

Hitos Demográficos del Siglo XXI: **Envejecimiento**

Tomo II

Pablo Jasso Salas
Bernardino Jaciel Montoya Arce
Adán Barreto Villanueva
Tomás Serrano Avilés
(Coordinadores)



Hitos Demográficos del Siglo XXI: Envejecimiento

Tomo II

Pablo Jasso-Salas
Bernardino Jaciel Montoya-Arce
Adán Barreto-Villanueva
Tomás Serrano-Avilés
(Coordinadores)

DIRECTORIO

*Universidad Autónoma
del Estado de México*

*Gobierno del
Estado de México*

Dr. en D. Jorge Olvera García
Rector

Dr. en Ed. Alfredo Barrera Baca
Secretario de Docencia

Dra. en Est. Lat. Ángeles Ma. del Rosario Pérez Bernal
Secretaria de Investigación y Estudios Avanzados

M. en D. José Benjamín Bernal Suárez
Secretario de Rectoría

M. en E.P. y D. Ivett Tinoco García
Secretaria de Difusión Cultural

M. en C. I. Ricardo Joya Cepeda
Secretario de Extensión y Vinculación

M. en E. Javier González Martínez
Secretario de Administración

Dr. en C. Pol. Manuel Hernández Luna
Secretario de Planeación y Desarrollo Institucional

Mtra. en Ed. A. Yolanda E. Ballesteros Senties
Secretaria de Cooperación Internacional

Dr. en D. Hiram Raúl Piña Libien
Abogado General

Lic. en Com. Juan Portilla Estrada
Director General de Comunicación Universitaria

Lic. Jorge Bernáldez García
Secretario Técnico de la Rectoría

M. en A. Emilio Tovar Pérez
*Director General de Centros Universitarios
y Unidades Académicas Profesionales*

M. en A. Ignacio Gutiérrez Padilla
Contralor Universitario

Dr. en S. Bernardino Jaciel Montoya Arce
*Coordinador del Centro de Investigación
y Estudios Avanzados de la Población*

Dr. Eruviel Ávila Villegas

Gobernador Constitucional

Mtro. Efrén Tiburcio Rojas Dávila

Secretario General de Gobierno

Lic. Elizabeth Vilchis Pérez

Secretaria de Desarrollo Social

Mtro. Adán Barreto Villanueva

Director Ejecutivo

*Consejo de Investigación
y Evaluación de la Política Social*

Primera edición, mayo de 2014

Hitos Demográficos del Siglo XXI: Envejecimiento. Tomo II

Jasso-Salas, Pablo, Bernardino Jaciel Montoya-Arce, Adán Barreto-Villanueva y Tomás Serrano-Avilés (Coords.)

Esta obra fue dictaminada en la modalidad revisión por pares académicos doble ciego, tal como lo establece el Reglamento Editorial de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Universidad Autónoma del Estado de México

Av. Instituto Literario 100 Ote.

Toluca, Estado de México

C.P. 50000

Tel. (52) 722 277 38 35 y 36

<http://www.uaemex.mx>

direccioneditorial@uaemex.mx



Esta obra está sujeta a la licencia Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. Puede ser utilizada con fines educativos, informativos o culturales, siempre que se cite la fuente. Disponible para su descarga en acceso abierto en: <http://ri.uaemex.mx>

Citación:

Jasso-Salas, Pablo, Bernardino Jaciel Montoya-Arce, Adán Barreto-Villanueva y Tomás Serrano-Avilés (Coords.) (2014), *Hitos Demográficos del Siglo XXI: Envejecimiento*, Tomo II, (ISBN: 978-607-422-539-6), México, Universidad Autónoma del Estado de México.

Imagen de portada: Paulino Osorio Montaña

ISBN: 978-607-422-539-6

Cuerpos Académicos participantes:

- *Estudios de la Población*, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, Universidad Autónoma del Estado de México
- *Derecho, Sociedad y Cultura*, Facultad de Derecho, Universidad Autónoma del Estado de México
- *Desarrollo económico social y regional con énfasis en el Estado de México*, Facultad de Economía, Universidad Autónoma del Estado de México
- *Dinámica demográfica en Hidalgo*, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población (CIEAP)

Paseo Tollocan s/n, Ciudad Universitaria, Toluca, México, C.P. 50100, Tel.

