas de lo que puede ser una adulta mayor, nos darían una interpretación "interna" formada a partir de sus propias palabras.

Además contar con algún padecimiento que suponíamos aumentaba y definía su enfoque y atención en el cuerpo más que en la propia persona.

Así la idea de una re-significación de lo que narran las mujeres en un asilo nos puso al día con la cotidianidad desde, actividades, relaciones, decisiones e interpretaciones de ayuda para una opción de descripción de las mujeres en esta situación. Esta opción podrá dar una posibilidad de interpretación para sus familias, parejas, hijos o del profesional con interés en ellas no sólo en el asilo con los profesionales de salud, también para cuidadores o trabajadores sociales que la componen.

## ***PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.***

La vida diaria muestra una baraja de heterogeneidades, y una manera de expresarse es por medio de las narraciones. Suponemos que al entrar a un asilo se enfrenta un proceso de normalización que se estructura conforme un orden médico (regulador de actividades, horarios, revisiones, instrucciones de cuidado, posturas y relaciones entre los pares) que pretende homogeneizar las diferencias.

Supusimos que el asilo se estructuraría de tal manera que gesta un proceso de normalización el cual se vería reflejado en las auto-descripciones de sus habitantes. Las narraciones referirían una constante atención a las diferencias, carencias, cambios o padecimientos en su cuerpo desde un lenguaje médico con tecnicismos y como parte fundamental de lo que viven de manera cotidiana. No obstante, las narraciones a lo largo de las charlas nos permitirían descubrir, también, las decisiones, relaciones, intereses, preocupaciones, ocupaciones y sentidos asignados.

Esta tesis se fundamenta en cuatro capítulos cada uno argumenta una de las partes para la concepción del trabajo.

Primero desde lo planteado y definido por Foucault como disciplina que caracteriza las condiciones y la vida en un asilo ofreciendo la posibilidad de estudiarlo como una institución total que creemos permite una subjetivación del orden médico que la permea. Además de explicar la función y elementos que componen un asilo.

Segundo la estructura y organización de los asilos, partiendo de las interpretaciones para los habitantes a los que dan servicio y atención, que constituye modelos y modalidades que conforman el cotidiano de un asilo. Se presentan algunos asilos de habla hispana que se asocian a los modelos y modalidades específicas que conforman lo que se entiende por “asilo” y “hogar”. Posteriormente se plantea las estadísticas asociadas a mujeres en esta condición y finalmente la caracterización de un asilo privado.

Tercero considerando las narraciones como un tipo de análisis psicológico que se ha transformado a lo largo del tiempo y que ha creado una multiplicidad de interpretaciones, las entrevistas-conversaciones escuchadas desde lo que postula la terapia narrativa podría mostrar un discurso saturado o dominante de su cuerpo que vive al margen de un orden médico con interés fundamental en sus padecimientos.

Y el cuarto capítulo en donde se desglosan dos interpretaciones del deterioro del cuerpo y se describen algunos padecimientos más comunes en las habitantes de un asilo. Como resultado esperaríamos una narración que posibilita resaltar las diferencias de un cuerpo-persona-identidad.

## CAPÍTULO 1. EL ASILO COMO INSTITUCIÓN TOTAL A TRAVÉS DE LAS NARRACIONES DE SUS HABITANTES.

“Me puse a pensar que aquí ya no salgo más que para morirme aquí y ya, y me puse a pensar y si saliera por otro motivo que se inundara la casa o cualquier cosa y ¿a dónde iría a dar? Ay con mi hija no, no, no, perdería a todas mis amistades, ay qué haría...”

María

Este trabajo trata de analizar la vida en el asilo a través de las narraciones de quienes viven todos los días en esas instituciones. Este tema nos lleva a proponer que un asilo, o casa hogar puede ser visto como un caso de las instituciones totales que caracterizó Foucault (1976).

En consecuencia al hablar de institución total también será obligado remitirnos a lo que Foucault denominó el mantenimiento del orden social. Y de cómo las instituciones totales reproducen tal ordenamiento que van moldeando para que consigan orden. En este caso tratamos de mostrar que los asilos procuran transmitir una idea social sobre un periodo de vida denominado “tercera edad”, “de adulto mayor”, “vejez” que en la sociedad occidental se representan como una persona sin capacidad natural o industrial para producir: rendimiento, bienes y trabajo.

El segundo problema de este trabajo es hacer la caracterización de la vida en el asilo a través de las narraciones de quienes llegan a esas instituciones, de lo que perciben de estas, de las actividades a las que están sujetos y los procedimientos de cuidado y atención, así como de las relaciones interpersonales a las que da lugar.

Sin embargo, intentamos argumentar que los asilos se estructuran o se organizan de acuerdo con lógicas basadas en el cuerpo como: sus cambios, padecimientos y pérdidas. La primer propuesta es completamente del conocimiento de la salud (modelo biológico-médico) y la segunda además del cuerpo atiende a esferas sociales, históricas y de relaciones entre otras (modelo médico-social) estas propuestas parecen ser semejantes pero mantienen diferencias. La primera propuesta basada en la geriatría, y la segunda fundamentada en la gerontología.

Desde el punto de vista de esta tesis entendemos que ambas se regulan a partir del “orden médico”; es decir, planteamos que existe, una lógica –de clasificación, ordenamiento espacial, jerarquía, tiempo y movimientos - una manera de entender a las personas que habitan los asilos, que se manifiesta en su estructura administrativa, la arquitectura, en los procedimientos de atención y de

los horarios de las actividades, podemos hipotetizar la existencia de un orden médico y que se expresa en las diferencias de organización y estructura de los asilos.

En consecuencia asumimos que las narraciones mostrarían la estructura y organización de los asilos así como las libertades y limitaciones que la propia institución les permite a sus habitantes que se traduciría en la descripción de las actividades, relaciones interpersonales y cuestiones cotidianas además de las órdenes de los cuidados médicos.

### **1.1 El asilo como institución total.**

Una institución, puede tener, al menos, dos acepciones, la primera planteada como "Organismo público o privado que ha sido fundado para desempeñar una determinada labor cultural, científica, política o social", como lo indica el Diccionario de Oxford (2016). Una segunda, desarrolla por Foucault (1976) a partir de analizar la disciplina.

La confluencia, entre la definición y el trabajo de Foucault sobre las instituciones, la encontramos en las funciones que cubren en una sociedad, como la labor política, cultural y científica. Pensamos que el análisis sobre la Disciplina (Foucault, 1976; p.124 versión digital) nos da algunos elementos para hacer una caracterización de una institución, que encontramos en los asilos.

I. Cuerpos Dóciles: A partir del estudio sobre las exigencias a las que someten a los soldados para ser más eficientes -en sus movimientos sobre el uso de los fusiles y demás implementos, estos movimientos rápidos, automáticos, eficaces y hábil uso de sus armas- el autor sugiere que aparecen en diversas instituciones procedimientos para hacer o construir cuerpos dóciles.

La "invención" de esta nueva anatomía política no se debe entender como un repentino descubrimiento, sino como una multiplicidad de procesos con frecuencia menores, de origen diferente, de localización diseminada, que coinciden, se repiten, o se imitan, se apoyan unos sobre otros, se distinguen según su dominio de aplicación, entran en convergencia y dibujan poco a poco el diseño de un método general. Se los encuentra actuando en los colegios, desde hora temprana más tarde en las escuelas elementales; han invadido lentamente el espacio hospitalario, y en unas décadas han reestructurado la organización militar. Han circulado a veces muy de prisa y de un punto a otro (entre el ejército y las escuelas técnicas o los colegios y liceos), otras veces lentamente y de manera más discreta (militarización insidiosa de los grandes talleres). Siempre, o casi siempre, se han impuesto para responder a exigencias de coyuntura: aquí una innovación industrial, allá la recrudescencia de ciertas enfermedades epidémicas, en otro lugar la invención del fusil o las victorias de Prusia. Lo cual

no impide que se inscriban en total en unas transformaciones generales y esenciales que será preciso tratar de extraer. (p127 versión digital)

Foucault, percibe que el cuerpo forma parte de un proceso de disciplina, que tiene distintas maneras de expresarse según la institución particular. En el asilo el cuerpo se ajusta a la toma de medicamentos, el tipo de alimentación y a las actividades de las cuales tienen que ser partícipes (Zolotow, 2010).

II. Arte de las distribuciones: como parte de la disciplina se propone analizar la distribución funcional de los espacios o de la organización. Estas distribuciones contemplan, a) la posibilidad de clausura, b) espacios semi-abiertos, c) emplazamientos funcionales, d) elementos intercambiables (pp.130-137 versión digital). Porque la distribución y clasificación facilita los procesos sobre el cuerpo y las representaciones.

Al organizar las "celdas", los "lugares" y los "rangos", fabrican las disciplinas espacios complejos: arquitectónicos, funcionales y jerárquicos a la vez. Son unos espacios que establecen la fijación y permiten la circulación; recortan segmentos individuales e instauran relaciones operatorias; marcan lugares e indican valores; garantizan la obediencia de los individuos pero también una mejor economía del tiempo y de los gestos. Son espacios mixtos: reales, ya que rigen la disposición de pabellones, de salas, de mobiliarios; pero ideales, ya que se proyectan sobre la ordenación de las caracterizaciones, de las estimaciones, de las jerarquías. (p.136 versión digital)

La ubicación, permite entonces una división funcional y una separación jerárquica entre una población dentro de una institución que no siempre es cerrada como en el caso del asilo que permite salir a sus habitantes en grupo o bien de manera individual (INAPAM, 2015).

III. Control de Actividades otro de los elementos que se requieren para obtener la disciplina es el control de la cotidianidad de la institución por medio de las siguientes estructuras: a) horarios, b) duración del acto, c) correlación cuerpo y gestos, d) articulación cuerpo-objeto y e) no ociosidad (p137-144 versión digital). Esta secuencia ya estructurada en cuerpo-acto-objeto-tiempo crea un sistema definido como un comportamiento adecuado para la institución.

De ahí la reglamentación del tiempo de la acción que fue tan importante en el ejército y que debía serlo para toda la tecnología de la actividad humana: 6 tiempos preveía el reglamento prusiano de 1743 para descansar el arma, 4 para tenderla, 13 para ponerla vuelta sobre el hombro, etcétera. Por otros medios, la escuela de enseñanza mutua ha sido dispuesta también como un aparato para intensificar la utilización del tiempo; su organización permitía eludir el carácter lineal y sucesivo de la enseñanza del maestro: regulaba el contrapunto de

operaciones hechas, en el mismo momento, por diferentes grupos de alumnos, bajo la dirección de los instructores y de los ayudantes, de suerte que cada instante que transcurría estaba lleno de actividades múltiples, pero ordenadas; y por otra parte, el ritmo impuesto por señales, silbatos, voces de mando, imponía a todos unas normas temporales que debían a la vez acelerar el proceso de aprendizaje y enseñar la rapidez como una virtud; "el único objeto de estas voces de mando es... habitar a los niños a ejecutar pronto y bien las mismas operaciones, disminuir en la medida de lo posible por la celeridad la pérdida de tiempo que supone el paso de una operación a otra". (pp. 142-143 versión digital)

En el asilo se reflejan en horarios y duración de: comidas, visitas y actividades dentro de la institución que permiten que el tiempo libre no se vuelva en ocio sino en aprendizaje sobre el control de sus cuerpos (Zolotow, 2010; Fernández, 2010 e INAMPAM, 2015). Asociadas con señales aprendidas como el uso de algún símbolo, color o bien una señal auditiva (Lave y Wenger, 2011).

IV. Organización de las Génesis que consiste en: a) dividir en segmentos sucesivos o paralelos, b) organizar los tramites de acuerdo a un esquema, c) finalizar los segmentos temporales y d) disponer series de series (pp.144-150 versión digital) para que con el paso del tiempo las actividades y aprendizaje realizado dentro de la institución sean de utilidad y de entera disposición para la institución.

El ejercicio es la técnica por la cual se imponen a los cuerpos tareas a la vez repetitivas y diferentes, pero siempre graduadas. Influyendo en el comportamiento en un sentido que disponga hacia un estado terminal, el ejercicio permite una perpetua caracterización del individuo ya sea en relación con ese término, en relación con los demás individuos, o en relación con un tipo de trayecto. Así, garantiza, en la forma de la continuidad y de la coerción, un crecimiento, una observación, una calificación. (p.149 versión digital)

Con el paso de tiempo las actividades en el asilo se han modificado para que sus habitantes tengan un qué hacer dentro de la institución (actividades ocupacionales) y aporten a la institución con un trabajo que no requiera mucha movilidad tal como etiquetar o empaquetar alimentos, hacer cosas tejidas o artículos de decoración (actividades recreativas) (INAPAM, 2015 y Fernández, 2010).

V. Composición de Fuerzas que se centra en mantener una organigrama con un mando inamovible por medio de tres puntos: a) El cuerpo como un elemento de un mecanismo, b) series cronológicas y c) sistema de mando en donde la composición de una institución se ajusta al mando el cual tiene elementos que actúan en tiempo y orden determinado (150-157 versión digital).

(...) la disciplina fabrica a partir de los cuerpos que controla cuatro tipos de individualidad, o más bien una individualidad que está dotada de cuatro características: es celular (por el juego de la distribución espacial), es orgánica (por el cifrado de las actividades), es genética (por la acumulación del tiempo), es combinatoria (por la composición de fuerzas). Y para ello utiliza cuatro grandes técnicas: construye cuadros; prescribe maniobras; impone ejercicios; en fin, para garantizar la combinación de fuerzas, dispone "tácticas". La táctica, arte de construir, con los cuerpos localizados, las actividades codificadas y las aptitudes formadas, unos aparatos donde el producto de las fuerzas diversas se encuentra aumentado por su combinación calculada, es sin duda la forma más elevada de la práctica disciplinaria. (p.155 versión digital)

La disciplina dentro de un asilo centra su mando a los profesionales que la rodean, generalmente profesionales de salud que tienen un espacio dentro de la institución. La atención médica en espacios como enfermería, para rehabilitación física así como el consultorio del médico y que generan actividades en un tiempo determinado asociadas a sus propios intereses en tiempos que se deben cubrir dentro de la cotidianidad de vivir en los asilos, es decir, se habla de una serie cronológica que localiza al cuerpo como principal foco de atención. Los espacios físicos del interés del habitante apunta a cuestiones como: en dónde realizar tareas, el tipo de actividad que se realiza y cómo realizarlo atiende a tomar una aptitud que tiene que ver con la organización del asilo (INAPAM, 2015; CEAMEG, 2011; Pérez y Velasco, 2011 y Zolotow, 2010).

VI. Medios del buen encauzamiento por medio de una vigilancia jerárquica en un espacio marginal que promueve un control interno articulado y detallado para guiar a una visión total de la institución (pp.157-164 versión digital).

Es la ciudad apresurada y artificial, que se construye y remodela casi a voluntad; es el lugar privilegiado de un poder que debe tener tanto mayor intensidad, pero también discreción, tanto mayor eficacia y valor preventivo cuanto que se ejerce sobre hombres armados. En el campamento perfecto, *todo el poder se ejercería por el único juego de una vigilancia exacta*, y cada mirada sería una pieza en el fundamento global del poder (...)

El campamento es el diagrama de un poder que actúa por el efecto de una visibilidad general. Durante mucho tiempo se encontrará en el urbanismo, en la construcción de las ciudades obreras, de los hospitales, de los asilos, de las prisiones, de las casas de educación este modelo del campamento o al menos el principio subyacente: el encaje *espacial de las vigilancias jerarquizadas*. (pp. 158-159 versión digital)

Las vigilancias jerarquizadas se dan primero por los objetivos de la institución, las revisiones médicas de manera periódica, la toma de medicamentos

que es dada por el personal de enfermería además de contar con una lista que da evidencia de las entradas y las salidas de los habitantes del asilo además de contar con los servicios básicos de una vivienda (INAPAM, 2015).

Este tipo de características no sabemos si aparecerían en las narraciones pero serían una parte a considerar sobre las instituciones totales.

VII. Sanción normalizadora requiere de a) orden, b) castigo prestando atención a los actos, hechos extraordinarios, conductas similares y diferentes, espacios de diferenciación y reglas a seguir; c) reducir desviaciones, d) el castigo como gratificación- sanción y e) distribución según los rangos en donde el rango es una recompensa que permite diferenciación y posición al integrante de la institución (pp.165-171 versión digital).

En un sentido, el poder de normalización obliga a la homogeneidad; pero individualiza al permitir las desviaciones, determinar los niveles, fijar las especialidades y hacer útiles las diferencias ajustando unas a otras. Se comprende que el poder de la norma funcione fácilmente en el interior de un sistema de la igualdad formal, ya que en el interior de una homogeneidad que es la regla, introduce, como un imperativo útil y el resultado de una medida, todo el desvanecido de las diferencias individuales. (p.171 versión digital)

La normalización se da por la misma idea social y semántica de un asilo en la que esa institución se presenta como la más capaz para dar la atención, servicio y cuidados necesarios a esa población en específico, además de que cuenta con diferentes interpretaciones de los profesionales que organizan el asilo y principalmente con interés en la salud que promueven como necesario el control de sus padecimientos (CEAMEG, 2011).

En el asilo tienen la idea general de un habitante con ciertas características específicas que identifica coloquialmente con una palabra como “don”, “doña”, “viejito” o “abuelo” y el ejercicio visible del poder son las actividades que organizan para ellos con objetivos tales como controlar sus padecimientos y que se cumpla el tratamiento indicado separar a hombres de mujeres (INAPAM, 2015).

VIII. Examen es una combinación de la jerarquía y la normalización que permite calificar, clasificar y castigar por medio de a) visibilidad en el ejercicio del poder, b) la individualidad y c) cada individuo como caso (pp.171-180 versión digital)

El examen como fijación a la vez ritual y "científica" de las diferencias individuales, como adscripción de cada cual al rótulo de su propia singularidad (en oposición a la ceremonia en la que se manifiestan los estatutos, los nacimientos, los privilegios, las funciones, con toda la resonancia de sus marcas),

indica la aparición de una modalidad nueva de poder en la que cada cual recibe como estatuto su propia individualidad, y en la que es estatutariamente vinculado a los rasgos, las medidas, los desvíos, las "notas" que lo caracterizan y hacen de él, de todos modos, un "caso". (p. 178 versión digital)

El asilo cuenta con un examen médico para el acceso a esta institución que ubica de manera descriptiva a los habitantes de tal manera que con esta visión médica de organización para el asilo ya sea gerontológica o geriátrica encaminada a que a los habitantes se les ubique por sus padecimientos o bien por lo que se espera de su edad que los caracteriza y los pone como aptos para pertenecer a esa institución.

IX. Panoptismo. Basado en la figura arquitectónica de Bentham en donde la estricta división espacial, la prohibición de salir, la división en secciones y la inspección constante construyen una a) inversión funcional de las disciplinas, b) enjambrazón de los mecanismos disciplinarios y por último c) nacionalización de los mecanismos disciplinarios para crear la disciplina como técnica de orden, una modalidad panóptica de poder y que los procedimientos de la disciplina se atiendan como asuntos de procesos históricos en diferentes instituciones. (pp.180-210 versión digital)

Es polivalente en sus aplicaciones; sirve para enmendar a los presos, pero también para curar a los enfermos, para instruir a los escolares, guardar a los locos, vigilar a los obreros, hacer trabajar a los mendigos y a los ociosos. Es un tipo de implantación de los cuerpos en el espacio, de distribución de los individuos unos en relación con los otros, de organización jerárquica, de disposición de los centros y de los canales de poder, de definición de sus instrumentos y de sus modos de intervención, que se puede utilizar en los hospitales, los talleres, las escuelas, las prisiones. Siempre que se trate de una multiplicidad de individuos a los que haya que imponer una tarea o una conducta, podrá ser utilizado el esquema panóptico. Es aplicable —bajo reserva de las modificaciones necesarias— *"a todos los establecimientos donde, en los límites de un espacio que no es demasiado amplio, haya que mantener bajo vigilancia a cierto número de personas"*. (Pp.189-190 versión digital)

En un asilo que tiene un sistema guiado por los objetivos y organización que la constituyen (modelo médico-social) vigila a sus habitantes esperando promover el control de sus padecimientos, actividades, relaciones y ocupaciones para que sean aceptados socialmente como un "adulto mayor adaptado" a sus nuevos espacios como: habitaciones, comedor, salón de actividades, baños, consultorio, área de enfermería, jardín, etc. además acatar los horarios, el comportamiento y acciones que requiere cada espacio los límites y normas del asilo.

Estas instituciones especializadas llamadas asilos se encuentran como el lugar más capaz para atender y dar servicio a los “adultos mayores” darles un espacio en el que pueden ser organizados, vigilados y activos dentro de sus posibilidades individuales además de la institución.

Todos estos elementos pueden ser descritos por los habitantes como parte de su cotidianidad pero sobre todo como estructura y auto-descripción de lo que son y de lo que viven en el asilo que los guía a centrarse en su cuerpo para un control de sus padecimientos. Sus narraciones nos darían evidencia del asilo como institución totalitaria pero sobre todo cómo esto orienta y determina a tener una narración repetitiva sobre sus padecimientos.

## **1.2 El orden médico, del diagnóstico a la subjetivación en los asilos.**

Venimos argumentando que los asilos comparten varias de las propiedades de las instituciones totales asociada con un ejército de profesionales de salud que muestran interés recurrente por el cuerpo. En este caso de las ideas de cómo ser un “adulto mayor” disciplinado del orden médico se plantea por medio de 5 pasos: 1) la existencia de un experto cuyo criterio y juicio sobre el individuo no sea cuestionado, 2) asumir una clasificación, 3) aceptar una ubicación social, 4) vigilar que el individuo no cuestione tal clasificación y ubicación 5) la subjetivación de todo el proceso, pensarse de manera que se acepte todo el ciclo como “natural y adecuado”.

Nuestra idea de cómo actúa el orden médico, inicia en primera instancia con la dualidad persona-cuerpo. Pues el saber médico tiene como objeto de estudio el cuerpo de la persona que lo consulta. Por ende el médico orienta su interrogatorio hacia lo que la persona sabe o no de su cuerpo. Consideramos que el escrutinio del saber médico nos obliga a descubrir nuestro cuerpo. A ser sensibles a ciertos cambios de nuestro cuerpo y por lo tanto a prestar atención a nuestras evacuaciones, dolores, ubicaciones y partes del cuerpo; a nuestro ritmo respiratorio, la manera de trasladarnos, de las sensaciones en nuestras extremidades etc.

Un primer nivel se da al prestar atención a nuestro cuerpo, a sus manifestaciones parece ser la consecuencia del interrogatorio del médico para realizar un diagnóstico. Interrogatorio-diagnóstico define el nivel más básico y definitorio de la relación médico-persona, que se transformará en médico-paciente.

El segundo nivel, es resultado del anterior. La persona deja de serlo y ahora es un “caso” de una enfermedad o disfunción. Ahora es un “caso” de influenza, diabetes, hipertensión, disfunción cardíaca, pulmonar etc. Se convierte en un paciente, en un individuo con una ubicación. Que define donde debe estar, con

quien, el tipo de cuidados que debe llevar a cabo. En el caso de las adultas mayores también se les ubica por sus padecimientos más que por ellas como personas.

El tercer nivel la vigilancia, como parte del proceso de subjetivación, de asimilarse enfermo, la persona diagnosticada debe “cuidarse” o bien es “cuidada” por quienes lo rodean. Desde nuestro punto de vista son tres esferas de vigilancia, cuando menos, interactuando en la vigilancia de la persona diagnosticada. La primera esfera es la auto-vigilancia de la persona sobre su cuerpo, prestando atención a los efectos del medicamento en la mejoría o no de trastorno diagnosticado. En segundo lugar los señalamientos de las personas cercanas o cuidadores de la persona sobre la mejoría o no; o las críticas respecto de las formas de autocuidado. La tercera esfera corresponde a los propios procedimientos médicos como las pruebas o análisis clínicos y los chequeos o citas programadas con el médico. Todo ello supone cambiar las condiciones de vida cotidianas e incluso temporales pues se requiere una atención a los horarios para el tratamiento por medio de las prescripciones del experto en la salud. En el caso de las adultas mayores en los asilos entienden y atienden esta situación vista como una cotidianidad dentro de esta instancia.

El cuarto nivel como proceso de subjetivación, es decir asimilarse conforme el diagnóstico atender a las indicaciones del médico así como estar atento a las críticas de quienes le rodean, sugiere como resultado la construcción de un individuo obediente. La persona asume que el experto, expresa una “verdad indiscutible”. Un individuo obediente, no se opone al “saber médico experto”. Que construye analiza y descompone el cuerpo y al mismo tiempo va construyendo una persona con pensamiento dócil. Una subjetivación guiada por los juicios normalizadores a partir del diagnóstico.

Así mismo la cultura formada por instituciones fijadoras de vigilancia como un asilo en dónde encontramos a los profesionales de la salud que centran su atención en estos puntos. Cuestión que afianza que los problemas son personales y que el trayecto de nuestras vidas o bien el trayecto de nuestros padecimientos depende de las características personales apoyada con la hipótesis de Foucault (1976) quien habla del cambio de la internalización de los problemas, para tener más claridad se refiere hablar de la historia del padecimiento y no de las historias relacionales, es decir, con qué personajes además de profesionales de salud hablamos.

Se apodera de una subjetivación o bien de una auto-descripción en donde se asume que los problemas de manera interna se traducen en este caso con “son enfermos o soy enfermo” bajo las premisas que nos construimos de nuestra

trayectoria profesional y personal respectivamente. Estas premisas ya construidas por los profesionales guían una estructura que dependerá de la postura y decisión que se reflejaría en el qué hacer cotidiano.

El quinto nivel, corresponde a toda la representación social que se tiene de la persona a partir del diagnóstico. Representación que hace la persona de sí misma y que los otros hacen de la persona diagnosticada. Representación compartida en todos los niveles sociales de “eso”, “la enfermedad” que padece la persona. Representación que define relaciones sociales, formas de cuidado y alimentación, actividades compartidas, y tiempos cotidianos. Formas instituidas para nombrar a las personas, y los males de su cuerpo que aparecen como característicos de hospitales, escuelas; por ejemplo, la palabra “don” usadas por enfermeras, o el número de cuenta en las escuelas.

### ***1.3 Los asilos y su función social, el para qué los asilos***

Hablaremos de la función de los asilos dentro de un sistema social en la sociedad mexicana. Por lo tanto no profundizaremos en las distinciones conceptuales entre viejo, tercera edad o adulto mayor. Cualquier adjetivo antes mencionado se define con una edad de más de 60 años, promedio mundial (OMS).

Los asilos cumplen una función de asistencia social, para quienes llegan a esta edad, y se convierten en asuntos de política pública. Pero depositados en el terreno médico como eje de organización y constitución que da una semántica de lo que conocemos por asilo.

En México existe una gran franja poblacional amplia y en crecimiento, que son los adultos mayores (INEGI, 2011), esta población es considerada bajo la visión occidental industrial que los ubica como improductivos.

Pero esta percepción, guía una participación social, pues se margina al adulto mayor al igual que al niño como personas que generen un rendimiento económico de aporte social considerado “nulo”, sin embargo, generan un gasto social que requiere una atención importante.

El presupuesto dedicado a los adultos mayores, se destina a ciertos rubros, que se suponen necesarios: salud, sustentabilidad, vivienda, alimentación, educación. Además se vigila si son respetados sus derechos y su ocupación social.

Pero en los casos de adultos mayores que no cuentan con apoyo alguno para ser sostenible a nivel económico, político y social, se percibe como un problema sin un lugar dentro de la organización social. Al menos así podemos caracterizarlo.

En México existen instituciones con su atención al adulto mayor como el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG). Encaminados a promover la unidad familiar, una vida digna, el control de enfermedades, apoyos en alimentación, transporte, atención sanitaria, etc.

Los programas de apoyo para promover estos puntos son: “60 y más”, “Oportunidades”, “Pensiones Alimentarias” y “Seguro Popular” (INAPAM, 2015 y CEAMEG, 2011 y CONEVAL s/a) estas asistencias varían depende el estado en el que vivan, pero no solo son un apoyo para la etapa que cualquiera fácilmente puede ubicar como negativa, sino para que se fomente una continuidad en sus hogares o bien en sus hechos cotidianos, es decir, seguir con sus relaciones familiares y comunitarias en el final de su etapa.

Algunos verán los apoyos como una oportunidad de seguir con su cotidianidad intacta, realizando su qué hacer común en el hogar, pero además se presenta como una oportunidad importante para que concluya su etapa de vida rodeada de los suyos con un menor gasto para el estado.

La solución que dan las instituciones se basa en la interpretación que tienen de la vejez y sus cuidados, se habla aquí de los modelos médico-social y biológico-médico, en la que todos entienden que el adulto mayor tienen ciertos aspectos, constitución, forma, comportamiento, lenguaje, relaciones, actividades, ocios, necesidades y formas de ser.

Por lo tanto la organización se basa en explicaciones con atenciones específicas pero con una como medular, lo médico como eje. La primacía del cuerpo expresada, en atención al cuerpo; cuidado constante en posturas, condiciones, tipo de alimentación, ejercicios, actividades permitidas y ambiente; evaluaciones como: estudios, función de los tratamientos, acudir con un especialista, etcétera ; todo esto en tiempos y horarios específicos para concluir con un control apropiado a las carencias y condiciones del cuerpo de un adulto mayor.

El saber del adulto mayor se centra en lo que conoce el profesional de salud dedicado a su estudio y su atención. Por lo tanto un adulto mayor funcional se define como: Socialmente activo, con control en sus padecimientos, capacidad de autocuidado, abierto al cambio, adaptado a sus carencias, además de una participación tecnológica y en el desarrollo industrial para actualizarse (Pérez y Velasco ,2011; Allevato y Gaviria, 2008; Guerrini, 2010 y Fernández, 2010).

En esta interpretación del adulto mayor, la vivienda es la cuestión más preocupante que se soluciona con un trato digno en sus hogares o bien permanecer en estancias especializadas como lo son los asilos.

Este tipo de instituciones, es el último recurso y en algunas cuestiones es como la única solución que se ve ante la situación de la vejez. Los adultos mayores son enviados por su misma familia, separados de sus hogares por no ser completamente los dueños de sus bienes, o bien son despojados de ellos. En ocasiones los familiares deciden repartir los bienes del adulto mayor en vida al mismo tiempo que los envían al asilo.

Tener bienes no exime de ser reclusos, dada la interpretación negativa de producción social que se tiene de la vejez. Además de los padecimientos demandantes de los cuales no quieren ser partícipes sus relaciones cercanas. Algunas veces olvidados y abandonados.

Algunos y algunas ingresan a un asilo por una decisión propia, para mantenerse independientes con la posibilidad de pagar un servicio que consideran necesario. Con una atención de salud constante y diaria además de la compañía de mujeres y hombres que viven esta misma etapa de vida.

La representación social que tienen los profesionales de salud -en donde se colocan como los que explican a través de sus saberes, conocimientos y evidencias como estudios y evaluaciones de comparación- imponen de manera incuestionable las características que personifican el cuerpo del adulto mayor, enfocadas en un cuerpo con malestar y carencias (Gergen, 1992 y Bruner, 1990), pues se ubican desde un punto médico-biológico que demuestra la figura del adulto mayor frente a la sociedad.

En un asilo la organización se orienta en una agenda de actividades situada, en la que las actuaciones específicas de cada integrante refleja toda una clasificación de la cultura, una semántica (Lave y Wenger, 2011 y Payne, 2002) de lo que es un asilo su ofrecimiento, utilidad, función, costo, calidad, trato, seguridad, presentación del personal, instalaciones, servicios, actividades entre otras. Además de lo que refleja pertenecer a uno dándole un sentido de pensamiento y acción, que se demuestra en el discurso por medio de palabras o pláticas comunes.

#### **1.4 Asilos.**

Una casa hogar para adultos mayores o asilo es un tipo de vivienda al que se va como última o única solución, ya sea por enviudar o vivir solo en casa así como para evitar conflictos familiares. Ligado a que socialmente es un grupo marginado

incluso culturalmente la vejez tiene connotaciones negativas pues en los productos cotidianos y en el bombardeo de información se vende el retorno a la juventud como prioritario para el diario vivir.

Por si fuera poco socialmente se construye la idea del deterioro corporal y de las dificultades como consecuencia de la edad, igualmente la idea de ser atendidos por especialistas sin perder su autonomía y su libertad cotidiana.

Son lugares en donde el adulto mayor vivirá hasta el final de su existencia, y su función ideal debería ser la conservación de las capacidades que resten a cada adulto mayor además de mantener los nexos familiares o comunitarios. Pérez y Velasco (2011) describen como un mal necesario, pues para las personas que están solas o bien con una familia que ya no los quiere con ellos y como consecuencia de los cambios sociales, de valores y el propio deterioro corporal.

Estos autores nos demuestran que la demanda de esa población produjo que el estado atendiera el asunto creando organizaciones de beneficencia social y privados. Sin embargo nos demuestran unas verdades desde un sitio de asistencia prolongada, casas para ancianos abandonados o bien la visión negativa y deprimente generalmente se vive sin contacto de familiares y amigos, situación que favorece el deterioro físico y mental del adulto mayor (Pérez y Velasco, 2011).

Los asilos son una de las instancias más cubiertas por diversos profesionales de la salud (orden médico), en donde el tiempo libre está organizado por la misma institución presentándola como terapia ocupacional y recreativa (Hernández, 2004), pero con los lineamientos de la institución, pues se cuenta con reglamentos internos y de las instalaciones.

Uno de sus primeros reglamentos es que el adulto mayor sea independiente, sin embargo, con el paso del tiempo de sus estancias en el adulto aumenta la probabilidad de que vuelva dependiente pues este tipo de instituciones no muestra un interés en atender a un adulto mayor activo. Cuestión que es bien entendida, pues muchas veces la situación es compleja no sólo por el propio desarrollo del proceso de la vejez sino por los múltiples y diversos padecimientos con los que se presentan, por ello se comienza con un orden imponente en estas estancias que es el orden médico, que se encuentra de manera implícita o explícita y sujeta a ciertas disciplinas que la asisten como: psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, nutriólogos, etcétera; cerrando contacto con el exterior por medio de aspectos de obediencia a los profesionales, condición de una institución totalitaria. Entendiendo que los profesionales van como portadores de actividades que le ayuden a la persona, pero al mismo tiempo muchas de estas actividades (que hacen diferencia de las normales en la institución) tienen que ver con la

enfermedad, ya sea por la condición corporal o por la interpretación de la enfermedad.

Sin embargo, los profesionales crean una obligación de objetivar la enfermedad en la persona como un constituyente de ser para ellos y con los demás, más que como su influyente externo.

Sumadas a pérdidas de familiares, amistades, en la economía, físicas y mentales ya no dan ni consumen servicios; son dependientes generando desadaptación y desintegración social.

## **CAPÍTULO 2.LA SITUACIÓN DE LOS ASILOS, ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN.**

Los asilos se estructuran de acuerdo a su organización, objetivos y motivos que se expresan en sus servicios y metodologías para prestar atención servicio y cuidados a los “adultos mayores”. Los asilos tienen como concepto fundamental el atender y dar servicio a la última etapa de la vida conocida como “vejez”.

Para entender esta última etapa de vida se cuenta con dos grandes perspectivas: la geriatría y la gerontología. Quintanar (2010) y Guerrini (2010) demuestran el enfoque que tienen cada una de estas etapas describiéndolas con ciertas características y oportunidades propias. “En el marco cultural, la aproximación al envejecimiento se ve como desgracias” (Lammgolia, 2007, citado por Quintanar, 2010) tendríamos que plantearnos desde que visión lo hacen o a qué le dan más peso para afirmar tal idea. A continuación en la figura 1 se expone las diferencias de estos conceptos.

<b>GERIATRÍA</b>	<b>GERONTOLOGÍA</b>	<b>Interpretaciones negativas</b>
<p>Esta se basa en temas que se inclinan más al cuerpo de las personas enfocándose al aspecto biológico.</p> <p>Desde esta visión la definición se presentaría así:</p> <p>“Los cambios físicos del envejecimiento comprenden piel arrugada y postura encogida, los músculos pierden elasticidad y el esqueleto se encoge; las capacidades sensoriales, en particular la vista y el oído declinan. El funcionamiento muscular se vuelve lento, la capacidad pulmonar decrece y los huesos se vuelven frágiles y</p>	<p>No deja de lado lo biológico pero describe más áreas de interés y de relación tales como los aspectos psicológico, social y particular, es decir, la persona como un individuo.</p> <p>Así que si se mira esta etapa de la vida desde un plano gerontológico se enfocaría en descripciones de experiencia, perspectiva de historia personal y social que permitirían una madurez vital y serenidad de juicio.</p>	<p>Existen ideas peyorativas ante tal etapa (Allevato y Gaviria, 2008 y Guerrini, 2010) conocidas como: viejismo, senectud y edadismo; sus comienzos en los años 70 destacaban los aspectos negativos que describen a la vejez con una similitud o bien con la condición de un ser enfermo, de poco valor, como una carga social, incapacidad del autocuidado, resistentes al cambio, sordos, lentos, tontos e infantiles.</p> <p>La senescencia se ha evaluado desde diferentes teorías basadas en los cambios dependientes del tiempo</p>

<p>porosos. Buena parte de estas deficiencias y los descensos sistémicos no son universales; pueden resultar de enfermedades anteriores, accidentes e influencias ambientales como la contaminación atmosférica. Algunos se pueden mantener bajo control o incluso ser revestidos por medio de ejercicio, mejor nutrición y un adecuado cuidado de la salud.”(Pérez y Velasco, 2011, p. 12)</p>	<p>de un organismo, además de factores implícitos como físicos y biológicos, sin embargo los explícitos como las relaciones no son evaluados.</p>
---	---

Figura 1. Los conceptos de las principales interpretaciones de la última etapa de las personas.

Fernández (2010) expone de diferentes teorías sobre el envejecimiento, que demuestran una posible interpretación ligada a los habitantes del asilo cada una enfocada en un área específica de interés en la figura 2 se explican algunas.

<b>Teoría del envejecimiento</b>	<b>Su enfoque es:</b>
<b>Sociológica</b>	A la participación social basada en características y condiciones y se sus decisiones ante el contexto en el que viven.
<b>Modernización</b>	Se habla de una marginación a partir de la tecnología, el desarrollo industrial además de los nuevos valores educativos y sociales e inclusive laborales que están en una constante formación y actualización.
<b>Actividad</b>	Enfocada a la jubilación y ausencia de rol que trae consigo.
<b>Desvinculación o desapego</b>	Se relaciona con la liberación de presión social vista como un sistema.
<b>Continuidad</b>	Un cambio en el recorrido de la vida.
<b>Dependencia</b>	Interés físico y de dependencia con otros.

Figura 2. Las diferentes teorías del envejecimientos su puntos de interés que plantean una posible interpretación de la “vejez”.

La reflexión que expone Fernández es que estas teorías son limitantes y dejan de lado diversos temas importantes, pero en efecto, los adultos mayores en

general han sido etiquetados socialmente como expone Quintanar (2010) ligando conceptos como senectud, pensionados y jubilados víctimas de la soledad, abandono y maltrato. Esta es una de las múltiples caras que viven las adultas mayores, es una realidad que se les trata como un estorbo o presencia incómoda.

El área geriátrica es atendida por los profesionales de la salud, mientras que la gerontología compete a otros profesionales, que se demostrarán en sus tipos de intervenciones y visiones ante esta situación, como es el caso de los trabajadores sociales o bien, la terapia ocupacional que emplean algunos psicólogos, pero la posición del éste debe de aportar una visión novedosa y propositiva más descriptiva.

Guerrini (2010) menciona que las personas con lazos afectivos familiares más fuertes incrementan la salud en comparación con los que viven solos o en instituciones para el “adulto mayor”, un tipo de intervención en trabajo social es promover la resiliencia, como una capacidad de adaptación a un estado adverso (REA, 2014) que fortalezca sus capacidades y los ayude a confiar en ellas para adquirir mayor conciencia social y promover cambios que reduzcan la inequidad y sufrimiento.

Priorizando sus actividades de aprendizaje significativo y del uso de su tiempo libre, así como rescatar las ganancias de las pérdidas y sentirse reconocidos y necesitados por alguien.

Estas dos principales visiones son las que estructuran a los asilos que permiten y proponen un sistema de control de esta población en específico. En el primer capítulo planteábamos el asilo como una institución total en este propondremos describir la información sobre las diferencias de servicio en los asilos que a pesar de estructurarse en cualquier interpretación siguen teniendo una disciplina que regula comportamiento, pensamiento, actitud y apropiación de una tipología de ser, en este caso, una adulta mayor en un asilo.

A continuación se expondrá la información que se encontró de asilos de habla hispana así como información gubernamental de asilos nacionales.

### ***2.1 Algunos asilos de países de habla hispana: Buenos Aires, Cuba y España.***

Existen dos tipos de visiones o modalidades desde donde se abordan las instituciones de estancia para el adulto mayor en Buenos Aires descritas por Zolotow (2010). Por otro lado Fernández (2010) evaluó dos asilos en diferentes en España y Cuba. En general la existencia de un servicio sanitario generó tranquilidad en ambos países, pero los dos se enfocaban en visiones distintas. En

cuanto a género las mujeres presentaban un peor estado de salud; sin embargo se sentían más satisfechas con su vida actual y tenían mayor socialización, aunque perdían a sus antiguos amigos mientras que los varones, a nivel personal, se sentían en lo que el autor llamó “el limbo”, una especie de conformidad que los llevaba a expresar que los servicios eran semejantes a un hotel pero sin tanta trascendencia como demostraron las mujeres.

A continuación la figura 3 demuestra las diferencias entre estos tres países.

Buenos Aires	España	Cuba
El primero, la <i>modalidad tradicional y rígida</i> en donde la vejez se iguala con la enfermedad. Donde <i>asilar</i> es atender el bienestar físico tanto como la alimentación y la habitación con vías de rehabilitación en caso necesario, y ofrecer actividades recreativas además de promover la salud por medio de un desarrollo integral independientemente de su edad; y en segundo lugar la <i>modalidad inteligente</i> , que es más activa y plantea criterios de un envejecimiento exitoso, el <i>hogar</i> que funciona conforme a los residentes con atención personalizada. Zolotow (2010).	En España se creó un ambiente de dependencia e inactividad además de tener que adaptarse a las nuevas relaciones y tener más conflictos con sus familiares tras su estancia en el asilo. (Fernández, 2010)  Si lo traducimos a lo expuesto en Buenos Aires se estaría hablando de una modalidad tradicional en donde se “ <i>asila</i> ” a los habitantes.	En Cuba se generaban encuentros con amigos cercanos dentro del asilo y dentro del hogar, generando actividades. (Fernández,2010)  Siguiendo la idea planteada por Zolotow (2010) se hablaría de una modalidad inteligente en la que se habita en un “ <i>hogar</i> ”.

Figura 3. La diferencia entre asilos de habla hispana que dan lugar a interpretaciones de modalidad y a la diferencia entre asilo y casa hogar.

Ambas modalidades presentan una motivación diferente que se expresa en la cotidianidad de cada tipo de institución y que Fernández revela una diferencia en sus habitantes.

### **México**

Bajo la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA 1-1997 que representa la prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores, se presenta la solución al adulto mayor abandonado o bien con carencia de familia, rechazo familiar, maltrato físico o mental y carencia de recursos económicos dando las siguientes soluciones:

A. Albergue para adultos mayores, al establecimiento donde se proporcionan temporalmente servicios de alojamiento, en tanto son reubicados a otras instituciones o a su familia.

B. Casa hogar para adultos mayores, al establecimiento de asistencia social donde se proporciona atención integral mediante servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas.

C. Centro de Día, al establecimiento público, social o privado que proporciona alternativas a los adultos mayores para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre mediante actividades culturales, deportivas, recreativas y de estímulo, donde se promueve tanto la dignificación en esta etapa de la vida, como la promoción y autocuidado de la salud.

D. Centros culturales y clubes.

(INAPAM, 2015).

Las instituciones cubiertas por los derechos humanos del adulto mayor con la demanda a los tres niveles del gobierno en diferentes sectores del país y bajo una visión multidisciplinaria y de seguimiento, con valores tales como: solidaridad, responsabilidad, servicio, respeto, confidencialidad, equidad, integralidad, confiabilidad, accesibilidad, sustentabilidad y transparencia.

Por lo tanto en nuestro país la prestación de servicios en casa hogar y albergues para adultos mayores debe incluir:

I. Alojamiento mediante infraestructura e instalaciones planeadas y diseñadas con los espacios requeridos por los adultos mayores.

II. Se debe considerar: atención de quejas y sugerencias de usuarios y familiares, con garantía de que sean tomadas en cuenta para su solución, vigilancia y seguimiento; promoción de la participación de la familia y la comunidad en el proceso de atención de los usuarios (INAPAM, 2015, p.33).

Esta información revela dos asuntos importantes, por un lado que se ven en una modalidad inteligente que promueve diversas actividades y por el otro que se atiende a lo que en otros países de habla hispana se ve como un “hogar”.

## 2.2 Geriatría y la gerontología: modelo biológico-médico y modelo médico-social que estructuran a los asilos.

Se presentan las visiones geriátrica y gerontológica que estructuran y organizan a los asilos con base en las ideas de esta tesis se ven los siguientes modelos expuestos en la figura 4.

<p style="text-align: center;"><b>Geriatría</b> <b>Modelo biológico-médico</b> <b>(Asilos)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Gerontología</b> <b>Modelo médico-social</b> <b>(Casa hogar)</b></p>
<p>Similar a lo expuesto por Zolotow (2010) a la modalidad tradicional y a lo que se entiende por “asilar”, en donde la vejez se ve como un ser enfermo en primera instancia, al quién se debe atender a nivel físico haciendo actividades similares para toda la población tratándola como igual, es decir, enferma tal como lo refiere Fernández (2010) en el asilo de España con una dependencia e inactividad. Primero que nada este modelo antepone al cuerpo y el plano físico considerándolo una visión clasicista o científica Sacks (2001, p.2)</p> <p>“La duplicidad de los epígrafes y el contraste que ofrecen (el contraste, en rigor, del que habla Ivy McKenzie entre el médico y el naturalista) corresponden a una duplicidad indudable en mí: me siento a la vez médico y naturalista; y me interesan en el mismo grado las enfermedades y las personas; puede que sea también, aunque no tanto como quisiera, un teórico y un dramaturgo, me arrastran por igual lo científico y lo romántico, y veo constantemente ambos aspectos en la condición humana, y también en esa condición humana quintaesencial de la enfermedad... los animales contraen enfermedades pero sólo el hombre cae radicalmente enfermo.”</p> <p>Esta visión sólo atendería lo puramente médico y científico, atiende al déficit, por lo que la dependencia e inactividad es la manera de solucionar la problemática de la vejez además de visualizar esta etapa como costosa y basada en carencias que deben ser atendidos por otros más jóvenes y capaces.</p>	<p>Atiende a la persona y al cuerpo con una cuidado personalizado y con una modalidad inteligente que mantiene al adulto mayor activo y planeando un envejecimiento exitoso promoviendo actividades y relaciones sociales (Zolotow, 2010 y Fernández, 2010).</p> <p>En Cuba, Fernández (2010) nos demuestra que las actividades y las relaciones dentro del asilo y las de fuera de éste promueven una comodidad en su situación a pesar de las condiciones de salud.</p> <p>En México en instituciones como INAPAM y CEAMEG promueven una ocupación creativa de un autocuidado de la salud, trabajo social, atención psicológica y atención médica además de actividades culturales y recreativas.</p>

Figura 4. Modelos que plantean la atención que se le da a la última etapa de la vida y que estructura la semántica de los asilos.