(01722) 2 15 71 11 y 2 15 36 66.

Correo electrónico: pepelescieap@hotmail.com

Consejo de Investigación y Evaluación de la Política Social (CIEPS)

Av. José María Morelos núm. 1222, col. San Bernardino, Toluca, Estado de México, C.P. 500080, tel. (01 722) 214 25 82 y 2 14 25 93

cieps@edomex.gob.mx

Contenido

<i>Presentación</i>	7
Parte 1. Proceso de envejecimiento	
Procesos de envejecimiento y estilos de vida <i>Felipe Roboam Vázquez-Palacios</i>	13
Cuba: cómo y dónde envejecer. Desafíos a la política social <i>María Elena Benítez-Pérez</i>	25
Vejez y proceso de envejecimiento entre los zoques de Chiapas <i>Susana Villasana-Benítez</i>	41
Envejecer exitosamente: un reto demográfico actual <i>Areli Ivonne Fuentes-Soriano, Catalina Soriano-Reyes y Moisés García-Rosete</i>	55
Uso de la red entre los adultos mayores en el Centro de Pensionados del ISSEMyM Toluca <i>Tania Morales-Reynoso y María de Lourdes Morales-Reynoso</i>	73
Parte 2. Envejecimiento y salud	
Los achaques y las enfermedades crónicas en la vejez <i>Laureano Reyes-Gómez</i>	95
Los retos de la atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas <i>Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte, María Guadalupe Ruelas-González, Hortensia Reyes-Morales, Sergio Meneses-Navarro y Maritza Alejandra Amaya-Castellanos</i>	113
Evaluación de salud y estado nutricional de adultos mayores en tres poblaciones indígenas de Jalisco <i>Carlos Villarruel-Gascón</i>	133
Tejiendo los factores de vulnerabilidad en la vejez desde una casa hogar <i>Violeta González-Acosta</i>	151

Presentación

El proceso de envejecimiento de la población es una de las tendencias demográficas que presentan las sociedades del mundo en pleno siglo XXI. Este proceso demográfico trae consigo repercusiones multidimensionales en la sociedad y es un fenómeno que no puede ser ignorado, por lo que es momento de reflexionar acerca de lo que depara el futuro demográfico en América Latina y México. Es motivo de estudio que en nuestro país la población de 60 años o más alcanza algo más de 10 por ciento del total de la población. Inclusive, según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se espera que para el año 2030 el porcentaje sea de 14.8 y para 2050 algo más de 21 por ciento. En este proceso ha jugado un papel determinante el incremento de la riqueza social que se manifiesta en la mejora de la alimentación y la medicina. Factores que han contribuido al aumento de la esperanza de vida y en consecuencia de la longevidad, que es uno de los mayores logros de la humanidad.

Dicho lo anterior, podemos decir que en pleno siglo XXI la población tiene una vida más prolongada debido a la mejora en los adelantos médicos y atención en salud, educación y en lo relativo al bienestar económico. Sin embargo, el envejecimiento poblacional lleva consigo desafíos políticos, económicos, sociales y culturales. Dar cuenta de este proceso social ha requerido y seguirá requiriendo de investigaciones y estudios que expliquen los factores determinantes que confluyen en esta circunstancia y aporten elementos para abordar de la mejor manera los aspectos que tienen que ver con la calidad de vida en esta última etapa de la existencia de las personas. Esto convierte al envejecimiento demográfico en un asunto de Estado. Sin duda estos procesos de cambios demográficos están transformando el panorama social que habrá de modificar las políticas públicas hacia estos grupos de edad.

Los trabajos que aquí se publican obedecen a la preocupación que sobre el tema tienen académicos e investigadores de universidades e instituciones nacionales y de otros países de América Latina, así como de organismos gubernamentales relacionados con políticas públicas. Los trabajos se han organizado en cuatro secciones temáticas. En el Tomo I, se abordan los temas de Economía y Envejecimiento y Política Social. En el Tomo II se estudian las temáticas relativas al Proceso de Envejecimiento y Envejecimiento y Salud.

En términos generales, los trabajos presentados en el Tomo II coinciden en señalar las consecuencias del envejecimiento y los retos en cuestión de salud y asistencia social que enfrentará la agenda de la política social.