Ambos modelos no dejan de lado la parte médica, pues la consideran parte de los cambios naturales de esta última etapa. El saber médico tiene un interés fundamental en los habitantes del asilo sin importar el tipo de política o de actividad económica la idea de construir a un ser disciplinado en este caso una adulta mayor en un asilo con: techo, comidas, servicios médicos y sociales, contacto con el exterior actividades recreativas, ocupacionales, psicológicas y culturales que promuevan a un control sobre sus padecimientos que dará como resultado “un adulto mayor activo”.

En México la realidad de los “adultos mayores” que viven en un asilo o casa hogar se ve estructurada por un modelo gerontológico al menos las instituciones públicas y aún con esta interpretación siguen contando con las características de una institución total que promueve interés sobre sus padecimientos y el control de estos

### **2.3 Mujeres adultas mayores en asilos.**

En México los Adultos Mayores forman el 9.1 %, es decir, en nuestro país la capa poblacional es casi 4 veces la reportada a nivel mundial (reportada por Allevato y Gaviria (2008) del 2.8%). Somos un país de viejos. Este cambio demográfico debería de ser mucho más importante para México, que a nivel mundial.

Algunos datos del INEGI en el año 2011, nos dan indicadores de esta porción demográfica, que la caracteriza, grosso modo:

Existen 5, 375, 841 (CONAPRED, INAPAM, 2011, p. 24) de adultos mayores en México.

A partir del año 2010 la mayor población de adultos mayores, se encontraba en el D.F y la menor en el Estado de México (INAPAM, 2015).

De esta gran población, el 34.7% tiene educación primaria completa y sólo el 6% cuentan con estudios de media superior y más.

De la población total de adultos mayores las mujeres tienen un 85% más de expectativa de vida que los hombres (7 años), sin embargo sólo el 34% de adultas mayores recibe pensión mientras que el 65.6% de los varones lo recibe. Esto da por resultado que el 60% son mujeres (INEGI, 2011). Un factor básico para la supervivencia se asocia a la vivienda, ideal social de un espacio que da a sus ocupantes higiene, privacidad, comodidad y seguridad, etcétera.

En México se tienen datos que nos demuestran que 600 000 adultos mayores viven solos; de ellos, el 72.4% no se pueden sostener económicamente y son mantenidos por algún familiar.

El 51% no tiene atención médica (CEAMEG, 2011).

Se observa que el 24% de las personas de 60 años y más tienen pensión con montos muy bajos, por lo que comparten vivienda con algún familiar de menor edad (8.2%), pero a mayor pobreza, mayor debilidad en las redes sociales y de apoyo el proceso de la pérdida de trabajo o en su defecto la búsqueda de uno para solventar sus gastos. Es por ello que el 36.6% de los adultos mayores tienen un trabajo remunerado, y por lo tanto, deben de ser asistidos por los sistemas de protección social como 60 y más, Oportunidades y Seguro Popular.

Las enfermedades actuales del adulto mayor se asocian a haberlas contraído o desarrollado a partir de los treinta años (Rice, 1996, citado por CEAMEG, 2011). Existe una mayor discapacidad motriz, de lenguaje, auditiva, visual y mental como la pérdida de memoria o bien resulta difícil retener información nueva.

Se da un fenómeno entre los varones mayores que alcanzan y sobrepasan los 75 años. En el grupo de 75 a 80 años hay un deterioro en la salud muy importante, donde se agregan padecimientos pulmonares, cardíacos, de incontinencia urinaria y depresión. Los adultos mayores que sobreviven esta etapa y pasan los 80, parece que disminuyen algunos padecimientos comparados con otros grupos de edad.

En el caso de las mujeres, los padecimientos más comunes son hipertensión, artritis y diabetes, y su frecuencia, excepto por lo que respecta a embolias y problemas de audición, es siempre más alta que en los hombres. (SABE, 1999, citado por Secretaria de Salud, 2001). Este grupo tiende a ser más propenso a desarrollar ciertas enfermedades y pierden de forma gradual algunas facultades de la juventud, como consecuencia existe un mayor riesgo de muerte aunado a una inadecuada calidad de vida.

Las principales causas de muerte por enfermedades:

1. Cardiovasculares
2. Diabetes
3. Digestivas
4. Respiratorias
5. Neoplasias malignas.

En las mujeres las primeras dos se presentan con más frecuencia esto impacta en la dependencia y fomenta marginación aunado al aislamiento social.

De la población total de adultos mayores, el 53.42% son mujeres, y de este porcentaje 541 516 mujeres adultas mayores no saben leer ni escribir.

3 940 166 mujeres cuentan con servicios de salud, en su mayor parte IMSS y Seguro Popular.

1 138 670 es mayor de 60 años y presenta alguna discapacidad. 22 416 tienen más de cuatro limitaciones.

El estado de salud de un adulto mayor se mide por su capacidad funcional y no por los déficits para satisfacer sus necesidades de manera autónoma independiente y satisfactoria para sí mismos, además de tener su padecimiento bajo control (INAPAM, 2015).

A nivel de políticas públicas federales las mujeres están protegidas al menos a nivel documental. En la cotidianidad es más complejo realizarlas pues aún con sus derechos, la mayoría de las mujeres adultas mayores viven en condiciones muy bajas en cuanto a calidad de vida.

En específico para las mujeres es verdad que tienen mayor longevidad pero no óptima calidad de vida pues tienen incertidumbre económica, personal y viven en mayor pobreza. Por ello tienen mayor dificultad laboral, de salud y condición de discapacidad y también cuentan con un mayor índice de estrés, depresión y soledad (INAPAM, 2015).

La mayoría depende económicamente de un familiar pues no son las titulares de sus herencias y si lo son lo reparten con sus hijos.

Los porcentajes proporcionado anteriormente nos demuestran la problemática en la que se encuentran las adultas mayores. Primero debemos ser conscientes de que la mujer es quien generalmente se queda viuda y parece una situación normal entre las mujeres y en segundo lugar la casa que está llena de recuerdos de acontecimientos con sentido, un ejemplo sería la casa donde criaron a sus hijos.

A nivel corporal una nueva información es olvidada con facilidad mientras que los recuerdos del pasado como las experiencias en sus casas se mantienen intactos, son recuerdos estructurantes. Por ello la estancia en otro lugar es denegada o simplemente es asignada a un lugar en el cual se va como última y única opción para seguir viviendo; un asilo una “residencia o una institución que ofrece cuidados personales pero no médicos ni sanatorios y nivel profesional” (Le François, 2001, citado por Quintanar, 2010).

Quintanar (2010, p. 22) ve esta etapa como una oportunidad de aceptar sus vidas y la proximidad de la muerte, es decir, prepararse para morir.

Graig (1997, citado por Quintanar,2010) lo explica como la mecánica de la inteligencia es menor mientras la pragmática de la inteligencia es mayor, es decir, el pensamiento práctico, el conocimiento y habilidades especializados son sabiduría; esto podría ser una solución a las adultas mayores sobre sus discursos para dar sentido no sólo al periodo de gozo de logro personal o frutos del trabajo sino que tenga un sentido para una participación actual con otros a partir de una re-narración y un sentido diferente de su situación.

#### **2.4 Mujeres dentro de un asilo privado.**

En el caso de las adultas mayores, las que en su mayoría cuentan con varios padecimientos, poca educación, generalmente viudas, muy pocas cuentan con apoyos del estado y otra cantidad mínima cuenta con pensión y una vivienda que no es completamente suya ya sea por no ser la completa dueña o bien por ser la dueña de la casa y no decidir sobre esta o bien vivir completamente sola (INEGI, 2010; INAPAM, 2015 y CEAMEG, 2011).

Las adultas mayores ¿Cómo se representan? ¿Cuál es su auto-descripción? Con lo antes mencionado no es una demostración condicionante, pues el individuo es su propio obstáculo o motor de superación social.

Pero también las instituciones no sólo se encuentran a nivel social y como un apoyo sino que se abre la posibilidad de un servicio privado que se asume desde una diferencia de organización y estructura de sus servicios.

Deseamos saber cómo se auto-describen las adultas mayores mujeres que viven en un asilo para eso es necesario que nos describan por medio de sus narraciones, discursos y narrativas pues nos demostraran lo que ellas viven, la apuesta es que debido al bombardeo y guía de los profesionales se centraran en su cuerpo y padecimientos.

En este trabajo se analizan a mujeres que pertenecen a un asilo con las características siguientes: la presentación de la institución no tiene la palabra "asilo" sino "hogar" y "casa" La casa hogar XX ubicada como una empresa privada de atención residencial y cuidados a adultos mayores, con 19 empleados más del promedio de las empresas que dan este servicio.

Fundada desde hace 44 años aproximadamente, estructurada por voluntarias Vicentinas la mayoría mujeres adultas y su nombre del hogar se debe a una de las santas de esta congregación.

La capacidad es para 140 adultos mayores, la mitad de los adultos mayores cubren un 30% de sus gastos con sus pensiones o jubilaciones, la otra mitad no paga ya sea por tener benefactores o por los eventos que realizan las voluntarias como: bazar, desayuno, obras de teatro, etcétera.

La institución busca voluntariado de diferentes escuelas públicas y privadas ya sea para realizar su servicio social que principalmente sean jóvenes, también aceptan estudiantes de primaria y secundaria para que platicuen con los adultos mayores o que jueguen con ellos cartas o domino además para que vayan a cantarles, bailarles, etc.

Lo que ofrecen son: tres comidas, que el adulto mayor está acompañado siempre y con personal de salud en la instancia, cuentan con una capilla ya que se presentan como católicos.

Por lo tanto nos encontramos con un hogar para atención a adultos mayores que en su mayoría tanto como participantes y organización está constituida por mujeres. Además de contar con la asistencia de voluntarios principalmente jóvenes y con una organización orientada a la religión católica. Pero contando con los profesionales de salud que se espera de un asilo.

La pregunta inicial se focalizó en entender que la estructura de un hogar con mujeres adultas mayores las guiaría a centrarse en su cuerpo y sus padecimientos con la intención de tener un control mejor de esta etapa en la que viven, dejando que el discurso de los expertos y los que saben, me ubican, ven y representan como una “adulta mayor” ajustada y aceptable a esas ideas.

## **CAPÍTULO 3. LAS NARRACIONES DE LA VIDA EN EL ASILO.**

### **3.1 De historias, discursos y narrativa de mujeres en un asilo.**

“...pues yo desde que tenía 7 años le dije a mi mamá quiero ser maestra, pero de niños chiquitos y me dice ah mijita (sic) pues cuando crezcas y ya estudie, trabaje 29 años y con mi jubilación, con parte de mi jubilación, me pago aquí...”

Chayo

Contar nuestras historias, vivencias, experiencias, creencias, ideas, deseos, sentimientos, relaciones, problemas, ámbitos, lugares, decisiones etc. forman parte del cotidiano es por eso que la psicología desde hace mucho se ha interesado por esta herramienta para su análisis.

Las historias no han perdido su encanto y su evidencia para retomar una realidad de la que consideremos extraordinaria, pero que aclararía algo de nuestra comprensión sobre alguna situación en este caso vivir en un asilo.

La narración es el resultado de un proceso interpersonal que expresa de manera evocativa un evento en un espacio-tiempo ya sea presente, pasado o que se espera a futuro. Sin embargo la narración se puede presentar en distintos tiempos para enmarcar un evento, es decir, un evento presente puede conectarse con un hecho pasado y a su vez con un evento que se espera a futuro, los tiempos se presentan indeterminadamente y sin organización de esta manera hablamos.

Se cree que “el chisme” es una actitud cotidiana que se disfruta y es continua a lo largo de la vida. Se describe por medio de las palabras usadas, el tema, los turnos conversacionales, tonos, gestos y movimiento corporal además de prestar atención al mensaje o información y al meta-mensaje (Tannen, 1991).

Entendemos a Bruner (2002) cuando menciona que los relatos son parte de la cultura “Mediante las narraciones construimos, reconstruimos, en cierto sentido hasta reinventamos, nuestro ayer y nuestro mañana” (p.130). A partir de lo expuesto nosotros consideramos que las personas narramos como parte cotidiana y como manera de relacionarnos esto nos permite volver a sentir, pensar, experimentar, recordar y vivir un evento. Las narraciones no son una herramienta novedosa dentro de la psicología, ni para los psicólogos. Según Shazer se inicia con Freud, pasando por una interpretación sistémica, hasta Erikson.

Autor	FREUD	JACKSON	MINUCHIN/HALEY/SELVINI-PALAZZOLI	ACKERMAN/BOWEN	ERICKSON
<b>Tipo de narración</b>	Tres tipos de historia: a) Historias que la gente contaba cuando estaba en estado de vigilia b) Historias contadas cuando se encontraban en trance c) Historias sobre sueños o historias contadas sobre historias que ocurrían cuando el narrador estaba dormido	En donde las personas perturbadas le contaban perturbadoras historias le hablaban de sus familias. (Historias familiares)	Relatos incomprensibles, penosos e inquietantes que le contaban las familias.	Historias familiares desde una línea de investigación Freudiana.	Historias anti-científicas.
<b>Conceptos básicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades</li> <li>• Categorías</li> <li>• Causas</li> <li>• Mecanismos</li> <li>• Fuerzas</li> <li>• Desplazamientos</li> <li>• Represiones</li> <li>• Resistencias</li> <li>• Hechos perturbadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemas</li> <li>• Homeostasis</li> <li>• Redundancia</li> <li>• Evasiones</li> <li>• Categorías</li> <li>• Comunicación</li> <li>• Relaciones</li> <li>• Simetría y asimetría</li> <li>• Causas circulares</li> <li>• Mecanismos</li> <li>• Clase</li> <li>• Miembros</li> <li>• Doble vínculo</li> <li>• Resistencias</li> </ul>	Los mismos que con Jackson	Mismos que con Freud.	Sin ningún concepto antes mencionado pero sí el saber, el observador y sus instrumentos.
<b>Interpretación</b>	Este tipo de narración a veces ayudaba a las personas a contar historias menos perturbadoras.	Modelo de indagación para tratar las historias que volvían a contar.		Ahora ya no era un asunto individual sino familiar.	

Figura 5. Los diferentes intereses e interpretaciones del análisis de las historias de acuerdo con Shazer (1999; pp.15-17)

La figura 5 demuestra una multiplicidad de interpretaciones para las narraciones que permean todo un entendimiento sobre las relaciones que se construyen en una charla desde escuchar sobre una persona su: historia, problemas, dudas anécdotas, creencias, deseos, relaciones, contextos, ideas, referencias, etcétera que permiten al psicólogo darle una escucha o bien “una lectura” sobre esa narración.

En complemento a estas interpretaciones esta la terapia narrativa que en la figura 6 se muestra.

<b>Autor</b>	<b>WHITE</b>	<b>PAYNE</b>
<b>Tipo de narración</b>	Entrevista-conversación Relato dominante y/o saturado del problema	Igual que White
<b>Conceptos básicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) El terapeuta como coautor</li> <li>2) Externalizar el problema</li> <li>3) Tomar en cuenta los acontecimientos extraordinarios</li> <li>4) Establecer una conversación con preguntas de panorama de acción y panorama de consciencia</li> <li>5) Relato saturado y / o dominante</li> </ol>	Los mismos que con White pero promoviendo el uso de Afirmaciones en lugar de preguntas y agrega el panorama de experiencia.
<b>Interpretación</b>	Narrativa alternativa, la participación de otras personas en la entrevista-conversación utilización de documentos.	Igual que con White y además Co-construcción y deconstrucción

Figura 6. Conceptos e interpretación de la terapia narrativa.

White (1995) nos habla de 4 puntos cruciales en la terapia narrativa: 1) el terapeuta como coautor, 2) externalizar el problema, 3) tomar en cuenta los acontecimientos extraordinarios y 4) establecer una conversación con preguntas de panorama de acción y panorama de consciencia que posteriormente Payne (2002) agrega el panorama de experiencia y 5) Relato Saturado y dominante.

1) Si se plantea el análisis de los discursos desde una entrevista, esta entrevista cubre ciertas características con base en la terapia narrativa enfocada a la re-escritura de la historia o propiamente de una parte del discurso, con otro (un experto), que se hace un coautor del discurso. Por medio de conversaciones o charlas comunes que generan y actualizan las relaciones interpersonales y sociales para decidir y re-escribir la vida (Díaz, 2007).

2) White (1995) nos menciona que contamos con conocimientos oprimidos que por medio de la externalización del problema se promueve la separación problema-persona permite internalizar sus recursos personales por medio del discurso para enfrentarse a su problema que obstaculiza.

Si se cuenta con una historia saturada desbordada de un “soy así” con emociones intensas, internalizantes y fieles a un relato trágico (Payne, 2002) no se obtiene panorama se tiene una idea que se enfoca en nuestras vidas a “el problema” pero el terapeuta narrativo no cree en la inmovilidad de la postura, el personaje central o bien el historiador no tiene un papel fijo, de su vida y sus relaciones por lo tanto las adultas mayores nos darán un tema importante que descubrir.

Y por medio de asistir su discurso e iniciando una desarticulación del problema con sus historias de significado, es decir, externalizar el problema, permitirá que se tenga un control en la decisión del historiador y autor por medio de una mejor relación con aquello que ya ha externalizado.

3) Esto se construye apoyados por el o los acontecimientos extraordinarios (Bruner, 1990) que permite engrosar el nuevo trama, en donde el conocimiento construido persona-terapeuta se vuelve significativo. Re-constituyendo un sentido de ser o bien un relato del yo por medio de las experiencias de la persona (Payne, 2002) no por lo que socialmente se espera del “adulto mayor”, se escucha y se reconoce la historia particular de ellas se habla de un interés común.

4) Para crear el discurso se basan en explorar dos panoramas. El panorama de acción y el de consciencia que se caracterizan por priorizar áreas. En el primero se demuestra la secuencia, que permite una flexibilidad para la nueva organización. El segundo se enfoca más al significado reforzado con justificaciones coherentes y congruentes (subargumentos) que dan forma e intensifican el sentido de lo narrado.

Y el último o panorama de la experiencia se enfoca en lo que se cree que pueden pensar los otros, entiéndase otros por las relaciones con las que interactuemos.

5) Tanto para el relato dominante y/o saturado tendríamos que definir ambas palabras primero desde un sentido etimológico para crear una claridad de definición que se expresa en la figura 7.

<b>SATURAR</b>	<b>DOMINAR</b>
La palabra proveniente del latín saturare que significa llenar, ocupar o utilizar hasta el límite de su capacidad un objeto (RAE, 2014).	La palabra dominar procede de domus o bien del latín dominus (REA, 2014) referido al dueño o al señor que habita.
Sus sinónimos son abarrotar, hinchar, inflar e impregnar. (WordReference)	Dominar propone tener bajo control el poder o la autoridad, así mismo como contener o frenar una pasión, reducir, sobresalir o simplemente poseer a fondo (WordReference)

Figura 7. Etimología y sinónimos de saturar y dominar.

- I. Un relato saturado, establece un pasado definitorio de mis características personales, un presente que se vivencia a través de tales aspectos y asumir que el futuro ya está definido. Junto a ello se asume que las narraciones que la persona hace sobre sí misma son saturadas o son dominadas por un problema que suponen tener. En las adultas mayores con la guía de sus relaciones y su enfoque en el cuerpo se saturarían de sus padecimientos.

Lo saturado como nombra White (1993) o dominante como lo denomina Payne (2002) se mostraría por una estructurante o etiqueta fija que moldea las narraciones cuestión que se constituye por medio de una serie de elecciones de eventos que constatan lo que tengo, dándole elementos a la narración para que sea coherente creándose una verdad absoluta y envolvente, demostrando una forma del cómo se concibe uno mismo y como se presenta ante los demás.

Si se apropian del discurso del otro o bien prestan mayor interés en las relaciones de poder ligadas a lo que debería ser, se manejan por verdades absolutas inquebrantables que se construyen en el imaginario social (Gergen, 1992) así contribuyen y argumentan la idea de “soy” por hacerlo “suyo” ese otro discurso (del orden médico) asumiendo una clasificación, una posición y una ubicación que tendrá una función ajustada al orden social de vigilancia. Lo que es aplicable en cierto sentido con las adultas mayores con padecimientos que viven en asilos, pues previamente se conciben como alienados a su problemática particular, concebida como si estuviese aislada de la sociedad y que abarca todas las relaciones interpersonales.

- II. Un relato dominante no tendrá una diferencia estratosférica con el relato saturado, pero tal como lo propone su palabra, significado y sinónimos permite ser flexible pues no siempre es malo sobresalir o poseer a fondo un tema y quizás hasta tenga una consecuencia positiva.

El relato dominante sería reflejado sobre sus padecimientos recordando que las personas que acuden a terapia son porque suponen que sus problemas son personales cuando sus problemas realmente son de orden social.

Será posible que lo dominante se construya por medio de la práctica común en la que se está expuesto, que en el caso de los asilos frente al orden médico constante facilitarían adherirse a una manera de ser, pensar y actuar definida, que suponemos hace dominante y/o saturada a la enfermedad.

En este caso sí se apropia uno mismo del discurso del orden médico demuestra una obediencia y un ser disciplinado, no sólo en una reproducción verbal sino en las actividades cotidianas. Demostrado en un relato de “así soy” en tiempo presente que deviene de un pasado seleccionado y justificable (los padecimientos) para esbozar un futuro, que se presentará dócil o no ante lo que me impone el orden médico (comunicación personal Ortega-Ramírez, 23/09/2014).

Produciendo una nueva trayectoria de vida (Dreier, 1999) que se constituye en las decisión del vivir y hacer, estas no se construyen de manera azarosa, puesto que surgen a partir de un efecto de las prácticas en las que se vincula el sujeto, por medio del mecanismo de construcción social y en este caso de la caracterización del asilo.

Las narraciones intervendrían en la formación de un discurso de proyección futura tentativo pero construido por los implicados (adultas mayores y estudiantes de psicología) más que por las relaciones a las que estamos anclados (el asilo). La narrativa se visualiza como un “proceso psicológico mediante el cual describimos, explicamos damos cuenta de nuestro mundo y de nosotros mismos como forma de acción conjunta” (Botella y Figueras, 2006).

Para este tipo de entrevista también se necesitó de un equipo reflexivo (Andersen, 1991) que incitaban a continuar el diálogo o bien a puntualizar un tema, darle coherencia o darle menor interés por medio de intervenciones que faciliten la descripción de la perspectiva propia, de sus relaciones y sus interpretaciones además del fenómeno como alejado para descubrir diferencias

que planteen explicaciones futuras con posibilidad de cambio, nuevas soluciones y/ o decisiones o bien asegurar la decisión que se ha tomado ante esa situación.

Cuando hablamos vemos algunas partes del hecho y las mencionamos pues es altamente improbable hablar de la totalidad de lo que sucede, existen posibilidades que generan un peligro y a su vez un desafío pues puede que se cuestione lo que se considere cotidiano, normal o habitual. Andersen (1991) lo describe como que lo sucedido sigue en movimiento, esa situación se describe de manera muy básica contando con: un personaje, agente o sujeto realiza una acción, en un contexto y con una intención. El progreso de la acción se convierte en una meta por alcanzar que permite orientarse y tener cierta claridad del hecho, para reintegrarla a las respuestas que desarrollan a lo largo del tiempo y ser capaz de hacerle frente a estas situaciones (Bruner, 2002), se obtiene un sentido de lo que ha pasado pero “aún con un significado poco claro la actuación continua” (Andersen, 1991).

Pero cuando no se habla con cualquier persona sino con un psicólogo que tendrá una manera particular de escucharme y se realiza en un consultorio todo esto forma una relación particular que desde el análisis cronológico de Shazer (1999) y bajo las interpretaciones desde Freud la relación terapeuta-paciente se volvía una relación vertical que no implicaba una charla o incluirse con la historia sino un manera de interpretación construida por los conceptos básicos del análisis de las narraciones.

Desde lo planteado por la terapia narrativa se promueve una relación horizontal en donde la narración reflejaría toda una identidad, un desarrollo social a lo largo del tiempo que guía las diferencias desde el lenguaje que demuestra un patrón de comportamiento construyendo una forma de ser en las actividades, que va a acompañado de emoción o sentimiento, finalmente el sentido o el significado que se obtiene a partir de lo social, la historia y la cuestión particular del sujeto construyendo un “yo”, una identidad, una subjetividad (White, Epston, 1993; Gergen, 1992; Foucault, 1976 y Ortega, 2014).

La terapia narrativa propone la construcción (en este caso de las entrevistadas y los entrevistadores) de una expresión de ser, pensar, hacer y sentir que se realiza con el fin de “conectar los acontecimientos del pasado y extender esta historia hacia el futuro para formar una *narrativa alternativa* en la cual el sí mismo es visto como más poderoso que el problema” (Carr, 1998, énfasis nuestro) una re-narración me pondrá y orientará a mis herramientas y ventajas que tengo ante ese problema para decidir lo que deseo de manera significativa en mi vida. Una narrativa alterna se podría ir construyendo a lo largo de las charlas con el terapeuta para reforzar las opciones de enfrentamiento ante

el problema, visualizar las posibilidades nuevas que puedo explorar y que me ayudarían a dominar el problema.

Botella y Figueras (2006) nos dicen que “La realidad ya no parece ser constante y objetiva, sino constituida en el lenguaje y producto de una construcción social guiada por unas coordenadas temporales y espaciales desde donde interpretamos cada realidad” mostrando y poniendo en tela de juicio el significado de la experiencia a partir de un conversación, pues el uso de palabras demuestra una auto-descripción que se verá influenciada por el tipo de relaciones dentro del asilo y los intereses a los que la institución los guía, su identidad se verá inmersa en relaciones de poder con margen en un modelo médico.

## CAPÍTULO 4. DE PERSONA-IDENTIDAD, PERSONA-CUERPO FRENTE AL DETERIORO DEL CUERPO EN LAS MUJERES DEL ASILO.

“Los terrores, qué lujo para la imaginación”  
Rayuela  
Cortázar

Las narraciones en esta tesis tienen una interpretación desde lo postulado por la terapia narrativa que se especifica en el capítulo anterior véase figura 5 y 6. Las narraciones son influenciadas por sus relaciones comunes, actividades cotidianas y espacios específicos formando una manera de auto-descripción para las demás personas y para uno mismo.

Considerando que en el asilo las adultas mayores están rodeadas por el orden médico que creemos empuja a relatar de manera repetitiva o bien medular sobre sus padecimientos y su cuerpo más no de ellas como personas. Se entiende entonces que las adultas mayores describirán lo que White (1993) y Payne (2002) mencionan como un relato dominante y/o saturado.

Si para el orden médico una de sus palabras preferidas es déficit o carencia (Gergen, 1992 y Sacks, 2001) implicando pérdidas a nivel corporal se ve asociado con los asilos y su modalidad tradicional, digamos que se postula desde un plano físico y clasicista en consecuencia el modelo biológico-médico se expresa. Así la edad de los habitantes de un asilo representan a nivel corporal una clasificación invariable y determinada por el deterioro del cuerpo, esto facilita una ubicación en el orden de la salud, hilada a pensar lo catastrófico que pudiese ser llegar a esta etapa de la vida y a su vez con la afectación de las enfermedades con diagnósticos degenerativos, crónicos o bien fulminantes.

Sin embargo Sacks (2001) nos regresa al pensamiento de Luria con una ciencia personalista o romántica que se demostraría por medio del relato estudiando así los fundamentos físicos de la persona y el yo. Es comprender a la persona por lo que es, es decir, por su yo constituido de identidad, subjetividad que permite una restauración, reposición y compensación de lo que pasa en su cuerpo en términos de una interrogante ¿qué hacer con lo que se tiene presente para construir un futuro como una habitante del asilo y las consecuencias que ésta tiene?

Los asilos evocan un interés tácito y guiado a los cuerpos de las adultas mayores comenzaremos a visualizar las dos grandes ideas la persona-identidad constituida por las decisiones que expreso y lo que representa esa decisión para mí y para los otros. Y la idea de persona-cuerpo que muchas veces es separada y se presta mayor interés a una de ellas esta tesis plantea que es en el cuerpo. Pero si partimos desde lo que promueve Ivy McKenzie (En: Sacks, 2001)

“Porque ¿qué es lo que constituye una “entidad de enfermedad” o una “nueva enfermedad”? El médico no se ocupa, como el naturalista, de una amplia gama de organismos diversos teóricamente adaptados de un modo común a un entorno común, sino de un solo organismo, el sujeto humano, que lucha por preservar su identidad en circunstancias adversas”

El orden médico del cual están bombardeadas las adultas mayores en un asilo deja de lado el preservar la identidad de sus habitantes y sólo llena un lado de la balanza, este sería un elemento constituyente para sus habitantes. Los profesionales de la salud atienden a necesidades corporales dejando de lado una parte estructurante de lo que somos y que se traduce desde una interpretación de la terapia narrativa como re-estructurar su identidad por medio del discurso.

Los padecimientos serán el factor principal de atención, de ahí que se puede tomar como un suceso que acontece en el presente debido a una historia detrás de ello, pero dicha historia, no se queda ahí sino que se va entendiendo a lo largo de la vida es por ello que las decisiones a partir del suceso, en este caso la presencia de algún padecimiento repercuten en lo que somos y en cómo tomamos la enfermedad; asumiéndola como interna y eje central de lo que somos o bien algo que me afecta y que bajo ciertas condiciones podría controlar por medio de conseguir una estabilidad que me permita seguir siendo lo que quiero ser.

Sin embargo estas ideas están permeadas por lo que se entiende como enfermedad construido de manera cultural que nos guiará a decidir sobre el manejo de algún padecimiento y considerando la condición de ser una habitante de un asilo en donde los padecimientos son cuestiones ordinarias.

#### ***4.1 El deterioro del cuerpo: Las enfermedades o padecimientos más comunes en las habitantes de un asilo.***

De manera común entendemos que la enfermedad es una afección a la salud pero para las interpretaciones de salud y enfermedad se cuenta con múltiples definiciones que han ido cambiando a lo largo del tiempo. Desde los años

cincuenta se adjuntó la idea de algo más a lo físico consecutivamente la OPS (La Organización Panamericana de la Salud) aportó la idea del medio ambiente que rodea a la persona.

Sin embargo la concepción de enfermedad se ha ido modificando a lo largo del tiempo y con ella las ideas sociales para su enfrentamiento.

Floreal Ferrara (ONU, s/a) interpretó la salud en tres áreas:

“La salud física, que corresponde a la capacidad de una persona de mantener el intercambio y resolver las propuestas que se plantea. Esto se explica por la historia de adaptación al medio que tiene el hombre, por lo que sus estados de salud o enfermedad no pueden estar al margen de esa interacción.

La salud mental, el rendimiento óptimo dentro de las capacidades que posee, relacionadas con el ámbito que la rodea. La salud radica en el equilibrio de la persona con su entorno de ese modo, lo que le implica una posibilidad de resolución de los conflictos que le aparecen.

La salud social, que representa una combinación de las dos anteriores: en la medida que el hombre pueda convivir con un equilibrio psicodinámico, con satisfacción de sus necesidades y también con sus aspiraciones, goza de salud social.”

Una definición de parte de un médico que no se limita sólo a lo corporal pues se postula un sujeto bio-psico-social, que permite un desapego a la idea de la enfermedad asociada solamente al cuerpo. Ahora lo importante para la salud es el equilibrio y el goce de estas tres áreas.

Por otro lado la contraparte de la salud se maneja en términos coloquiales como enfermedad dicha palabra proviene del término en latín infirmitas, que significa “falta de firmeza”. La OMS la define como la “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (Concepto.de)

Para la RAE (Real Academia Española) es: una “alteración más o menos grave de la salud” (2014)

Estas tres áreas manejadas por el doctor Floreal (OMS) resalta la historia y medio en el que nos desenvolvemos por tres áreas: física, mental y social esto último abre una gran pertinencia para el trabajo del psicólogo y sobre todo en el área de la enfermedad en la que la definición deja de lado las tres áreas antes citadas por el doctor, sin duda esta dualidad muy bien manejada en nuestros

narraciones cotidianas aunque no tenga una semántica totalmente universal que permita la variedad de asistencia para los que se han etiquetado como enfermo de o simplemente el habitante de un asilo, así la terapia narrativa se ofrece como un impulso de una interpretación propositiva en el ámbito de los asilos y las narraciones.

La terapia narrativa se produciría con el fin que “el problema” puede ser resuelto desde re-pensar y decidir sobre la apreciación de los adultos mayores cuestionando cómo se construye una manera particular de vivir, en una condición con una o varias enfermedades viviendo en un asilo.

Pero las enfermedades más presentes en un asilo se caracterizan por dejar al afectado con una dependencia lo suficientemente adecuada a la institución además de diferentes factores uno de ellos es el género y otras que se ven asociadas propiamente a la edad. Por lo tanto las habitantes de un asilo pueden tener uno o más de los padecimientos que se exponen en la figura 8 y 9.

Cabe resaltar que los padecimientos se describen sólo para tener el margen de lo que se define como esa enfermedad, sus tecnicismos, indicaciones, actividades, tratamientos y síntomas que se espera de las narraciones de las habitantes del asilo.

Enfermedad	Definición	Manifestaciones	Tratamiento	Fármacos
<b>Hipertensión (Soca y Sarmiento, 2009).</b>	"La HTA en adultos se define como cifras de presión arterial sistólica y diastólica = 140/90 mm Hg en reposo."	Se asocia a edades avanzadas pues presentan arterias escleróticas (endurecidas) y se considera un importante factor de riesgo cardiovascular.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control del peso corporal.</li> <li>• Dieta balanceada.</li> <li>• Evitar el sedentarismo.</li> <li>• Eliminación de los hábitos tóxicos.</li> </ul>	
<b>Sordera Pedraza y Delgado (2008)</b>	"un descenso progresivo de la curva audiométrica, comenzando por los tonos más agudos y con aparición frecuente a partir de los 40 años de edad "	"El paciente acude a consulta generalmente entre los 65 y 70 años de edad refiriendo que oye bien, pero no entiende la palabra y el mensaje; además presenta mayor dificultad para oír en ambientes con ruido" (p.92)	Aparatos eléctricos, o bien la lectura labio facial además de tener una dieta controlada, evitar ambientes ruidosos y ototóxicos.	
<b>Incontinencia (Quintana, Fajardo, Rodríguez, Aguilera y Martínez 2009; García, Espinosa, Vladislavovna, Peña y Reyes ,2008)</b>	"La incontinencia urinaria es definida por la International Continence Society como la queja ante cualquier salida involuntaria de orina. Se calcula que en el mundo alrededor del 30% de mujeres mayores de 60 años la padecen."(p.839)	Dermatitis en la región perineal, mayor riesgo de desarrollar úlceras cutáneas en este sitio, infección de vías urinarias, caídas, ansiedad, depresión, deterioro funcional e incluso mayor riesgo de fallecer.	"(...) terapia con medicamentos, tratamiento hormonal, la cirugía, así como los ejercicios de Kegel." (p.843)	
<b>Insuficiencia Venosa Crónica (IVC) (Rodrigo y Villa, 2002; Navarro y Botija s/a)</b>	Es un estado en el que el retorno venoso se halla dificultado, especialmente en la bipedestación y en el que la sangre venosa fluye en sentido opuesto a la normalidad	Pesadez, dolor, prurito (comezón) en cansancio, calambres musculares e hinchazón mejoran con el frío sus complicaciones pueden ser cutáneas, pigmentarias, celulitis, edemas y úlceras.	Reducción de peso, no estar parado, calzado cómodo y ancho, aplicar presión, medias cortas hasta la rodilla o bien medias altas. Las úlceras con vendajes, igualmente elevar los pies de 15 a 30 minutos dormir con los pies elevados 15 centímetros además de evitar el calor.	La pentoxifilina, dobesilato de calcio, diosmina, escina y Ruscus aculeatus. O bien por cirugía vascular.

Figura 8. Las enfermedades más comunes dentro de un asilo en mujeres.

Enfermedad	Definición	Manifestación	Tratamiento
<b>Gastritis (Valdivia, 2011)</b>	Enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos que se pueden observar endoscópicamente y requiere confirmación histológica. Es decir, corresponde a una gastritis por la presencia de eridema o edema de la mucosa, o bien por la infección de la bacteria helicobacter pelori.	Lesión de mucosas por estrés, drogas, alcohol o infecciones o bien si se asocia al telicobacter del 15% al 20% presentan úlcera péptica.	Una dieta sin sustancia irritante como: café, tabaco, alcohol, ajo o drogas que contrarresten la agresión de la barrera gástrica ya sea antiácidos orales, citoprotectores de la mucosa gástrica.
<b>Cataratas Hospital General (s/a)</b>	Son la opacidad total o parcial del cristalino. Prevalece en mujeres y aumenta con la edad aunque es la causa de ceguera más curable a nivel mundial.	“El paciente puede referir uno o varios de los siguientes síntomas: disminución de la agudeza visual, visión borrosa, deslumbramiento, percepción alterada de colores, diplopía monocular, miopía transitoria y en ocasiones nistagmus y estrabismo secundarios.”	“El tratamiento definitivo es el quirúrgico, realizando la extracción de la catarata por diversos procedimientos según el caso en particular e idealmente se colocará lente intraocular en el mismo procedimiento”

Figura 9. Enfermedades más comunes en un asilo.

## **4.2 La narración de la vida cotidiana; persona-identidad-cuerpo.**

“cuando se es un prisionero, uno llega a acostumbrarse a la prisión. La libertad puede ser desconcertante y muchas personas vuelven a su celda en busca de refugio”

(Epston, 1994; en: O’Hanlon, 2001)

En las pláticas comunes sobre todo si no fuimos parte del hecho nos gusta una descripción jugosa para que tengamos un panorama completo de la situación y así poder decidir qué decir, entonces comienzan las preguntas, los comentarios y opiniones, así ese hecho, que se ubica en el pasado tiene una nueva interpretación se está re-narrando y con cada plática con diferentes personajes se enfocará en diferentes áreas que los otros oyentes no tenían.

Las charlas se desarrollan con lenguaje común, cotidiano y hasta local que pretende relacionarnos con los otros, nos incluyen. Por lo tanto el chisme y las narraciones son algo socialmente cotidiano se puede hablar de cualquier cosa que pase en nuestras vidas, se realiza con cualquier persona, no importa si es un lugar abierto o cerrado e incluso hoy en día hasta de manera virtual. La diferencia en terapia radica en que la escucha de psicólogo permite una interpretación desde distintas teorías y posturas que permiten ampliar o recapitular una narración, como las señaladas por Shazer (1999; ver capítulo 3).

En el proceso de las pláticas no sólo se tiene una respuesta al recibir un mensaje sino que se desarrollan diferentes experiencias seleccionadas por la memoria que dirigen el enfoque de lo que se habla y de lo que se describe, se estructura y re-estructura la interpretación de ese hecho. En las representaciones sociales populares (Bruner, 1990) estamos determinados por las experiencias pasadas.

Narrar la vida cotidiana en un asilo sería la descripción del tipo de relaciones y el sentido que se tiene de ellas dentro de la institución, un ejemplo sería con una enfermera, el médico del asilo, la compañera de una clase, la vecina de habitación una voluntaria o bien fuera de este como con sus familiares o amigos que los puedan visitar que apoyara una manera en la descripción de lo que puede significar para una persona el asilo, tendremos un entendimiento interno del contexto, persona y relaciones. Las narraciones del presente se proyectarían al futuro, es decir, cada cosa que pasa o cada cosa que se cree va a suceder se remite a la enfermedad por lo cual se refiere al cuerpo, aunado a interiorizarse la culpa de la vigilancia o no, por lo cual es más difícil diferenciar las posibles opciones para tomar una decisión con respecto a su condición actual pues pareciera que la experiencia de las adultas mayores en un asilo es relatada por el orden médico y no por su subjetividad.

El relato o las narraciones que salen a la luz en las conversaciones comunes se constituyen a partir de una apropiación y organización de la interpretación de nuestras experiencias registrando una perfecta justificación (subargumentos) coherente de lo que son y del por qué les aflige lo que el otro, en este caso el modelo médico del asilo me ha impuesto como etiqueta, es decir, presentarse como "la adulta mayor enferma".

Las narraciones mostraran subjetividades diferentes y consideramos que cada una se muestra especial. Demostradas en nuestros intereses que se indican con tonos de voz, turnos conversacionales formas de comportarse desde la posición del cuerpo, gestos, lo pensado y finalmente el significado que se da, que posibilita interpretarse y por medio de una re-narración estas experiencias podrían tomar otros sentidos.

Sin embargo las condiciones, estructura y organización del asilo ofrecen la posibilidad de hablar del cuerpo pero no sólo estamos constituidos por un cuerpo sino que también se podría reflejar en nuestra persona e identidad.

Las narraciones del cuerpo podrían reflejarse de manera natural dado que se encuentran en una instancia en donde el orden médico vuelve maleable y común el hablar desde su propio lenguaje (ver capítulo 1), siendo una forma de controlar, conocer y afianzar a los habitantes del asilo producto de una narración con profesionales de la salud que hablan de manera recurrente sobre y de sus padecimientos. Cobrando importancia pues incluso a nivel cultural se refleja por el esperado deterioro del cuerpo propio de la edad.

El vocabulario se apropiaría de nosotros por medio de las relaciones humanas que cuenta con una intención específica, que es una constitución de redes sociales, las cuales son expresadas y compartidas a los otros por medio de nuestros relatos suponiendo que sumerge a las adultas mayores en sus padecimientos como parte fundamental de su identidad.

Las habitantes de un asilo se verían de manera diferente o significarían de una manera particular sus experiencias, pues las características de la propia institución normalizan y facilitan el enclaustrar su diferencia "su realidad se vuelve más imperiosa que la que nos ofrece la experiencia común...recurrimos cada vez más a los medios, y no a nuestra percepción sensorial, para que nos diga lo que pasa" (Gergen, 1992) en este caso esta institución está estructurada por un orden médico que agenda sus actividades cotidianas.

Los medios de los que habla Gergen (1992) se demostrarían por las experiencias relatadas con los profesionales de la salud y con sus discursos, es

decir, el uso de tecnicismos y de actividades relacionadas con su cotidianidad como resultado de su experiencia en las instituciones donde radican actualmente, el asilo.

Las habitantes de un asilo no son sólo cuerpo también son personas que tienen una interpretación de las cosas, una historia, un lugar social, relaciones con otras personas, gustos específicos, una interpretación de un futuro enfocada y demostrada en las decisiones que se convierten en experiencias que desean ser contadas y se describirán en sus narraciones.

Sin embargo si la gran mayoría de las veces no se sale del ambiente del asilo el discurso principalmente se describirá en sus afectaciones exponiendo sólo un camino de la narración o bien fortaleciendo una subjetividad se podría hablar entonces de una saturación situada ya que el asilo con su estructura y organización (ver capítulo 2) facilitaría a manera de un catalizador el enclaustramiento del discurso con base en sus padecimientos (Lave y Wenger, 2011).

El significado de ser una adulta mayor en un asilo se crearía en la acción y se regeneraría en la cotidianidad partiendo de un significado social pero decidido de manera individual descrita en sus auto-narraciones y en lo seleccionado en las charlas cotidianas.

## **MÉTODO.**

A partir de una serie de casos extraídos de una muestra de entrevistas cualitativas realizadas durante los años 2012-2013 por estudiantes de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, exploraremos las re-narraciones de tres mujeres que vivían en el mismo asilo.

Con los siguientes objetivos:

- Analizar las narraciones de tres mujeres de la tercera edad que viven en el “Hogar XX” para confirmar si en sus narraciones abunda el interés en los padecimientos o enfermedades que los afecten.
- Descubrir cuáles son los aspectos que hacen relevantes en sus narraciones.
- Analizar la función del asilo como institución totalitaria en la vida de las mujeres adultas mayores.

Se utilizó la entrevista–conversación como método de indagación, bajo los siguientes lineamientos:

- 1) Las intervenciones del psicólogo, a través de sus preguntas, comentarios o reflexiones y que suscitan un recuerdo más preciso de las situaciones vividas y se transforman en una re-narración del hecho.
- 2) Con la re-narración de los hechos, se promueve la creación de un nuevo sentido o bien una re-significación. A esta nueva construcción semántica el trabajo colaborativo entre el psicólogo y la persona es fundamental.
- 3) Se establece una relación horizontal para provocar una conversación amena y no un cuestionario. Se trata entonces de transformar una situación de indagación en un cambio de turnos conversacionales con interés mutuo. (Gergen, 2005; Tannen, 1991).
- 4) Se conversa de la persona y no de la información es decir, a partir de cómo recuerda ese periodo, cómo se sintió y qué aprendió, qué razonó, cómo actuó y de qué relación o relaciones habla.
- 5) Se indagan sobre las relaciones interpersonales, es decir de cómo la persona recuerda las actuaciones de quienes lo rodeaban y de la propia, en el transcurso de un hecho. No sobre una actuación de la persona en específico.

Se presentarán una serie de tres estudios de caso. Las categorías fueron derivadas del análisis de las entrevistas, y corresponden a los tópicos de conversación estructurados entre los entrevistadores y entrevistados, a partir de sus intervenciones utilizadas para cada uno de los casos.

Un primer resultado entonces fueron las variaciones, cuantitativas de los tópicos en cada uno de los casos. Ello nos dio indicio de las diferencias de entrevista-conversación entre las tres personas participantes de este estudio.

La seriación de casos se basa en mujeres que viven en un mismo asilo y su relación con el relato dominante, es decir, las descripciones usadas en cada tema de interés que en esos momentos tenían, los tipos de relaciones y actos cotidianos con los que vivían en el asilo dependiendo de las distintas características individuales así como las sociodemográficas.

Se respetó el anonimato de cada participante al igual que el de la institución según la norma del APA (2010, sexta edición).

Los tres casos se presentan sin ninguna secuencia en especial. El ser escuchadas con atención e interés por personas más jóvenes es bien recibido por todos los casos. Las características de las participantes se encontraron a través de escuchar las entrevistas.

#### Presentación de los casos:

1.-Chayo una mujer de 76 años vive en el asilo “Hogar XX”, jubilada con doble plaza por su trabajo de docencia y dirección a nivel preescolar. Se considera una mujer católica a pesar de también haber sido por un tiempo cristiana, tiene más de un año en la casa hogar y el padecimiento que nos mencionó que le afecta es gastritis, con la señora Rosario se charló en siete ocasiones.

2.- Liz una mujer de 81 años del asilo “Hogar XX” aproximadamente un año y medio de vivir ahí, nos cuenta que le afectan los siguientes padecimientos: insuficiencia venosa, hipotensión y padece de sordera .Con la señora Liz se conversó en cuatro ocasiones.

En las conversaciones que se hicieron con Liz de igual manera eran dos mujeres y un varón de manera similar que con Chayo se esperó un estilo de conversación femenino. Además en algunas charlas la vecina de Liz, la señora Sil, de vez en cuando se integraba a las conversaciones.

3.- María una mujer de 84 años que vive en el hogar para ancianos “XX”, aproximadamente más de dos años de vivir ahí. Los padecimientos que menciona: hipertensión, cataratas, varices e incontinencia. Con ella se charló en cinco ocasiones.

Las características del asilo se plantean al final de capítulo 2.

Cada caso fue analizado mediante tres técnicas (Leech N. & Onwengbuzie A., 2007; Ortega-Ramírez, 2015):

Análisis de comparación se realizó por medio de cada uno de los tópicos que se encontraron a lo largo de las conversaciones en cada caso, para contar el número de veces que se repetía dicho tema, esto demostró el interés de cada participante además de comenzar a describir la estructura de lo que era importante para ellas por medio de la frecuencia de su relato, en un número de veces mediante la charla, por lo tanto las intervenciones de los entrevistadores también fueron contadas.

El análisis por conteo de palabras, partiendo de las categorías o tópicos se demuestra lo amplio de cada relato, que indica la frecuencia de extensión en tiempo de su discurso de cada participante, en el caso de Liz también se contabilizaron también las palabras de la señora Sil.

Y finalmente el análisis semántico en el que cada tópico relevante se desglosó por medio de las palabras más usadas por ellas, que dan una estructura a su discurso y una descripción de lo vivido como parte de su cotidianidad formando un significado que se analizó e interpretó.

La conversación se construyó por sus historias e intervenciones de los entrevistadores que la guiaban a ser más descriptiva Payne, White y Bruner (2002; 1993; 1990). Desde este punto Tannen (1991) nos menciona de los solapamientos que serán comunes, pues se tiene una conversación con tendencia hacia un estilo femenino con importancia en los tonos de voz, grandes turnos conversacionales y detalles elegidos por cada participante.

Por el tipo de conversación se analizaron las intervenciones del entrevistador.

Se demostró en las charlas lo que se vivía en ese momento, en general con tres estudiantes, dos de ellas mujeres y un varón excepto en las conversaciones con María en donde todos los entrevistadores fueron mujeres.

Las categorías se construyeron de la siguiente manera con un color para distinguirlas:

**Vida en la casa hogar:** Esta categoría abarca las normas de la casa hogar desde: horarios, actividades, permisos de salida, visitas, clases, eventos, servicios con los que cuentan, profesionales de la salud de visita y “los de planta”. También lugares comunes, sus habitaciones y la cotidianidad de vivir en la casa, sí es que

considera o no a sus compañeros como pares, la convivencia con ellos, su clasificación dentro de la casa hogar y su participación dentro de ella.

**Familia:** El discurso se contempla desde memorias de su niñez, sus pérdidas, su historia con sus hijos y esposos, su lugar dentro de la familia nuclear. También las visitas que reciben por parte de sus familiares nuclear o extensa, las llamadas que recibe en la casa o cuando salen de la casa hogar con un familiar.

**Pérdidas:** Este tópico se consideró pues forma parte de la comunidad no sólo porque a los adultos mayores se ven más próximo a la muerte, sino porque han vivido pérdidas de sus relaciones más cercanas, desde familiares hasta sus propios vecinos de la casa hogar, también se compone de las descripciones y las reflexiones que conformaban la interpretación de su propia muerte.

**Amistad:** En la casa hogar se relacionan con personas que son consideradas por ellas como amigos y amigas con los que comparte las actividades, con quienes puede hacer bromas, divertirse y aprender. O bien amistades de fuera de la casa hogar que recuerdan o van a visitarlos.

**Independencia:** Esta categoría apareció con poca frecuencia sin embargo tampoco es algo que resulte de la nada y que se vincula con la elección de ir a la casa hogar además de la relación con sus familias. Lo que no quieren para ellas y sus familias. Desde pagar ellas su estancia en la casa hogar tener un espacio propio y estar bajo atención.

**Padecimientos:** Esta categoría abarca desde el recordar la trayectoria de sus padecimientos tales como enfermedades en la niñez o bien operaciones anteriores, situaciones hospitalarias, médicos y enfermeras con las que tuvieron contacto por sus padecimientos antes y después de estar en el hogar así como las practicas comunes tales con sus actuales padecimientos descrita con la toma de medicamentos, estudios, terapias, ejercicios, posiciones, tiempos, tipo de alimentación, limitaciones físicas y condiciones de desplazamiento dentro de la casa hogar.

Y sólo para el caso de Chayo se desarrolló la siguiente categoría.

**Profesión de maestra:** Apoyada con fotos narra anécdotas de su profesión como maestra aunado a recordar a sus exalumnos que ya mayores la recuerdan o bien los padres de sus exalumnos, además que fue directora de preescolar y por

ello obtuvo doble plaza trabajo. Su trabajo en las oficinas de diseño gráfico y sus 29 años de experiencia profesional.

## RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

“Lo más próximo, lo más cotidiano, habla aquí de cosas inauditas”

Nietzsche

### 1. Caso Chayo.

Dada la charla con los entrevistadores para el caso de Chayo se presentó un tópico relevante sobre su pasado que conectaba con actividades cotidianas de la casa hogar que le permitió retomar el interés en esa parte de su vida como lo es la categoría “Profesión” que puede tener similitud con lo que encontramos en María y su faceta de dar clases dentro del asilo.

Tabla 1.

*Número de intervenciones como comentarios, preguntas y afirmaciones que se extendieron de cada categoría por sesión.*

Categorías/Sesiones	1	2	3	4	5	6	7	Total
Vida en la casa hogar	31	35	11	32	6	1	20	136 (1)
Familia	22	32	24	0	11	0	0	89 (2)
Profesión*	18	29	5	0	0	0	0	51 (3)
Pérdidas	1	3	0	0	7	0	4	12 (6)
Amistad	0	0	0	5	6	0	3	14 (5)
Independencia	1	0	0	0	3	0	0	4 (7)
Padecimientos	0	30	0	3	4	0	7	44 (4)

Nota: Los paréntesis señalan la jerarquía con la que se presentó la categoría a lo largo de todas las conversaciones.

#### 1.1 Análisis por comparación:

De las 7 categorías que se presentaron en la tabla 1, sobresalen, por el número de apariciones, “Vida en la casa hogar”, “familia”, y “profesión” que ocupó la tercera posición. Las primeras tres sesiones mostraban que las entrevistas se estructuraron de estas tres categorías.

“Vida en la casa hogar” aparecieron en todas las entrevistas, pero en la sesión 4 y 6 aparecieron como el tópico preponderante de la entrevista. Con una referencia a la “amistad”.

Las frecuencias de la categoría familia, fueron mayores en las sesiones 1, 2 y 4. En la última vuelve a tener preponderancia por encima de “pérdidas” y “amistad”.

Las sesiones 5 y 7 muestran una mayor variedad de tópicos de conversación. Aunque la Vida en la casa hogar parece nuclear la conversación, y en todas las sesiones.

“Profesión” señaló las referencias a la actividad laboral, antes de ingresar al asilo. Las sesiones 1, 2, y 3, prevalece junto con “vida en asilo”. Igual que la “familia”. Hablar del presente y el pasado se mostró en esta mezcla en las primeras sesiones.

Tabla 2. El número de palabras que describía el tópico a lo largo de las conversaciones por parte de Chayo.

Categorías/Sesiones	1	2	3	4	5	6	7	Total
Vida en la casa hogar	1302	755	258	1044	921	32	536	4848 (1)
Familia	1662	830	1378	0	333	0	0	4203 (2)
Profesión*	860	1058	250	0	0	0	0	2168 (3)
Pérdidas	600	346	27	114	475	0	89	1651 (4)
Amistad	83	0	0	195	353	0	0	631 (6)
Independencia	27	0	0	0	433	0	0	460 (7)
Padecimientos	0	636	0	9	584	0	57	1236 (5)

Nota: La categoría Pérdidas aunque no presentaran intervenciones para hablar del tópico sí mostro palabras que la referenciaba en casi todas las sesiones además de que los paréntesis demuestran la jerarquía de las categorías a lo largo de las conversaciones.

## 1.2 Análisis por conteo de palabras:

La categorías que se presentaron constante de las 7 fueron: “Vida en la casa hogar”, seguido de “pérdidas”, y “familia” respectivamente. Al igual que en la tabla 1 las primeras tres sesiones fueron prevalentes las categorías “vida en la casa hogar”, “familia” y “profesión”.

“Vida en la casa hogar” aparecieron en todas las entrevistas, pero en la sesión 1 y 3 aparecieron con mayor número de palabras. Por otro lado la categoría “Pérdidas” es más referenciada en la sesión 1 y 5.

Las frecuencias de la categoría “independencia”, en la sesión 1 y 5 hacen que se posicione en el lugar con menor frecuencia.

Las sesiones 1 y 5 mostró una mayor variedad de palabras por cada tópico de conversación pero “Vida en la casa hogar” fue una constante. “Familia” tuvo mayor frecuencia en la sesión 1 y 3.

### **1.3 Análisis semántico:**

Dado lo extenso de las 7 categorías presentamos el análisis semántico de las categorías con mayor frecuencia:

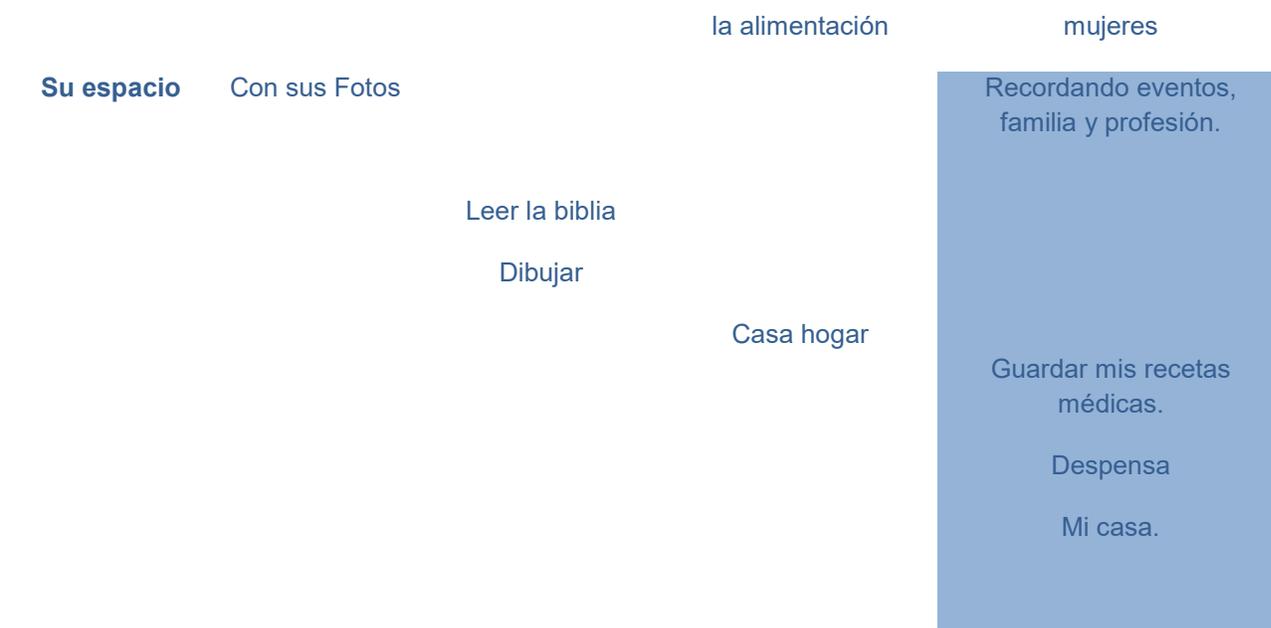
A continuación en la figura 1 encontraremos la categoría que tuvo mayor intervención por parte de los entrevistadores y permitió una descripción más extensa que se conformó por cinco subcategorías descriptivas de la vida cotidiana de la casa hogar como: eventos, salidas, actividades y horarios; de esas subcategorías se enlazaban con ciertos personajes, desde los pares como las “abuelas y abuelos”, su familia, enfermeras, psicólogos y otros personajes de la institución a su vez con ciertas actividades que permitían demostrar su instancia y participación dentro de la casa hogar.

En las últimas dos categorías se explicó la interpretación que tiene Chayo a partir de los comentarios de sus relaciones y al hablar sobre las actividades de las que narró, por otro lado en la última columna lo que ella interpretó de sí.

Figura 1. *El contenido de la categoría Vida en la casa hogar para el caso de Chayo.*

<b>CATEGORÍA</b>	<b>LAS</b>	<b>PALABRAS</b>	<b>MÁS</b>	<b>RELEVANTES</b>
<b>Vida en la casa hogar</b>	<b>Relaciones</b>	<b>Actividades</b>	<b>Cómo me perciben en el asilo.</b>	<b>Lo que interpretó Chayo</b>
<b>Eventos y espacios comunes (El Limonero, Capilla)</b>	Abuelas y abuelos	Ser reina Conversar Orar Ir a misa	Una ex reina Risueña/carácter Me quieren Creyente	No me digas abuela Todos somos católicos. Perdonar (abuelas que me

		Caminar		ofendieron)
		Comer	Con novio	Lo abuelos duermen o están en su cuarto.
			Con la vara alta	De 90 y tantos.
			Arreglada	Nos atienden bien Nos lavan la ropa
		Salir en taxis		Ya nos conocen los taxistas.
<b>Salidas</b>	Familia	Salir de la casa hogar	Me ven bien	En contacto Subir de peso (de 44 a 47 kg )
<b>Actividades</b>	Enfermeras	Flores	Le regalan dibujos	Me quieren me regalan dibujos y regalo los trabajos.
		Marcos		
		Dibujos		
		Muñecas		
		Botellas con sal		
		Pulseras		
		Lapiceros		
		Cajitas		
	Psicólogos	Conversar		Hagan trabajar mi memoria
				Dios me trajo (casa hogar)
<b>Horarios</b>	Sirven la comida	Comidas	Amiga	Nos dan de comer
			No importa mi dieta	
	Recepcionistas y otros de la casa hogar	Llamar la atención por romper reglas	Llamar al taxista	
			Poder para cambiar	Separar hombres de



*Figura 1.* Aparecen las partes más relevantes de la categoría de manera sombreada, las del lado izquierdo se vinculan con características de una institución total (Foucault, 1979) mientras las de la derecha nos permiten ver cómo se apropia Chayo de estas características.

En la figura 2 se muestra una de las categorías más amplia, “familia”, que consta de cuatro subcategorías principalmente salidas fuera de la casa hogar como: comidas, llamadas telefónicas, ir a la estética e ir de compras u otras como salir a la villa o bien ir por su despensa. Por otro lado tenemos las que suceden dentro de la casa hogar como los eventos, las misas y las fotos o un zapatito de recuerdo de su hijo que se encontraban en su habitación.

Dichas subcategorías permitían asociarlo con ciertos personajes de su familia que comparten con Chayo una historia que permitió que la percibieran en la casa de cierta manera y a su vez esto permitió que Chayo re-interprete esas relaciones.

*Figura 2.* El contenido de la categoría Familia para Chayo.

CATEGORÍA	LAS	PALABRAS	MÁS	RELEVANTES
Familia	Relaciones	Mi historia.	Cómo me perciben en la casa hogar	Lo que interpreto en la casa hogar
Eventos, misas, visitas, llamadas por teléfono, estética y compras.	Familia nuclear (hermanos y padres)	10 hijos (hermanos). Fábrica de ropa. De 5 mujeres educadoras. Cárcel-manualidades/Hablar de Dios. Cristiana y católica.	Soy la tercera y la mayor de mis hermanas.	Familia en contacto Padecimientos (hermanas) Cómo hacer un cojín (una de las hermanas)

<b>Salir a la villa, agua bendita y postales. Asistencia en la supervivencia.</b>	Familia extensa (sobrinas y cuñado)	<b>Enojada y grosera.</b>	La veo muy bien	Subí de peso Comadre Mi abogada Me cuidan Me taren (casa hogar)
<b>Va por su despensa Fotos/zapatito</b>	Otros (Carmelita) Su familia	<b>Me acuso por torear coches</b>	Comprar mi despensa	Entre a la casa hogar Recordar sus Pérdidas. Querer ir con Manuel.
		Mi hijo y el papá de mi hijo El papá de mi hijo el pediatra		

Figura 2. La categoría familia en donde las partes sombreadas de manera más tenue indican los antecedentes a su instancia en el asilo mientras las más sombreadas su nueva relación con su familia.

La figura 3 permitió retomar desde su niñez, sus alumnos, su temporada de maestra y directora además de recordar experiencias de su labor en las oficinas de diseño sus problemas económicos y los trabajos actuales en la casa hogar.

La relación con su familia que le permitió auto-describirse con 29 años de trabajo. En donde 20 años se dedicó a ser profesora de segundo año de preescolar contando anécdotas de sus exalumnos o mamás de exalumnos que permitieron reafirmar que le encantó su carrera. A demás de dar coherencia a su narración sobre su puesto de directora frente a las maestras. Por otro lado sus problemas económicos que la llevaron a tener un contacto con Elba Esther y los trabajos que le asignaban en taller que contrastaba con los trabajos actuales y que permitieron que ella les mostrará a los entrevistadores su título de maestra y su fotos en los tiempos de su labor como maestra.

Figura 3. La categoría exclusiva de la señora Chayo.

CATEGORÍA	PALABRAS QUE LA CONFORMAN	QUE LA CONFORMAN
<b>Profesión</b>	<b>Relaciones</b>	<b>Cómo me veo</b>
<b>A su niñez</b>	Familia	29 años de trabajo 20 años con 2do de preescolar
<b>Mis niños</b>	Exalumnos	Son cosas que me encanta platicar Ame mi carrera
<b>Maestra Chayo Directora</b>	Mamá de exalumna Maestras	Estricta/ las maestras descuidaban a los niños
<b>Taller u oficinas de diseño gráfico</b>	Funcionarios de la SEP	Facilidad para hacer cositas
<b>Problemas económicos</b>	La novia de Choky (sic)	No me ayudo (Elba Esther)

*Figura 3.* La categoría profesión que demuestra las partes sombreadas más fuertes son de gran interés para Chayo pues representan una experiencia que la representa y de la cual permite relacionarse actualmente en la casa hogar mientras que las sombreadas tienen que ver con la historia que la llevo a su profesión.

#### **1.4 Análisis de resultados:**

Para la conversación que tuvieron con Chayo los temas más relevantes giraban en torno a tres categorías “vida en la casa hogar”, “familia” y “profesión” que se encuentran como relato dominante (Payne,2002), dado el carácter etimológico y sus sinónimos de la palabra dominar se plantea con un carácter positivo que permite tener una comprensión en las tablas 1 y 2 pues se demostró la repetición de estos temas dejando a la categoría “padecimientos” como un tópico de menor interés y menor descripción, por lo tanto Chayo no demostró un relato dominante ni saturado de sus padecimientos.

Así mismo las tablas demostraron una disminución en las intervenciones y en las descripciones (número de palabras) pues se había generado una comprensión clara de estos temas.

#### **Contracorriente en la institución social, salvando mi identidad.**

Empecemos con algo muy característico de Chayo cuestión que apoyaba el no dejar de ser Chayo sin formar parte de una normalización de la casa hogar que contenían características que guiaban a aceptar que sólo se tiene una manera de ver el nuevo lugar dónde vivía sin un sentido de pertenencia un lugar del que forman parte pero que no es de ellas como lo expone Lammgolia (2007; en Quintanar, 2010).

Chayo tenía consciente y demostró que la atención como: comida, compañía, la posibilidad de contar con la privacidad de un cuarto se podía alejar de la percepción negativa y rodeada de mitos sobre los asilos, o en este caso de la casa hogar. Pues lo hace demostrándolo en su cuarto que es personalizado es adornado con dibujos, fotos y con su despensa para sus gustos, que se unen con los recuerdos de sus experiencias tanto fuera de la casa hogar como dentro de ella, tal es el caso de fotografías de su familia o bien del evento de su reinado.

Esto demostró que su sentido de hogar que eligió, se expresó con ayuda de los medios (objetos) que lo vinculó con alguna fotografía o bien con la personalización de sus dibujos, estaba decorando a su propio gusto su espacio y a su vez lo reconocía como suyo, el lugar dejó de ser la prestación de un servicio de atención a la adulta mayor para transformarlo en lo que ella reconoce diciendo “mi

casa” y que se vincula con su decisión de entrar a la casa hogar por su propia cuenta.

Chayo declara una rebelión que es directriz en cómo vivía en la casa hogar desde plantear una postura (Dreier,1999) de no ser abuela, por no contar con un nieto, además que se diferencia con las otras adultas mayores con su poco cambio en sus fotos, es decir ,el estilo de belleza sigue de la misma manera pelo corto y delgada, bien arreglada aún para ir al desayuno, una actividad que muchas “abuelas” lo toman como un deber hacer común o las actividades normales para las que ellas no prestan atención a su cuidado personal, no es de su interés pero para chayo es un autocuidado cotidiano que sigue teniendo.

La casa hogar cuenta con una separación de género además de reglas como: salidas, espacios comunes, actividades dadas por personal de salud esto último demostró que la organización de la casa hogar se organizaba por un modelo médico-social similar a las instituciones gubernamentales como INAPAM y CEAMEG actividades como las que les enseñaban las enfermeras que no se unen directamente con su profesión pero que son consideradas adecuadas para su tiempo de ocio.

Cuando en el Hogar les decían “abuelas” tenían dos funciones primero el cumplir con una despersonalización, es decir, una descripción universal de los participantes en este caso los adultos mayores que son generalizados con la palabra “abuelos” (Foucault, 1979), y segunda la representación social que se tiene y el imaginario social (Bruner, 1990 y Gergen, 1992) que permite una relación diagonal y de diferencia. Cuestión que Liz y María no notaban pues aceptaban el concepto o simplemente no le ponían interés en recordar que podrían ser llamadas por su nombre más que por una generalidad.

Sin embargo Chayo está dentro de su casa con la diferencia de tener reglas en cuanto a comidas generales, horarios y actividades pero a diferencia de Liz que nunca mencionaba ir a una actividad o María que prefería estar en todas las actividades posibles Chayo recordó y relató las que tienen que ver con las manualidades que les enseñan las enfermeras pero además le funcionaban como presentes con sus relaciones generalmente con externos aunque también con las “abuelas” lo realizó, dándoles sus creaciones como regalos.

La narración del hogar contó con elementos para decir que esta es una institución total y que en suma se presentaba dentro de otra institución total pues con la frase que dice Chayo y es el emblema de los participantes del lugar o bien la primera membresía (Lave y Wenger, 2011) al decir “todos somos católicos” marcaba una diferencia que debía de cumplirse actividades y lugares cotidianos

dentro del asilo como contar con una capilla, orar e ir a misa. El asilo estaba permeado de la institución religiosa que intensifica el argumento de Chayo al decir “dios me trajo”.

Chayo se describía como atenta en actividades manuales poniendo más detalles siendo más meticulosa en sus creaciones cuestión que permitía fuese una especie de carta de presentación sus talentos artísticos y no otra cualidad como estar enferma o la expresión de su edad (Sacks, 2001) añadiendo a su creencia de que la memoria se ve más activa si describía de manera más detallada sus experiencias.

Todo esto permitía que Chayo se situara en un sentido no de una adulta mayor asilada o del asilo como lugar de última opción, sino presentaba su casa, cuestión mantenida por sus relaciones dentro del asilo como la de sus familiares que la visitaban y le decían al igual que sus compañeras “abuelas y abuelos” que se veía muy bien, que ella reflejaba describiéndose con atención en su carácter risueño, así como en notar una diferencia al subir de peso.

### ***Remembrando lo familiar en el ahora.***

En primera lugar parecía que las manualidades que hace en el asilo solo podía recordarle las actividades que realizaban con las enfermeras sin embargo, la conversación llevo a describir parte de su trayectoria de vida (Dreier, 1999) estas actividades que realizaba de manera cotidiana le permitieron correlacionar con su historia desde la enseñanza de su padre a ser voluntaria en la cárcel y enseñar su religión “católica”, así como la herencia de profesión de maestra que compartía con sus hermanas.

Esto se relacionaba con las actividades comunes que vive en la casa hogar pues las actividades que realizaba con las enfermeras son manualidades, y le permiten recordar su profesión o bien que con ayuda de una de sus hermanas aprendió a hacer cojines que le sirven para dar de regalo a otras abuelas, atendiendo a otro tipo de negociación con su pares y a otras actividades extras que podía realizar en su tiempo libre y no precisamente las actividades de la casa hogar que tienen programadas.

La casa hogar le recordó su paso por ser cristiana y dejar de serlo, para ahora ser una católica que iba a misa en compañía de su hermano, cuestión que también le permitió salir con uno de sus cuñados a la Villa, así la relación con su familia extensa se mostró más activa, el que sus familiares la vieran mejor permitió que la llevaran con gusto a eventos fuera de su casa (asilo) además de que no existía un total alejamiento de parte de la familia, es más este sentido permitía que Chayo tenga una manera diferente de ver y relacionarse con su familia.

La permanencia en la casa hogar le permitía verse diferente frente a sus familiares tanto en la nuclear como en la extensa que lo reflejaba con sentirse cuidada, con la posibilidad de contar con un transporte y apoyada no sólo con completar sus gustos y cuidados para controlar su gastritis sino con la organización económica, su asistencia a pasar lista en la supervivencia y controlar sus gastos además de poder pagar el servicio de la casa hogar.

Chayo se describió más que dependiente de su familia con la posibilidad de permanecer en su propio espacio que permitía que Chayo se sintiera capaz de tener nuevas experiencias, aprendizaje y con la posibilidad de subir de peso además de ir construyendo una identidad a partir de las actividades que le ofrece el asilo. El tema de la independencia es un tema que se puede plantear desde el sentido de la significación del asilo como su casa sumándole que Chayo nos describió sus hábitos de cuidado personal que no se limitaban por una idea cultural y esperada socialmente pues el asilo lo describió como un lugar semi-abierto con la posibilidad de contacto con el exterior tal como el asilo de Cuba y que permitió tener la posibilidad de que las relaciones interpersonales se ampliaran y que permitían un cambio en la idea de un enclaustramiento total por parte de un asilo.

Lo esperado socialmente desde una marginación familiar o bien esperando que Chayo se encuentre con varios padecimientos y hable de ello, no se refleja en sus narraciones como relevantes sin embargo ella habla de los padecimientos de sus hermanas más jóvenes, cuestión que se asimila con las estadísticas de enfermedades presentados por CEAMEG (2011).

De nuevo las fotografías son un objeto de cosificación y de experiencia en este caso le permitió recordar el por qué vendió su casa, después de perder a su hijo así como el por qué comenzaron con la negociación de entrar a la casa hogar pues la percibían como grosera y enojada además de torear los coches. Un objeto permitió una narración sobre la decisión que la llevó a su condición actual y a re-narrar lo cómoda que se siente con vivir en el asilo.

La gran diferencia con Chayo es la cuestión de verse como una mujer que vive en su propio hogar y no como una institución de la que depende o de la cual requiere su atención, se plantea no sólo una separación cuerpo-persona (Sacks, 2001) sino una separación persona-institución. En este sentido su familia la interpretaba con cariño y con inclusión en sus eventos tanto dentro del asilo y fuera de él como las comidas familiares la negociación descrita en sus narraciones de una de sus relaciones importantes se fortalecía y tomaba otro sentido.

La posibilidad de retomar una relación con su familia viviendo en el asilo le permitía que se relacionara con ellos desde otro punto de vista, pues está era su

hogar que le permitía tener una relación con su familia de apoyo y compañía partiendo de su propia decisión evitando sentirse dependiente y molesta con ellos.

La última categoría que tomaremos en cuenta es la de profesión, esta categoría es especial de Chayo pues tanto María como Liz no le prestan interés y no pertenece a su carta de presentación ante los demás es por ello que la incluimos.

### **Mi antigua carta de presentación está vigente.**

Siguiendo la idea de las actividades de la casa hogar y las que elige Chayo que son las referentes a las manualidades le permitía hacer un vínculo entre la historia de su profesión y los recuerdos permitieron que comenzará a realizar una narración con coherencia. Chayo nos describió la trayectoria de su profesión desde sus deseos en la infancia de ser maestra, su trabajo como educadora durante 20 años y permitieron ser maestra de segundo de preescolar, directora y pertenecer a la oficina de diseño gráfico para dar un resultado de 29 años de trabajo.

Cuestión que es re-narrada y mostraba la diferenciar de las actividades cotidianas en cada rol (educadora, directora y en la oficina de diseño) que permitió diferenciar sus relaciones. De directora cuando tuvo una discusión con sus compañeras maestras o en el taller en dónde su creatividad tenía que ser concluida por los materiales que tenían. Estas diferencias no se alejan de sus situaciones actuales como las discusiones con otras adultas mayores y su creatividad en las actividades del asilo que la narraba notando por los demás compañeros los detalles de sus creaciones.

Pero lo más repetitivo y con una descripción más precisa fue la experiencia con sus alumnos, es decir, el ser recordada como una maestra, esto me permitió decir que el recuerdo de una profesión no sólo es algo importante para los varones pues también para las mujeres es importante, en el caso de Chayo este es su carta de presentación ante el mundo “La maestra Chayo” e inclusive en el asilo las actividades en las cuales se destaca por ser más detallada un ejemplo serían en los colores y combinaciones de estos.

Esto es muy significativo porque justo Chayo decidió compartir con los entrevistadores y mostrarles su título y sus fotos cuando era maestra y directora que permitió que la narración de su historia tuviera un fundamento documentado que proporciona ser descriptivo de manera más y más detallada (Payne, 2002; White 1993).

Y lo planteado por el CEAMEG (2011) que demuestra un porcentaje muy mínimo de mujeres son pensionadas y tienen una ayuda económica en este caso Chayo demuestra que esta situación le da una mejor calidad de vida e inclusive con los trabajos actuales dentro del asilo le permite que su carta de presentación sea más que sólo una “abuela” de la casa hogar, sino ser una ex-profesora vinculadas a sus memorias de su trabajo que se mantienen en las manualidades comunes que realizaban en la casa hogar.

Cuestión que nos permite distinguir el tipo de sustento económico que tenía cada caso pues tanto Liz como María no cuentan con doble plaza ni el apoyo de sus familiares como lo describe Chayo esta situación apoya a su padecimiento que es gastritis pues la asistencia en su dieta y posibilidad de transporte además de las salidas fuera de la casa hogar aumentan el control de su padecimiento.

Tener esta solvencia económica y personal permite que se posicione como Chayo la maestra, no como Chayo la “abuela”.

## 2. Caso Liz.

Estas charlas se estructuraron con los 6 tópicos generales no obstante para Liz el hablar sobre sus padecimientos fue central y en segundo lugar la vida en la casa hogar. De la categoría de mayor extensión se presentó un interés y atención a su cuerpo aunado a charlar la cotidianidad del asilo.

Tabla 3.

*Número de intervenciones de cada categoría por sesión.*

Categorías/Sesiones	1	2	3	4	Total
Vida en la casa hogar	1	6	4	3	14 (2)
Familia	4	0	0	0	4 (4)
Pérdidas	1	0	1	0	2 (5)
Amistad	9	0	0	0	9 (3)
Independencia	1	0	0	0	1 (6)
Padecimientos	23	13	13	5	54 (1)

Nota: En la categoría de padecimientos es donde se encuentran más intervenciones, seguidas de vida en la casa hogar siendo la menos representativa la categoría de independencia, los paréntesis se refieren al orden jerárquico.

### 2.1 Análisis por comparación:

De las 6 categorías que se presentaron en la tabla 3, sobresale la categoría “padecimientos”, seguida por “vida en la casa hogar”, “amistad” y “familia”.

La primera sesión mostro mayor variedad de tópicos de conversación.

“Padecimientos” apareció en todas las entrevistas, pero en la sesión 1 tiene más conversación por todos mientras que en la sesión 4 disminuyó considerablemente.

Tabla 4.

*Número de intervenciones de palabras de cada categoría por sesión.*

Categorías/Sesiones	1	2	3	4	Total
Vida en la casa hogar	70	278	531	212	1091 (2)
Familia	176	0	40	79	295 (4)
Pérdidas	89	0	0	140	229 (5)
Amistad	333	0	0	0	333 (3)
Independencia	26	0	0	0	26 (6)
Padecimientos	524	2021	743	239	3527 (1)

Nota: Las palabras se contaron de la señora Liz y de Sil de las categorías, los paréntesis muestran el orden jerárquico.

## 2.2 Análisis por conteo de palabras:

En la tabla 4 se demostraba que las categorías “padecimientos”, “vida en la casa hogar” y “amistad” tienen las primeras tres posiciones por el número de palabras que ocuparon y en último lugar el tópico “independencia”.

Tanto “padecimientos” como “vida en la casa hogar” son constantes en las 4 sesiones para las categorías “amistad” e “independencia” sólo fueron relevantes en la primera sesión.

Mientras que ocuparon más palabras durante la segunda sesión.

## 2.3 Análisis semántico:

En la figura 4 se mostró el contenido de la categoría padecimientos formada por 8 subtemas desde su historia con los padecimientos en su infancia, sus dolencias, medicamentos e indicaciones, así como las instituciones en las que se atendía y

como este tema le hace hablar de otras personas cercanas a ella describiéndolas a partir de sus padecimientos.

Estos subtemas tiene una asociación con las relaciones en dónde aparecieron médicos, enfermeras y psicólogo “de planta” o de la misma casa hogar y los externos cuestión que atiende a lo esperado y descrito por Michael Foucault (1979) sobre las instituciones totales con la diferencia de tener profesionales de la salud externos al asilo.

Para la tercera columna demostró las actividades desarrolladas por cada relación en dónde se formaba la narración a partir de las actividades comunes. La penúltima columna se enfocaba al interés y descripciones sobre su cuerpo en los medicamentos e indicaciones nombrándolos y explicando el beneficio que le daban revelando una narración saturada de padecimientos.

En la última columna nos demostró una auto-descripción con una correlación de las columnas anteriores, en las que describió la interpretación sobre sus padecimientos.

Figura 4. Las características de la categoría padecimientos para Liz.

CATEGORÍA	PALABRAS	DE	DESCRIPCIÓN	RELEVANTES
Padecimientos	Relaciones	Actividades	Lo que pasa en mi cuerpo.	Lo que interpretó Liz.
<b>Mi historia clínica (infancia)</b>	Psicólogos (entrevistadores)	Conversar y recordar	Me enfermo a los 8 meses. Paludismo. Muchas enfermedades. Tengo varices. Mala circulación	L: Ya la amolamos. S: No le busquen por ese lado. Veracruz (lugar de origen) Me estaba yo muriendo. No había vacunas. Di el marranazo.
<b>Sordera</b>	S y entrevistadores	Decir que no entiende	Soy sorda	Estoy sordísima
<b>Instituciones de salud</b>	Médicos Enfermeras Terapeuta (Del Asilo)  Médicos (Angiólogo externo)	Curaciones Dar medicamentos. Poner rayo láser. Vendar.	Me talla con ganas. Me puso miel es muy buena. Cruz roja, Cruz verde, Hospital General, Hospital particular. Vendas de \$600, no mojar la pierna.	Una Lata. Casi \$800 semanales, voló mi dinero. El doctor de aquí no me cobra. Yo llevé todo menos jabón quirúrgico. Que el láser me lo de el geriatra no la terapista. Aquí hay uno que era médico militar. El angiólogo nuevo dice que

<b>Curaciones/ ulceras</b>	Enfermero Terapista Médico	Tallar Poner el láser	<p>Tengo una ulcera. Carne viva, sangre y ardor. Vena hinchada. Piel muy delgada. Poros abiertos y sale suero ahí se forma la ulcera.</p> <p>No hay circulación, nervios, nervios muriéndose.</p> <p>Tallan para sacar sangre.</p>	<p>no sirve el láser. Yo digo suero pero no sé, es agua, no huele feo.</p> <p>Tengo muerto todo esto (piel) No es que cierren sino que cicatricen. (La ulceras) No tienen palabra de honor, hacen lo que se les da la gana.</p> <p>Acabo llorando.</p>
<b>Mi cuello</b> <b>Medicamentos/ indicaciones</b>	Medicina externa/ terapia de cuello Médicos		<p>Tengo muy caída la cabeza.</p> <p>Milpar. Etrafon Crema cortisona. Analgésico. Gel. Aspirina Protec.</p> <p>No puedo estar sentada mucho rato. Tener pies en alto o caminar 10min.</p>	<p>Pero atrás el collarín se ve muy bien (no lo usa). Me aguanto sino pasa el efecto y tengo que tomar otro (paracetamol). (No toma el medicamento)No, lo mismo me siento aquí que allá. (pastillas) No les digo si gustan.</p> <p>Ahorita estaría con las piernas en alto.</p>
<b>Vista</b>			Veo doble	<p>Si en casa vieja todo son goteras y a mí ya se me cayó el techo. L: Si ella desafortunadamente está mal de su corazón, pulmones, rodillas. S:de todo y de los ojos</p>
<b>Padecimientos de otros</b>	Si	Conversar Comer		

L:Sil muy mal ahora en silla de ruedas y aquí se siente como cárcel

*Figura 4.* La descripción de la insuficiencia venosa, sordera y padecimiento de visión donde la parte sombreada de manera más tenue tiene que ver con la interpretación subjetiva que hace de su cuerpo y sus padecimientos, es decir demuestra la subjetividad de Liz mientras que la parte sombreada más fuerte forma parte de lo que se espera hable por estar en una institución total y así saturarse de padecimientos.

Se encuentran relatos de su vecina y amiga Sil por eso algunas ideas tienen una L: (Liz) y una S:(Sil).

La siguiente categoría más extensa es la de “vida en la casa hogar” reflejada en la figura 5. La primera columna contiene los subtemas que la componen, desde el contar con una vecina, tener señales en la casa hogar, platicar con los chicos que va a hacer su servicio, los espacios del asilo y el servicio médico.

La segunda columna describe los personajes o relaciones con las que tiene contacto desde Sil, los entrevistadores, las que llaman para la comida, el psicólogo, los médicos y enfermeras de la casa hogar. En tercer lugar se encuentran las actividades que realiza desde platicar, hasta escuchar la campana, leer o ver la tele en su cuarto.

Y como cuarta columna sus argumentos y descripciones de la casa hogar como un “No hospital” (Quintanar, 2010), la interpretación del psicólogo de planta y el por qué no le gusta que la separen de Sil en ninguna actividad común de la casa hogar.

Figura 5.El contenido de la categoría “Vida en la casa hogar” para Liz.

CATEGORÍA	PALABRAS	MÁS	RELEVANTES
<b>Vida en la casa hogar</b>	<b>Relaciones</b>	<b>Actividades</b>	<b>Cómo me veo y los veo</b>
<b>Vecina</b>	Sil	Comer juntas	No queremos que nos cambien de mesa ni nada. Uno viene desorientado a otro mundo y empiezas a hacer amistad y eso que de repente te lleguen a uno otros cómo que no.
<b>Señales</b>	Con las que llaman para la comida	Escuchar la campana	Sil le dice que ya tocaron
<b>Platicar con chicos que hacen servicio</b>	(entrevistadores)	Platicar	Me dejan ir a la enfermería tengo que poner una crema. Se van a morir de hambre. Ustedes son de locos.

<p><b>social.</b> <b>Servicio de psicología.</b></p>	<p>Psicólogo del asilo</p>	<p>Tiene un grupo. L: Tiene de psicólogo lo que yo de bailarina rusa. S: aquí no desempeña su papel. L: no le llamamos la atención. Platicamos de lo que no nos gusta (comida) S: sólo el sentir no puede hacer algo ni tiene el poder.</p>
<p><b>Espacios</b></p>	<p>Otras viejitas</p>	<p>El cable es para las viejitas con silla de ruedas. No todas cuentan con baño propio.</p>
<p><b>Servicios médicos.</b></p>	<p>Médicos Enfermeros</p>	<p>Aquí no es hospital si es muy grave van con especialistas. Enfermería. Un muchacho enfermero muy bueno. Aquí hay muchas envidias. Sala de terapia. Bicicletas, andadera Aquí faltan poleas.</p>
<p><b>Su espacio</b></p>	<p>Su cuarto</p>	<p>Leer Ver tele  Aquí uno tiene mucho tiempo.  Y yo no quería venir a una, así pensándolo no, jamás a un asilo, no pero ya no me quedo otro porque no tengo a nadie.</p>

Figura 5. La categoría “vida en la casa hogar” para Liz dónde se demuestran algunas características de la institución total (Foucault, 1979) destacadas con un sombreado de lado izquierdo, mientras que el sombreado más tenue tiene interés en la interpretación de las relaciones actuales de Liz aunado a una reflexión contundente sobre su estancia en el asilo.

## 2.4 Análisis de resultados:

Las tablas exponen una disminución en las intervenciones y en el número de palabras lo cual demuestra que tema de padecimientos no fue saturado pero sí dominante (White, 1993; Payne, 2002).

***Dominantes ulceras “No tienen palabra de honor. Hacen lo que les da la gana”.***

La señora Liz comienza narrándoles un padecimiento que es característico de las personas adultas mayores (SABE, 1999; en: Secretaria de Salud, 2001) la pérdida auditiva, con un comentario preventivo y a la vez descriptivo. Inició una

conversación con los entrevistadores condicionada pues las adultas mayores con este padecimiento requieren de un tono alto y claro de voz además de repetir algunos comentarios cuestión que se demostró en su narración, además para su amiga Sil le era fácil repetir las preguntas o indicaciones con un tono adecuado.

Desde el interés de los entrevistadores por saber sus padecimientos la señora Liz comenzaba a hablar sobre de ellos lo que la remitió de manera directa a su niñez y es aquí en dónde va recordando su trayectoria, en este caso no la de vida sino sobre sus padecimientos. Para la señora Liz la historia de sus padecimientos tenía un vínculo con su lugar de nacimiento Veracruz y con las condiciones sociales de esos tiempos como no contar con vacunas.

Los adultos mayores muestran un gran apego a sus historia pues a nivel orgánico la memoria a largo plazo está más concreta ( Graig, 1997;en Quintanar, 2010) y más estructurada, para Liz la atención y descripción sobre la trayectoria de sus padecimientos nos envió a las explicaciones de sus afectaciones desde al paludismo hasta la varicela.

Liz es el único caso que trae como tópico central y constante en las conversaciones sus padecimientos por lo tanto se podría pensar como un relato saturado, pero hablaría de una problemática de la cual no se podría salir, no habría más opciones, sin embargo, la señora Liz comienza a dar un descripción de lo que consta su principal padecimientos y de los más visibles que son las úlceras, debido a la insuficiencia venosa (IV) (Rodrigo y Villa, 2002). La manera en que detalla las características de la IV demostrando el color, la textura y el suero en suma el dolor que implicaban las curaciones, los medicamentos señalando la importancia de la cicatrización la insensibilidad y además la textura final, estamos entonces en una organización de un relato dominante (Payne,2002).

Se puede decir que existió una predisposición o bien una manera de ser disciplinada (Foucault, 1979) en cuanto a los medicamentos como: pomadas, gel y analgésicos sin embargo, por dos cuestiones que Liz planteaba se habla de una narración dominante por el padecimiento de IV. Primero el tratamiento para aliviar el dolor decide no tomárselo eligiendo hablar con los entrevistadores, cuestión que argumenta con “No, lo mismo me siento aquí que allá” además de reconocer que después le volverá a doler y tomaría otro analgésico. En segundo lugar eligió seguir charlando y aún con quejas que a lo largo de la conversación disminuyeron demostraba un control sobre esa situación, es decir existe una separación Padecimientos (cuerpo)- Persona (Sacks, 2001; Payne, 2002).

En una metáfora poética: eligió el dolor por lo interesante que le resulta poder volver a charlar con los entrevistadores.

En su narración se mostró un interés, atención e insistencia en personajes y condiciones que guían estas relaciones tales como: médicos, terapeutas, medicamentos, ejercicios y curaciones Liz nos explicaba que es estar “dominado por la padecimientos”. A lo largo de la tesis planteábamos lo positivo que puede llevar estar dominado y no saturado pues aunque es un tema de gran relevancia para Liz no se limita a elegir de manera automática sus respuestas, pues lo demostró una elección propia como no ponerse un collarín o bien no dejar que le administren miel. La narración se mostró flexible y con ello sus decisiones.

Las úlceras y curaciones son una narración dominante detallada y descriptiva por su constante aparición, que le permitieron elegir, en este caso Liz eligió la compañía y seguir contando su historia a los entrevistadores y aunque dice que a sus padecimientos hacen “lo que se les dé la gana” ella como persona tiene la última palabra para elegir, se describió entonces una separación cuerpo-persona alejándose de una visión totalmente médica que es importante para la organización y estructura de la casa hogar en donde habitaba.

Este es el único caso en el que sus padecimientos tienen una mayor descripción pudiera ser por su visibilidad de las heridas, rescatando que justo lo visible demuestra en sus relaciones interés en su padecimiento. Es decir, las conversaciones comunes van guiando a que narre sobre ello; pues inclusive explica la importancia de las personas con las que habla, pues demuestra que sus relaciones aun exteriores son con el orden médico a diferencia de Chayo que salía con sus familiares o a María que salía con su hija y nieta o con los voluntarios.

Y si sus relaciones son directamente con el orden médico son por ende de las que más nos platica, a diferencia de Chayo que salió más y estaba en algunas actividades de la casa y María que prefirió hacer todas las actividades posibles en la casa; por otro lado tenemos a la señora Liz quien nos describió las instalaciones y los personajes de salud que conformaban el asilo nos dio una visión interna de lo que podría ser una participación esperada en una institución total pues son sus únicas relaciones que puede tener ya que no tenía familia o amigos fuera del hogar es por esto que le ponía atención a su vecina Sil que significa un lazo diferente a los comunes con el orden médico.

A la señora Liz narro como importante sobre el olor de su suero como significativo pues finalmente sigue siendo una mujer que hace fundamental su apariencia frente los otros y que también se relaciona con su cuerpo para que no sea desagradable. Esto lo enfrenta de manera graciosa o como dice Tannen (1991) dando rodeos y suavizando sus comentarios que a los entrevistadores causan risa y que ella los toma muy en serio como “En casa vieja todo son goteras y a mí ya se me cayó el techo”.

Me hizo pensar que la importancia de la belleza en las mujeres adultas mayores cambiaba en su sentido pero que el significado y sus relaciones con los otros guían mucho para tomar sus elecciones como en el caso de Chayo que siempre trataba de tener un autocuidado mayor alentado por las demás abuelas mientras que Liz y María no les interesaba su belleza, es decir no les interesaba ser bellas pues son “abuelas” (Gergen,1992) pero sí lo que los otros pudieran pensar; en el caso de Liz que no pensaran que su padecimientos era desagradable y María le daba prioridad a sus actividades siendo obediente a lo que promovía el asilo.

### ***Costos de los padecimientos.***

Una cuestión importante de los padecimientos son los costos y la importancia del trato por parte del orden médico y las facilidades que tengan para el tratamiento. En este caso Liz nos demostró que es una asistencia importante que le pudieran hacer las curaciones en el asilo o que la tratara un médico geriatra, además de haber narrado los costos de las salidas, las vendas y de los especialistas.

Así que su única salida de Liz fue hacia el orden médico externo que ella evaluó y cuestionó para al final decir “mejor me lo gasto y me lo bailo”, es decir, la inversión en su salud ya no fue primordial pues prefirió tener las atenciones básicas y mejor gastar en otra cosa su dinero eligió su persona y no su cuerpo aprovechando los servicios que el asilo le daba y que sabe que podría controlar sus padecimientos.

En este caso tanto Chayo como Liz tienen la oportunidad de contar con dinero que les permite tener los recursos necesarios para sus gastos en las comidas ambas tienen una alacena con sus alimentos a parte de los de la casa hogar, mientras que María nunca habla de tener como parte de su cuarto un almacén para su comida.

Para la señora Liz el gastar en vendas y especialistas le fue obligando a empeñar sus cosas cuestión por la que decidió ya no hacerlo del todo. Esto demostró que lo que le sucedía al cuerpo de Liz y su interpretación no está sobresaliendo como central de sus decisiones.

### ***La historia con los actores del orden médico dentro y fuera.***

Para la señora Liz era muy importante saber qué es y de dónde vienen los profesionales de la salud saber de sus estudios y de ahí hacer una interpretación de diferencia, decidiendo si podía ser atendida por ellos o no, cuestión que se reforzaba con la estancia en la casa hogar. La señora Liz demostraba que mantiene muy limitadas sus relaciones a lo largo de las entrevistas nos hablaba

del ejercito de profesionales de la salud como médicos, enfermeras, terapeutas y psicólogos diferenciando únicamente Sil, pero que al final hace que se ocupe de los padecimientos también de Sil que son la parte interna e institucionalizada de lo que se piensa de los asilos con una organización biológico-médico.

Las salidas que describió Liz son para ver a otros especialistas del orden médico lo cual produjo que el interés de las conversaciones se centraran en el cuerpo y en sus cambios dejando de lado a la persona (Sacks, 2001) las actividades y las posibilidades de relacionarse con otras personas dentro del asilo.

***El ASILO una institución con orden médico y sus propios intereses.***

Llamarle asilo lo diferencia totalmente de lo que piensa Chayo como su hogar y de lo que piensa María como su estancia de descanso. Liz cortó de tajo completamente con el asilo como una estancia de servicio final, no como una elección sino como única solución por su historia de accidentes además de vivir sola, rodeada de gatos y de haber sido asaltada en su casa. Las mujeres adultas mayores estadísticamente vivirán más pero su calidad de vida es baja esto las obliga a depender de otros en este caso Liz lo demostraba por no poder vivir sola y tener atención médica que sabe ofrece este tipo de instituciones (Quintanar, 2010; Pérez y Velasco, 2011).

Una de las diferencias que indicaba Liz es que el asilo no es un hospital (Le François, 2001, en Quintanar, 2010) pues para padecimientos mayores debían de ir con sus especialistas, esta diferencia es resaltada por ella debido a que las charlas cotidianas en la casa hogar se daban con médicos, enfermeras, terapeutas por lo tanto prestaba atención a los aparatos de apoyo con los que cuenta el asilo tales como andaderas para atender a las necesidades de los adultos mayores. Liz nota que no cuentan con atención especializada uno de las principales premisas de la geriatría y gerontología es su carácter de especialidad y profesionalismo que en la casa hogar dadas las condiciones descritas lo suplén con el voluntariado.

La experiencia de la señora Liz y su interés sobre su cuerpo la hizo notar que lo único que le falta a ese espacio son unas adecuadas poleas cuestión que ni Chayo ni María notaban pues su interés se organiza a partir de sus actividades diarias.

Y una de sus actividades cotidianas es la atención con el psicólogo del asilo que Liz interpreta junto con Sil como irrelevante, inentendible y sin brindar un servicio pertinente pues dicen que no tuvo interés por ellas, ellas lo interpretan como una “discriminación” por no ser interesantes. Además de creer que no pueda cambiar cosas como la comida, pues ellas mencionaban que es una

cuestión más administrativa por lo que no le veían sentido a su práctica dentro del asilo y sobre todo se sienten marginadas por no ser escuchadas. A diferencia de lo que describe Hernández (2004) el psicólogo no tiene un papel relevante en el tiempo de ocio de las adultas mayores la descripción es por medio de charlas grupales para reconocer sus sentimientos y emociones que generan vivir en el asilo pero no tiene sentido para ellas mucho menos al no considerarlas como “interesantes” para hablar sólo con ellas una diferencia de la interpretación de las narraciones para terapia narrativa.

Esto tiene una relación directa con el reconocimiento múltiple de las narraciones y su uso pues las charlas grupales podrían demostrar un interés en ellos, pues socialmente más aún si ya no tienen familia además de las organización y estructura del asilo las conversaciones con otros no tienen atención en sus experiencias, historias, anécdotas y mucho menos en sus necesidades.

La señora Liz nos dio una vista de lo que es una institución total desde las señales de las campanas, los espacios que demuestran una arquitectura particular del asilo que junto con Sil toman importancia es la presencia de un baño propio cuestión que supongo los varones no le darán importancia pues la primacía del cuerpo y en los detalles de aseo personal (Souza y Oyanedel, 2008; Amuchástegui, 1997, 2001).

A diferencia de Chayo y María la señora Liz describió el servicio del asilo como una oportunidad de no estar sola, tener atenciones básicas y aceptarlas de tal manera que se está institucionalizando. Pues cuando refiere a sus relaciones interpersonales se interesa en sus padecimientos y en notar los cambios en sus cuerpos Es importante para Liz que el lazo de amistad que tiene con Sil se siga negociando y que en las actividades no las separen porque han construido una complicidad y una manera de relacionarse que no se tiene que adaptar como en el caso de ser repetitiva y tener un tono de voz adecuado para que la señora Liz escuche.

### **3. Caso María.**

En el caso de María fueron tres entrevistadoras por lo que las intervenciones y sobre todo los sobrelapamientos eran muy comunes a lo largo de las conversaciones. María demostró un estilo conversacional muy femenino, sin incomodidad por los sobrelapamientos (Tannen, 1991).

Mencionaba sentirse agradecida por las charlas y el interés a su historia diciendo: “yo les quería dar las gracias a ustedes de haberse molestado tanto en mí y de haber escuchado todas mis tonterías “.Esta frase nos da la oportunidad de mencionar la importancia de las adultas mayores por ser notadas y por hacer valer

las historias, el reconocimiento de las historias es el primer contacto social de consideración que las incluye y las vincula con los otros.

Tabla 5. *Número de intervenciones como comentarios, preguntas y afirmaciones que se extendieron de cada categoría por sesión.*

Categorías/Sesiones	1	2	3	4	5	6	Total
Vida en la casa hogar	16	--	14	27	56	42	155 (1)
Familia	17	--	5	14	12	9	57 (3)
Pérdidas	7	--	11	1	3	10	32 (4)
Amistad	0	--	0	0	15	0	15 (5)
Padecimientos	0	--	59	0	3	3	65 (2)

Nota: Se encuentran 5 categorías de las cuales sobresale “vida en la casa hogar” y “padecimientos”, sin embargo, la categoría tanto la categoría familia como pérdidas que ocupa la tercera y cuarta posición respectivamente demuestran estar presentes a lo largo de las conversaciones. Para la sesión dos no es audible por lo tanto se pudo obtener datos.

### 3.1 Análisis por comparación:

La categoría “vida en la casa hogar” se mostró constante en todas las sesiones por lo tanto es un tema central y de interés para María que indicó como más frecuente en las dos últimas sesiones, mientras que para la categoría “padecimientos” demostró un aumento considerable en la sesión 3 que sobrepasa a la categoría “vida en la casa hogar” cuestión que deja al tópico como el segundo más frecuente del total de las categorías.

Para el tópico de “familia” señala su mayor frecuencia en la sesión 1 y 4.

Tabla 6. *Número de palabras por cada sesión.*

Categorías/Sesiones	1	2	3	4	5	6	Total
Vida en la casa hogar	780	--	304	636	813	954	3487 (1)
Familia	583	--	177	553	190	266	1769 (2)
Pérdidas	108	--	246	82	98	532	1066 (3)
Amistad	0	--	0	0	413	0	413 (5)
Padecimientos	0	--	802	0	27	30	859 (4)

Nota: Se encuentran 5 categorías de las cuales sobresale vida en la casa hogar y padecimientos, sin embargo, la categoría tanto la categoría familia como pérdidas que ocupa la tercera y cuarta posición respectivamente demuestran estar presentes a lo largo de las conversaciones.

### 3.2 Análisis por conteo de palabras:

De las 5 categorías la más descrita es “vida en la casa hogar” seguida de “familia” y “pérdidas” que ocupó la tercera posición. Estas tres categorías se demostraban constantes en todas las sesiones y su preferencia en cada sesión.

La menos referida en la categoría “amistad” en la 5 sesión, mientras que en la tercera sesión el tópico más referido por palabras fue “padecimientos”.

### 3.3 Análisis semántico:

Si bien el tema más reiterativo es “vida en la casa hogar”, este tiene un sentido completamente diferente a lo que Chayo menciona como hogar, en la figura 6 encontramos tres columnas con 9 subtemas desde los eventos, salidas, comidas, enfermería, visitas hasta cosas como su accidente y su interpretación del asilo como un descanso.

Todas las columnas tienen una correlación desde las relaciones en donde refiere a los personajes con los que ejercía cada una de sus actividades cotidianas dentro de la casa hogar y que permitieron estructurar su interpretación.

Figura 6.El contenido de la categoría Vida en la casa hogar para María.

CATEGORÍA	LAS	PALABRAS	MÁS RELEVANTES
Vida en la casa hogar	Relaciones	Actividades	Lo que interpretó María
Descanso	Con las que le lavan la ropa, las que le dan sus pastillas, le dan de comer, etc.	Ir a las clases del asilo	No compromiso No comida No aseo No nada Siento paz y tranquilidad Vivir la época, vivir el día.
Eventos para ellos (villancicos) En salón de fiestas.	Estudiantes de escuelas. (ABC)	Cantar villancicos Bailes Tocar instrumentos	Distracción
Por ellos bazar y el desayuno.	Abuelos y abuelas	Antes empaquetar cosas para el desayuno. Ajora tejer cosas para el bazar y presentaciones del coro.	Apoyo al asilo. Me dan el estambre para tejer. Hay más mujeres

			Venden las madejas de estambre. Comprar cosas.
<b>Salidas/Compras</b>	Voluntarias y compañeras del asilo	Ir al cine/ Al casino A desayunar	Tengo más gastitos aquí aunque no parece. Aquí no salgo más que para morirme* Con otras me aflijo porque están muy malitas
<b>Enfermería (piso 11 y 12)</b>	Enfermeras	Cuidar de accidentes	Cuando se las llevan así no duermen nada y qué quien sabe qué mmm yo dormí perfectamente
<b>Comida</b>	Doctores	Se quejan mucho por la comida con grasa y chile	Pero yo encantada
<b>Visitas</b>	Familiares	Sábados y domingos Llamadas No a celular y no larga distancia.	Tener celular.
<b>Trabajo</b>	Donde pagan la renta del asilo.	Dar los recibos a sus compañeras	Conozco a todas
<b>Misas</b>	Padre Jesuita	Misas	Camino de Dios Feliz Por eso me gusta tanto aquí porque aquí a misa voy diario.
<b>Accidente</b>	Las compañeras de domino cubano Veladoras	Jugar domino y contar chistes.	Todas las compañeras se han portado muy bien conmigo. Me cambiaron un sillón y una silla para subir mis piernas.

*Figura 6.* La categoría “vida en la casa hogar” para María se basa en prácticas comunes, señalando de manera sombreada lo que coincide y apunta a una institución total (Foucault, 1979) mientras las marcadas más tenues son las que tienen que ver con María directamente, es decir, realzan la persona de María y no la participante de una institución (Lave y Wenger, 2011).

Debido a que esta categoría se describió de manera muy amplia se decidió dividirla en dos, ya en la figura anterior se mostró la parte de las prácticas comunes dentro del asilo, la figura 7 demuestra las ocupaciones que dan un interés completamente diferente a lo que postula Chayo como su hogar. Y se enlaza con la idea de interpretarlo como un lugar de “descanso” además de la

ocupación en su tiempo libre dentro de la casa hogar y su rol dentro de la institución.

Figura 7. El contenido de la subcategoría ocupaciones de Vida en la casa hogar para María.

CATEGORÍA	LAS	PALABRAS	MÁS RELEVANTES
Vida en casa hogar	Relaciones	Actividades	Lo que interpretó María
Ocupaciones	Voluntarias	Computación	Soy inquieta Muchas ocupaciones
(Clases)	Maestros y maestras.	Pokar	No me da flojera
	Estudiantes de enfermería	Bingo	Si me da sueño voy a computación
		Platicas con las voluntarias	No puedo con tantas
		Domino cubano	Son lindas las maestras
		Tejido	Hacer bromas
		Foto fija y Gimnasia	Ya no tiene uno interés en casarse o andar de novio
		Canto	Consentidas
		Manualidades	Traen todo el material
		Cine	Me la hizo una de las enfermeras (pulsera)
			Diversión
			Estoy muy contenta de tomarlas
			No nos gusta dejarla sola
			Nos hacen sentir que si hacemos algo
			Cuando entre que no teníamos tantas clases
Dar clase "catequesis"	"alumnas"	Reflexionar sobre la religión y sobre la muerte*	Estoy muy contenta El camino de Dios
		Platicar sobre la biblia	

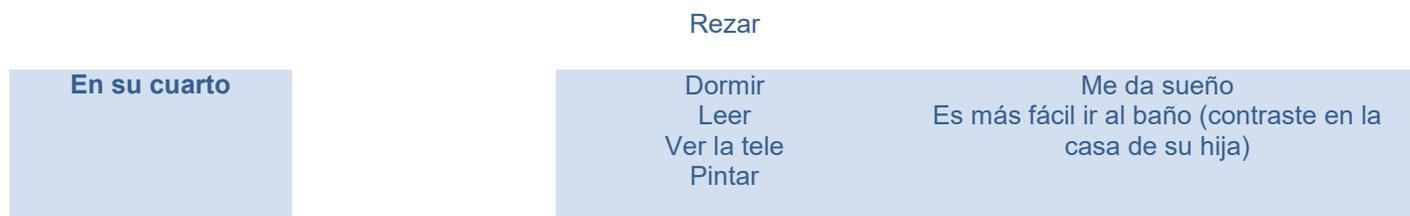


Figura 7. Las ocupaciones en la casa desde las clases a las que acude María hasta la clase en la que ella es la “maestra” además de darse la oportunidad de demostrar el por qué acude a tantas clases y no permanece en su cuarto destacándose con un sombreado tenue.

La siguiente categoría con mayor intervención por parte de las entrevistadoras fue la de “padecimientos” esta categoría a pesar de contar con más padecimientos que los otros casos no se reflejan con mayor atención a lo que sucede con su cuerpo y se demuestra en la figura 8.

Esta figura se compone de siete subtemas desde su historia clínica y sus múltiples padecimientos como: cataratas, tiroides, incontinencias, presión alta y baja, incontinencia y tos. En la segunda columna las relaciones que tiene por estos padecimientos las actividades en las que se presentaban lo que percibía en su cuerpo y en la última columna lo que interpretaba de toda esta correlación.

Figura 8. La descripción de la categoría padecimientos para el caso de María.

CATEGORÍA	LAS	PALABRAS	MÁS	RELEVANTES
Padecimientos	Relaciones	Actividades	Lo que pasa en mi cuerpo.	Lo que interpreta María.
<b>Mi historia clínica</b>	Amiga y compañeras del centro bíblico  Enfermeras del asilo. Neurólogo del seguro.	Operaciones Rodilla prótesis Quemar los cornetes Me operaron de un tabique que lo tenía chueco Accidente “me caí de risa”	Tengo una cicatriz.  Catarros continuamente.  Me pegue en las costillas y tengo un chichón en la cabeza	Recuperación de un mes. Cuidados  Pensaban que me había convulsionado. No llamarle a mi hija porque vive muy lejos.  Nos dan los medicamentos (enfermeras) Hasta que me den cita  Que se sube y se baja pero casi siempre la tengo
<b>Cataratas</b>	Seguro	Operarme		
<b>Presión alta y baja</b>				



### ***El descanso merecido.***

La vida dentro del asilo que describió María se basaba principalmente por cuestiones positivas empezando por la subcategoría de descanso en la que ella menciona un sentido que rompe el imaginario social de una casa hogar (Gergen, 1992). María se separó de las definiciones de ser adulta mayor, no sólo de un plano geriátrico o gerontológico sino que su narración atiende a la pérdida de responsabilidades, la capacidad de aprender y de compartir lo aprendido con otros pares.

Esta interpretación la argumenta con dejar de ser responsable de lavar la ropa, hacer comida y el aseo son palabras que difícilmente encontraremos en los varones (Souza y Oyanedel, 2008; Amuchástegui, 1997, 2001) porque no les representa un foco de atención alto, pero la señora María lo remarca pues se siente atendida, distraída, feliz además de sentirse libre de desplazarse.

Sin embargo el descanso que describió María no se trata de dormir todo el día o sólo ser atendida, se traducía en estar ocupada con sus clases e inclusive encontrarse un trabajo dentro de la casa hogar asistiendo a dar los recibos. Este tipo de actividades le permitía no limitarse a la participación (Lave y Wenger, 2011) que se esperaba dentro de la institución, además refuerza las relaciones que tenía dentro con sus pares, promoviendo conversar con todas sus compañeras que se diferenciaba de cuando ella entro y no tenían esas actividades ocupacionales.

Su narración nos mostró un antes y un después de la presencia de las ocupaciones pues antes sólo las ponían a tejer o bien a empaquetar dulces o azúcar para algún evento. Esto apoyó la idea de la organización y estructura de la casa hogar una diferencia muy acercada a lo que exponíamos con los asilos y los hogares (Zolotow, 2010 y Fernández, 2010), este asilo a pesar de ser particular ya comenzaba con los ideales del INAPAM (2015) acercados más a un “hogar”. Y al estar ahí de manera voluntaria y realizar todas las actividades María demostró ser disciplinada dentro de los ideales del asilo.

Las nuevas modalidades de participación que sí bien eran recibida con gusto por María se relacionaban con lo que pasaba en su cuarto y una razón por la que no pasa tiempo en el pues cuando permanece ahí le da sueño por lo que la posibilidad de ocuparse y dadas las actividades dentro del asilo las asume como una ocupación en la que se vincula con otro para pasarla bien.

No me imagino a María sin hacer alguna actividad pues en ese caso tendríamos otro tipo de narración. En contraste con lo que plantea Liz con el asilo e inclusive Chayo, María le dio el sentido de un descanso merecido en el cual sus

ocupaciones le hacían sentir que hace algo, sentirse feliz, distraerse pero sobre todo “vivir la época, vivir el día”. Las actividades no las veía como un control para sus padecimientos sino como una posibilidad en la que evita dormir todo el día.

Por otro lado la actividad de impartir una clase le permitió reflexionar en conjunto sobre procesos cotidianos dentro de la casa, como lo es la pérdidas de sus compañeros creando una proyección futura (Botella y Figueras, 2006) con otro sentido que les permite cambiar su postura (Dreier,1999) ante la situación en la que viven y que permite hacer una reflexión diciendo “ ya no salgo más que para morirme” pues a lo largo de las conversaciones no ve un lugar en el que pueda estar además de ahí no sólo por el servicio de atención sino por las facilidades de desplazarse sola y de realizar distintas cosas que disfruta hacer.

Finalmente cuando contó sobre el accidente que le permitió crear lazos más fuertes con sus compañeras tanto internas y externas al sentir su apoyo con el cambio de sillas y sobre todo en las demás clases, el valor de las relaciones tanto con sus pares como con sus maestras, cobró un sentido de importancia que permitió hablar de las practicas, sentimientos y pensamientos referentes a sus relaciones interpersonales más que de sus malestares y mejor optar por contar chistes para divertirse entre todos dejando de lado sus atención al cuerpo y al interés por atenderlo de este tipo de instancias especializadas.

### ***Eventos dentro de la institución total.***

La señora María nos describió un actividad que no escuchamos en los otros casos pues la participación de las habitantes del asilo en el evento del bazar, que es importante para que la casa hogar tenga un apoyo económico. Este tipo de eventos le permitió tener contacto y conocimiento sobre esta institución pues las escuelas que van a realizar presentaciones para ellas como el día de las madres bailar o bien cantar villancicos permitió que esta institución “cerrada” no sólo sea exclusivamente al orden médico pues el carácter semi-abierto permite que el contacto con otros posibilite construir relaciones interpersonales con otras personas.

Como habíamos planteado la casa hogar XX está incluida en otra institución total cuestión importante para María pues le permitió no sólo dar una clase de un tema del que sabe y ha estudiado, sino de hacer prácticas cotidianas dentro de la institución como es el ir a misa diariamente así su vida antes de pertenecer a la casa y de la que disfrutaba no cambió lo que reforzaba la comodidad de vivir dentro de la institución.

A demás de que las visitas del voluntariado las invitaban a salir del asilo desde el cine o bien a un desayuno con sus mismas compañeras diluyendo el

sentido de marginación de una institución total (Foucault, 1979) pero que al final dependía de la elección completamente individual pues aunque Chayo nos comentará de las invitaciones ella no asistía pues dependen de las negociaciones que se habían construido con estas relaciones (voluntarios).

La narración de su accidente hizo aparecer los servicios de los profesionales de la salud internos, en este caso las enfermeras y que a diferencia de la interpretación de las demás señoras María lo interpretaba con una opinión que describe como contradictoria, en poder dormir bien en el piso de enfermería una comodidad que la institución pretende ser normalizada pero que María nos da indicios que las demás lo toman con un sentido de incomodidad o miedo aunque sigan dentro de la misma institución. Por otro lado mencionaba disfrutar de la comida que le daban en la casa hogar a pesar de saber que no ayuda al control de sus padecimientos ni a los de la mayoría de sus compañeras.

Un evento cotidiano para el asilo y del cual la vida cotidiana fuera lo consideraría un evento extraordinario es la presencia de féretros en los pasillos que con ayuda de sus “alumnas” en su clase hablaban de esa situación y de las pérdidas de compañeros haciendo una reflexión y negociando un significado que mencionaba como un “ir de vacaciones”. En los demás casos el asunto de las pérdidas tan comunes les recuerda las personales desde sus maridos pasando por alguno de sus hijos, hermanos y padres pero que en este caso María y sus alumnas hablan de tal manera que ese tipo de eventos se traduzca a algo positivo.

### ***Obediencia por la institución no por convicción.***

La señora María mencionaba más de un padecimiento cuenta con lo descrito por Quintanar (2010) un paquete de padecimientos y con lo que demuestra el INAPAM (2015) desde incontinencia, cataratas, problemas de la tiroides y hasta de ánimo, esto último porque su doctora se lo da aunque ella no lo cree necesario.

María toma sus medicamentos número uno porque se los daba la enfermera cuestión que regulaba la institución (Foucault, 1979), aunque sí va por ellos al seguro, no recordó los nombres de los padecimientos que le afectan y ni siquiera tiene tan presentes los nombres de los medicamentos pero sobre todo no los narra demostrando que sean su carta de presentación, no se satura de su cuerpo y sus padecimientos.

María narró tener más tiempo en el asilo por lo que su disciplina se ha ido construyendo a lo largo del tiempo y ella ya la ha negociado describiéndolo al no negarse a tomar los medicamentos pero tampoco en saber y atender los padecimientos como lo más relevante en su vida.

A diferencia del control que narró Chayo de sus padecimientos María no le interesa más que cumplir con lo que le decía su doctora, en contraste a lo que planteaban Chayo y Liz, María demostró dudas pero sobre todo discusión en cuanto sus medicamentos pero estas no fueron resueltas, asegurando que se ríen de ella en lugar de explicarle justo esta parte el orden médico (Ortega-Ramírez y Domínguez, 2014) no permite una descripción real, no hay un por qué ni para qué, más bien se basan en ordenes o indicaciones a modo de receta sin explicar completamente el procedimiento y la relación con las vidas de las personas.

Para María no es importante tomarse una pastilla para el ánimo pues ella no considera tener un cambio o necesitarlo y en cuanto aparecen estos temas los cambia completamente a otro tipo de narración no es algo que le estructure su manera de verse el tema fue narrado como un tópico repetitivo pero no fue el central de sus auto-descripciones.

Este caso en definitiva no es un relato saturado ni dominante más bien se centraron en reconocer que tipo de padecimiento y su cotidianidad que se veía eclipsado por sus actividades, relaciones y posibles salidas que ofrecen dentro de la casa hogar.

### ***Análisis de resultados de la serie de casos:***

La hipótesis central de la tesis supone que a partir de las narraciones podemos encontrar elementos que nos ayuden a caracterizar la vida en el asilo como una institución total. En consecuencia, las auto-descripciones en forma de relatos, nos darían indicios sobre el proceso de normalización cotidiana –actividades, cuidados y tratamientos centrados en el cuerpo- donde los padecimientos sean el centro de su narración. Independientemente de la heterogeneidad de subjetividades o de estilos de vida al momento de entrar a un asilo suponemos se enfrentan a una institución total que moldeara a sus habitantes para que se normalicen con la vida diaria del asilo.

Este proceso incorporaría la creación de un deber ser, un Yo, en el que podrían desaparecer, o volverse secundarios, ciertos intereses, relaciones, comportamiento, actividades, hábitos, cuidados y tratamientos centrándose en el cuerpo y sus padecimientos.

Para una de las mujeres que tenía poco contacto con otras personas su relación y significación dentro del asilo cumple nuestra hipótesis dando una narración repetitiva de sus padecimientos en su auto-descripción e intereses frecuentes. Mientras que las otras dos mujeres no cumplen este tipo de hipótesis aunque vivan en el asilo y asuman la agenda de ocupaciones que se les tiene

prevista el significado de vivir en el asilo se construye de manera diferente y se enfocan en otros intereses dentro del asilo. Para una de las mujeres construir un hogar y una relación con su familia menos conflictiva y para la otra vivir en el asilo para estar atendida, aprender, divertirse y descansar. La hipótesis se cumpliría dependiendo de la condición y características en las que viva la persona.

Partiendo de las características de cada participante, todas con más de 75 años, pensionadas y con apoyo gubernamental que les permitió pagar un asilo privado en el que han permanecido más de medio año.

1. Una mujer sin familia fuera del asilo, con más de un padecimiento, sin ninguna visita al asilo y sin participación en las actividades ocupacionales que ofrecía la institución. Asistía con especialistas para que atendieran sus padecimientos. Con una relación de amistad con su vecina de cuarto.

Recordaba como central de sus auto-descripciones su trayectoria de padecimientos.

2. Una mujer que tenía contacto con su familia nuclear (hermanos) y extensa (sobrinos, cuñados, etc.) con la que salía para comidas y eventos familiares además de tener la visita de ellos dentro del asilo. Asistía a las actividades ocupacionales dentro del asilo que se relacionaban con a las manualidades y a los eventos comunes. Tenía contacto con especialista fuera del asilo. Le afectaba un padecimiento.

Recordaba su profesión constantemente al asociarla con las manualidades que realiza en el asilo.

3. Una mujer con contacto con su hija y nietos de vez en cuando salía a pasar un fin de semana con ellos y también iban a visitarla. Participaba en todas las actividades ocupacionales del asilo y a los eventos comunes. Realizaba una actividad ocupacional (catequesis) y ayudaba a entregar los recibos a sus compañeras. Hablaba de sus ocupaciones cotidianas y de sus relaciones interpersonales dentro del asilo.

La seriación de casos nos permitió encontrar narraciones de situaciones comunes que se viven en el asilo. Sin embargo las relaciones y actividades permitían construir un tipo de subjetividad que se expresa en la manera de narrar la vida en el asilo independientemente del proceso de normalización, esta normalización la vivían por medio de:

Horarios: agua caliente para aseo personal, hora de desayuno, horas de visitas, horario para la toma de medicamento.

Lugares comunes como: comedor, jardín (limonero), salón de fiestas, capilla, pasillos, piso de enfermería, consultorio médico, sala de terapias (andaderas, bicicletas, etc.) habitación con televisión de paga (cable).

Señales tocar la campana para las comidas en el comedor.

Actividades comunes como: misas, alimentarse, tener visitas de familiares, voluntarios o presentaciones de escuelas como bailables, villancicos, tocar instrumentos (en donde los habitantes tenían que ver o platicar) eventos como presentación de la clase de canto del asilo, el rey y la reina de septiembre, bazar y desayuno.

Lo cotidiano era platicar o realizar alguna actividad con los “chicos de servicio social” (sic) (generalmente enfermeras) o voluntarios, la presencia de féretros en los pasillos, las salidas del asilo al casino, cine o comidas que realizaban con voluntarios.

Todos estos elementos nos demostraron primero una estructura y organización que promovía la construcción de un cuerpo dócil a los objetivos del asilo planteando una cotidianidad que se describía como común y normal, este es un ejemplo del proceso de normalización que se refleja en una descripción de su diario vivir en el asilo sus actividades (como los hizo María, ver figura 6 y 7) y las relaciones que ahí tienen con todo el personal de la institución y con sus pares.

Estas mujeres nos recordaron la importancia de ser escuchadas del gusto por contar sus historias a otras personas que no pertenecían a la institución y que por medio de las conversaciones describieron de qué se trata realmente el papel de ser una adulta mayor en un asilo. Además de demostraron como la organización de sus actividades diarias impacta en la promoción de una activación que se ofrece de manera general, pero esta se ve más atraída por las mujeres que por los varones del asilo, este tipo de actividades les permite no sólo moverse sino

tener charlas o simplemente convivir con otras personas desde los propios pares (como Chayo y María, ver figuras 1, 6 y 7 ), voluntarios, trabajadores de la casa como: las que hacen la comida, recepcionista, etcétera independientemente de los profesionales de salud (Liz ver figura 5 )

Estas actividades ofrecían la posibilidad de relacionarse con los profesionales de salud, expertos en sus cuerpos, “rodeándolas” de manera

continua. Cuestión que podrían aceptar o bien oponerse a sus indicaciones, que promovían un control de padecimientos o bien la idea de una rehabilitación.

Estas tres mujeres nos hablaban de enfermeras, terapeutas, médicos y psicólogos profesionales con los que tiene relación cotidiana. Las actividades diarias y sobre todo las ocupacionales al ser opcionales permiten una decisión de disciplina dentro de la institución que cada una de ellas expresó de manera diferente pues no todas describen estas actividades.

## **DISCUSIÓN**

### ***El asilo y su interpretación desde la narración de 3 adultas mayores.***

Una necesidad básica para todos es la vivienda asociada al espacio, lugar y a su arquitectura está cargado de sentidos que permiten ir construyendo historias con sentimientos de pertenencia, independencia, posición social y económica. En otras palabras, “nuestro hogar”. La situación suponíamos que cambia cuando por diferentes razones, como quedarse solas, estar enfermas o vender la casa, tuvieron que abandonarla, moverse a un lugar más adecuado para ellas, para no incomodar a sus familias, teniendo su espacio y sobre todo sin perder su autonomía. Llegan a los asilos en donde se enfrentan a un proceso de normalización que se reflejaría en sus narraciones desde un espacio semi-abierto.

Los asilos son más poblados por mujeres y en este caso estas mujeres también se percataron que hay más población femenina y enferma. Todas ellas contaban con una limitación como mínimo, como la falta de visión o sordera además de otras limitaciones que presentó cada una de ellas. Formaban parte del 6% de mujeres con estudios superiores y que contaban con algún apoyo gubernamental, es decir, nos encontramos con una población que se puede sostenerse económicamente, ya que todas eran pensionadas y pagaban ellas el servicio de la casa hogar, que las ubicaba como profesionistas y se apoyan igualmente de programas gubernamentales como 60 y más. Todas con asistencia médica pública (CEAMEG, 2011; INAPAM, 2015). No obstante, Liz y Chayo asistían con especialistas.

Las narraciones de Chayo con su disciplina ante el control de padecimientos y María con seguir con los medicamentos o Liz realizándose sus lavados en las úlceras no era para tener un cuerpo joven o sano sino para enfrentarse a la situación de ser una adulta mayor en donde vivir en la casa hogar les fomentaba atender a su cuerpo sin perder su independencia y realizar actividades, así como tener aprendizajes nuevos además de poder aportar a la vivienda en el que ahora están por medio de cosas tejidas para el bazar y

empaquetar cosas que se vendían en el desayuno. Estaban formando una disciplina que promueve el asilo y su organización.

Las descripciones de las tres adultas mayores mencionaban características importantes de la vida cotidiana dentro del “asilo” de lo que se consideraba una institución total (Foucault, 1976) pues aunque se contaba con participación de otros especialistas o bien del voluntariado estos se enfocaban al cuerpo, las actividades descritas por Chayo y María no implicaban un esfuerzo motriz libre y la organización sobre el control de padecimientos y actividades de acuerdo a las características de los habitantes del asilo se toman desde un enfoque gerontológico pero resaltando el control de sus padecimientos el orden médico se planteaba como medular para la estructura de sus habitantes. Asuntos relacionados con la disciplina por medio de un cuerpo dócil, una distribución, el control de actividades, los medios del buen encauzamiento y la organización de la génesis se mostró descrita en los relatos de ellas (ver capítulo 1).

Esta casa hogar a pesar de ser un “hogar” comienza con despersonalizar a las adultas mayores llamando a todas y promoviendo que se hablen entre ellas como “abuelas”, este es la primera normalización de pertenecer a la institución totalitaria aceptarlo es someterse a las reglas internas, que despersonalizan a las adultas mayores, el nombre es nuestra primera carta de presentación, sin embargo la señora Chayo remarcó su diferencia diciendo “no, yo no soy abuela, yo soy Chayo”, esta es la manera en la que ella trasgredió al sistema de normalización no es una pieza más del asilo, ella es ella, defiende su persona no aceptando ser presentada por su cuerpo de “abuela”, esto parece que promueve que ella siga con sus hábitos de belleza.

Estas mujeres nos demostraban en sus charlas que la interpretación desde un modelo geriátrico (Pérez y Velasco, 2011; Allevato y Gaviria, 2008 y Guerrini, 2010) o biológico-médico que tenían socialmente antes de entrar al asilo no es un dictaminador de un inminente deterioro corporal que requiere depender de los más capaces pues las decisiones de ellas demostraban que es sólo una condición a la cual hacen frente cada persona que se encuentre en esta situación de diferentes maneras y con apoyo en sus relaciones interpersonales.

La propuesta de la estructura del asilo apoya la idea del control de sus padecimientos con ello las reglas de pasar a una hora a darles los medicamentos pertinentes sustenta una norma institucional que moldeaba una tipología de ser características de una Institución total se comienza un proceso de normalización que espera a un habitante con características particulares dándole relevancia a su deterioro corporal y no al habitante como persona.

En este caso el piso de enfermería y las consultas con el médico no tienen costo lo cual ayuda a muchas de sus habitantes con padecimientos considerados “leves” como una asistencia constante y cercana pero tal como lo demuestra la literatura ellas tienen padecimientos mayores que tienen que ver con sus historias y sus hábitos de cuidado así como estilos de vida en el pasado (Quintanar, 2011) un asilo con características de un modelo gerontológico atiende al control de padecimientos no a la prevención ni a la rehabilitación (Pérez y Velasco, 2011 y Hernández, 2009).

### ***Tópicos de conversación comunes de la vida en el asilo.***

La descripción y el sentido de vivir en un asilo estaban directamente relacionados con su decisión de vivir ahí y de sus relaciones interpersonales que construyeron dentro y fuera del asilo. Ellas nos demostraron algunas de las posibilidades de encontrarse en este tipo de vivienda. De los tres casos sólo Liz tenía como directriz el tópico de sus padecimientos hablando de ellos de manera repetitiva, su discurso era dominante (Payne, 2002; White, 1995) la casa hogar era un asilo al que ahora pertenecía por estar sola y sin ningún tipo de apoyo o red de apoyo, no contaba con ninguna relación interpersonal cercana fuera del asilo.

Por otro lado María y Chayo lo hicieron por decisión propia, para no estar en un lugar en donde estuviesen incómodas y que se pudieran desplazar de manera independiente la primera significando el asilo como un descanso en el cual era atendida y para la segunda un nuevo hogar. Debo resaltar que estas tres mujeres no dependían de sus familiares para pertenecer a la casa hogar pues con sus pensiones les alcanzaba para cubrir la instancia en el lugar, pero para las cosas tales como alimentos extras, transporte para salidas del asilo, eventos o reuniones fuera de la casa, salidas con especialistas, etcétera debían ser apoyadas o bien estaban restringidas por lo que les podía sobrar de sus pensiones.

Las habitantes de un asilo siguen con la posibilidad de decidir de manera libre desde las actividades de las que pueden ser partícipes, las relaciones interpersonales y atender o no la normalidad que es aceptable para la institución total por lo que transgredir sus ideales es posible.

Ya mencionábamos que Chayo no dejó de ser nombrada como ella quería además de que sus hábitos antes de entrar a la institución como su importancia en su presentación física sigue ejerciéndose al igual que ser detallada en sus manualidades que le permitió recordar su profesión de maestra.

Por otro lado tanto María y Liz no mencionan algún inconveniente con el ser llamadas “abuelas” pero también fueron transgresoras de la institución. La primera no enfocándose para nada en su cuerpo es más es un tema del que sabe, pero de que no se estructura todo su qué hacer común, más bien se constituyó por aprender cosas nuevas como computación, pasarla bien con las sus compañeras, reír, salir, dar una clase y jugar domino.

Liz pareciera que se enfocaba en sus padecimientos podría decirse que ella nos relata de manera muy descriptiva con tecnicismos médicos pero al momento de decidir, ella decidió seguir conversando y controlar o decidir el dolor, no se satura ni es dominada por el problema de estar afectada por un inconveniente a nivel corporal, pues su decisión no radica principalmente en su cuerpo sino en ella como persona y elige seguir charlando en vez de descansar y tomar una “analgésico”.

Eran parte del asilo sin perder la persona que son y que siguen construyendo, si bien las condiciones las enfocaban y guiaban a sus cuerpos, ellas son responsables de decidir si eso las estructuraba frente a ellas y a los otros.

Teníamos a tres transgresoras de una institución total en algún punto, sin embargo, también son parte de la institución total dentro de otra institución que es la religión católica, cumplen con los horarios de visitas, comidas, toma de medicamentos, salidas, misas, agua caliente para aseo personal; con las actividades como: bingo, computación, catequesis, etc. y eventos de los cuales deben ser partícipes como el festival de septiembre, el desayuno y el bazar de las que nos narraron como tópico más repetitivo.

Este tipo de características de cada uno de los casos abrió la posibilidad de pensar que el proceso de normalización al que se enfrentan las habitantes de un asilo no siempre tiene que caer en los fines y motivos de la institución.

Por otro lado una de las narraciones que encontramos de la señora Liz y de Sil fue referente al trabajo del psicólogo de planta pues la relación y las actividades que realizan con el dentro del asilo les permitieron que lo interpretaran como irrelevante además de sentirse marginadas argumentando que “no las encuentra interesantes”, este tipo de afirmación nos permitió recordar el qué hacer del psicólogo y sobre su postura ante este tema tan común como charlar que es

de uso antiguo por los psicólogos y desde la interpretación de la terapia narrativa, que por medio de la charla nos da material para asistir su narración, promoviendo la actualización de las narraciones de las adultas mayores para que

construyan un relato a futuro que se constituya de cuerpo-persona-identidad con el que se sientan a gusto y cómodas.

## **CONCLUSIÓN.**

*“Pues sí, vivir la época, vivir el día”*

*María*

En este caso encontramos tres historias que vivían en una situación similar y sin embargo tenían una experiencia diferente. El motivo de entrar a un asilo es fundamental para que tomarán una posición de cómo se vive dentro de la instancia así vemos a Chayo que no lo ve como asilo sino como su casa a María que lo ve como un lugar de descanso y de encontrar nuevas actividades y conocimientos y por ultimo tenemos a Liz que lo ve como un lugar en dónde no está sola y es atendida de sus padecimientos.

No solo los tres estilos son los únicos en los que las mujeres adultas mayores deciden a partir de encontrarse en una institución de atención al adulto mayor pero estas diferencias nos hicieron reflexionar sobre la representación social que se apropian las adultas mayores, el tipo de obediencia y su atención a su cuerpo que les permite representarse como Chayo “La maestra y reina”, Liz “Soy sorda y tengo úlceras que no tienen palabra de honor” y María “Vine a descansar y no me veo viviendo en otro lado”.

Las relaciones que contaban cada una de ellas es de gran interés pues a partir de ellas es como se va formando una postura una realidad (Dreier, 1999 y Shazer, 1999), es curioso que la única que se satura del ejercicio del orden médico es Liz pues su otra relación es Sil y parece que nada más, mientras que en las otras mujeres en sus conversaciones pudimos encontrar más nombres y otras historias.

La información del adulto mayor y su instancia en los asilos no mostraban más que la parte negativa descrita por carencia social o carencia de rol, sin embargo, cuando se siente activo en su grupo comienzan a tomar una postura diferente, no se trata de forzar al adulto a realizar actividades pero sí de escuchar su voz, cuando les dieron tiempo a estas mujeres de contar su historia y sus vivencias no sólo les permitieron re-narrarse sino ser activos con otros. Esta es una manera de actualizarse y crear nuevas relaciones interpersonales.

Inclusive las tecnologías les permiten estar en contacto con la actualidad en el caso de María que se acercaba a las clases de computación permite que esté de alguna manera acercada a un mundo social que no conocía, las actividades son excusas para comenzar a charlar con otros. Tanto Chayo como María nos recuerdan la capacidad del adulto mayor para aprender.

El asilo tiene muchas características de una institución total regulada con un orden médico que guía y limita a los participantes, para que en sus narraciones se muestre dominante o basado en sus padecimientos, esto no definió completamente el discurso de estas mujeres.

A pesar de que este hogar está cubierto de la institución de la religión católica es un tema que diferencia a los padecimientos sin enfocarlos como primarios.

Esta serie de casos nos permite enfocarnos en las relaciones que se describen pues a partir de ellas es en dónde las prácticas toman importancia y permiten separar el cuerpo de la persona (Sacks, 2001) se demuestran sus subjetividades sin ser eclipsadas por la institución o bien a partir un modelo biológico-médico de la interpretación de sus vidas.

Estas mujeres no se saturan ni son dominadas por sus padecimientos esto nos dice que la elección y las relaciones en las que nos desenvolvemos construyen nuestra atención, nuestra diferencia, nuestra realidad (Bruner, 2002; Anderson, 1991; Shazer, 1999), en lo que vivimos y por lo que queremos ser reconocidos por otros.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Allevato M y Gaviria J (2008). Envejecimiento. Educación Continua. Act Terap Dermatol (31) pp.154-162
2. Amuchástegui A. (2001) La navaja de dos filos: una reflexión acerca de la investigación y el trabajo sobre hombres y masculinidades en México .Revista de Estudios de Género. La ventana, Vol. II, Núm. 14, pp. 102e.
3. Amuchástegui A y Rivas M. (1997) Las construcciones culturales de la masculinidad. Letra S.
4. Andersen, T. (1991). El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona, Gedisa. Cap. 1,2 y 3.
5. Botella L y Figueras S (2006) Psicología y pensamiento posmoderno. Introducción. Argentina.
6. Bruner Jerome (1990). Actos de Significado. Más allá de la revolución cognitiva. Madrid, España. Alianza Editorial. 'Prefacio', pp. 11-14; Cap. 2"La psicología popular como instrumento de la cultura". Pp. 47-73.
7. Brunner, J (2002). La fábrica de historias. Derecho, Literatura, vida. Argentina. Fondo de Cultura económica. Pp:125-146
8. Campos-Nonato I; Hernández-Barrera L.; Rojas-Martínez R.; Pedroza-Tobías A; Medina-García C; Baquera S (2012).Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud Pública de México, 55 (2) pp.144-150.
9. Carr A (1998). Contemporary family therapy. Traducción de Felipe García Martínez. Universidad de Concepción. Colombia 20 (4) pp. 485-503.
10. Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG) (2011). Análisis de la situación de las mujeres adultas mayores en México, así como las políticas públicas federales orientadas a su atención
11. CONAPRED-INAPAM, (2011) "Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, ENADIS 2010. Resultados sobre personas adultas mayores", México.
12. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de desarrollo Social (CONEVAL) Hernández Licona Gonzalo (s/a)
13. Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación
14. Cortázar J (1963) Rayuela.
15. Díaz R. (2007). El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista.
16. Dreier, Ole (1999). Trayectorias personales de participación a través de contextos de práctica social local. Psicología y Ciencia Social. Fes Iztacala.

17. Fernández Garrido J. (2010). Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. (Tesis doctoral) Universidad de Valencia. España.
18. Foucault M. (1979). Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión. Ediciones Siglo XXI. Argentina
19. Gergen K. (1992). El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. Ediciones Paidós. Barcelona
20. Gergen, K. (2005). Construir la realidad. Barcelona: Paidós.
21. Guerrini E. (2010). La vejez su abordaje desde Trabajo Social. Margen 57(57) pp.1-11.
22. Hernández Z. (2004). La participación del psicólogo en la atención a la salud del adulto mayor. Enseñanza e Investigación en Psicología, 9 (2), pp. 303-319.
23. Hospital General (s/a) Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en oftalmología. Cataratas.
24. INAPAM (s/a) Modelos de atención gerontológica.
25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Consultado 20-11-2014 en <http://www.negi.org.mx/geo/contenidos/geodesia/default.aspx>
26. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)(2015) Situación de las personas Adulta Mayores en México
27. Lave y Wenger (2011). Aprendizaje situado participación periférica legítima.
28. Leech N. & Onwengbuzie A. (2007). An Array of Qualitative Data Analysis Tools: A Call for Data Analysis Triangulation. School Psychology Quarterly 22 (4) pp. 557–584
29. Navarro A y Botija P. (s/a) Insuficiencia Venosa y varices. Grupo de Trabajo de Enfermedades Cardiovasculares de la SVMFiC.
30. Nietzsche .Ecce Homo. 2004. Buenos Aires: Editorial Losada.
31. O'Hanlon B (2001) La terapia narrativa y la tercera oleada de la psicoterapia en: "Desarrollar Posibilidades" Terapia Familiar.
32. Organización Mundial de Salud concepto de salud .Florera F (OMS) en: [http://concepto.de/salud-segun-la-oms/\(29/09/14\)](http://concepto.de/salud-segun-la-oms/(29/09/14))
33. Ortega-Ramírez R. (2014) "Michel Foucault y Michel White: La representación del Yo y de la enfermedad en la narración. ¿Qué hacer desde la terapia narrativa? ". Ciclo de conferencias del Taller de Tesis "El enfermo crónico, la narración y re-narración de una trayectoria". PROSAP, UNAM-FES Iztacala. Junio-Julio del 2014.
34. Ortega-Ramírez R. (2014) "Michel Foucault, el orden médico y la obediencia en los relatos de los enfermos: una interpretación de Vigilar y Castigar". Ciclo de conferencias del Taller de Tesis "El enfermo crónico, la

- narración y re-narración de una trayectoria. PROSAP, UNAM-FES Iztacala. Junio-Julio del 2014.
35. Ortega-Ramírez R. y Domínguez-Sandoval G. (2014). El enfermo crónico, la narración y re-narración de una trayectoria. Taller de Tesis. PROSAP, UNAM-FES Iztacala. Junio-Agosto del 2014
  36. Oxford Dictionaries Language matters (2016) consultado en: <http://www.oxforddictionaries.com/es/definicion/espanol/institucion>
  37. Payne M. (2002). Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales. Ediciones Paidós.
  38. Pedraza Z y Delgado M (2006). El déficit de audición en la tercera edad. Revista de la Facultad de medicina UNAM 51 (3) pp.91-95.
  39. Pérez y Velasco (2011) Actitud ante la muerte en ancianos que se encuentran en asilos del INAPAM. (Tesina para diplomado en tanatología) Asociación Mexicana de Educación Continua y a distancia A. C. y Asociación Mexicana de Tanatología A. C. México.
  40. Quintana, E; Fajardo, V; Rodríguez-Antolín, J; Aguilera, U; Martínez-Gómez, M. (2009) Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. Salud en Tabasco, (15) 1, pp. 839-844.
  41. Quintanar Guzmán A (2010) Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango Hidalgo: A través del instrumento WHOQOL-BREF (Tesis de pregrado) Escuela Superior Actopan. Hidalgo.
  42. Ramos R (2001). Narrativas contadas, narrativas vividas. Un enfoque sistémico de terapia narrativa. Paidós. Barcelona.
  43. Real Academia Española en línea REA enfermedad en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=QwYKkYnFODXX2X8MsEdD>
  44. Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española .Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
  45. Rodrigo P. y Villa E. (2002). Insuficiencia Venosa crónica .Guías clínicas; 2(21), pp.1-4
  46. Sacks, O. (2001). El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. Editorial Anagrama
  47. Secretaría de Prevención y Protección a la Salud. Programa de acción Atención al envejecimiento (2001).
  48. Shazer S (1999). En un origen las palabras eran magia. Editorial Gedisa. Barcelona
  49. Soca M y Sarmiento Y (2009) Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. Temas de salud. 20(3) pp: 92-100.
  50. Souza D y Oyanedel R (2008) La imagen de la mujer en la TV. Consejo Nacional de televisión. pp: 1-17.
  51. Tannen, D. (1991): ¡Yo no quise decir eso! Cómo la manera de hablar facilita o dificulta nuestra relación con los demás, Paidós.

52. Valdivia R. M (2011). Gastritis y Gastropatías. Revista de gastroenterología Perú. 31 (1) pp.38-48
53. White M. y Epston D. (1993). Medios Narrativos para fines terapéuticos. Ediciones Paidós.
54. WordReference sinónimos (2014). Consultado en: <http://www.wordreference.com/es/>
55. Zolotow D (2010) .Hogares de ancianos, transformaciones posibles para un buen envejecer. Revista debate público reflexión servicio social pp. 87-92