En la sección relativa al proceso de envejecimiento, en el trabajo de Felipe Vázquez, se analizan los estilos de vida de los adultos mayores a partir de la perspectiva social y cultural, resaltando la capacidad que tiene esta población de procesar la experiencia social y diseñar y organizar respuestas ante las condiciones de la vida más adversas que les ha tocado vivir.

Como menciona el autor, el texto intenta reivindicar los estilos de vida como piedras angulares para el análisis de las transformaciones sociales, con las que se puedan examinar el “cómo”, el “para qué” y el “por qué”. Las personas ancianas buscan asir cognitivamente y organizativamente las situaciones problemáticas que enfrentan: la pérdida de la salud, la soledad, la falta de apoyo económico y social, entre otras, que generan implicaciones físicas y sociales y provocan pérdida de autonomía y de autoestima, mermas del estatus social, de autoridad, de control, bienestar y satisfacción.

Por su parte, María Elena Benítez analiza el envejecimiento para el caso de Cuba, examinando la transición demográfica de ese país para explicar el envejecimiento demográfico y sus consecuentes efectos. Destaca que parte de los retos de los años venideros conducen inexorablemente a un cambio en las necesidades y las obligaciones de los miembros de la familia en cuanto a los cuidados de la población envejecida. Explica además que las políticas formuladas deberán estar dirigidas al apoyo de las familias para fortalecer su capacidad de atender la dependencia ante la presencia de algún adulto mayor en el seno familiar, considerando las diferencias de género y generacionales.

Susana Villasana Benítez analiza la vejez y el proceso de envejecimiento de los zoques de Chiapas. Su trabajo busca entender y explicar la vejez en contextos indígenas. Estudia la cultura zoque de la vejez buscando interpretar la gradación de la edad desde la perspectiva indígena, el rol

social de los viejos, las virtudes y los estigmas que implican ser viejo en la sociedad zoque.

Asimismo, entre sus hallazgos menciona que cada vez es mayor el número de hogares con jefatura de mujeres ancianas y otro tanto de mujeres que viven solas y viudas, entre otros muchos criterios que las siguen haciendo invisibles en los estudios sociales. Los pueblos indígenas no cuentan, hasta ahora, con modelos de atención geriátrica y gerontológica que consideren los aspectos socioculturales de la etnia. Por ello, la autora recomienda una serie de políticas y programas de atención a la población adulta mayor zoque.

En la sección envejecimiento y salud, Laureano Reyes Gómez busca dar respuesta a la pregunta ¿cómo afrontan las personas de edad avanzada los problemas de salud propios de la edad? particularmente en contextos rurales indígenas, donde la carencia de servicios médicos es el común denominador de los pueblos marginados y pobres. El autor concluye mencionando que la vejez no es una enfermedad, ya que alcanzar edades avanzadas es cada vez más común. En el proceso salud-enfermedad y atención del anciano habrán de trabajar en forma conjunta médicos tradicionales, médicos alópatas y geriatras, para atender en forma integral al anciano.

Blanca Estela Pelcastre, Guadalupe Ruelas, Hortensia Reyes, Sergio Meneses y Marytza Alejandra Amaya, presentan un análisis de la atención en salud de los adultos mayores en zonas indígenas, estudio que integra la triangulación intra-método, que es la combinación de técnicas de levantamiento de información bajo una misma perspectiva de estudio, utilizando como herramienta de análisis entrevistas semiestructuradas, descripción etnográfica de las comunidades indígenas y revisión documental de indicadores sociodemográficos y modelos existentes para poblaciones indígenas.

Carlos Villaruel presenta en su estudio un diagnóstico sociocultural de los adultos mayores indígenas en el Estado de Jalisco, en el cual enfatiza las condiciones de vida de la población indígena, mediante la percepción de salud, el estado nutricional y las redes semánticas naturales, es decir, la descripción de los significados que construye el adulto mayor sobre su experiencia vital.

Además, encuentra en las experiencias de vida de ese grupo de población formas diversas de discriminación, exclusión y abandono, así como condiciones extremas de pobreza, deterioro de salud y riesgo nutricional, por lo que el estudio puede ayudar a la implementación de políticas públicas, desarrollando nuevos proyectos de atención, favoreciendo una distri-

bución equitativa del gasto social del gobierno en beneficio de la población desprotegida, como el caso de los adultos mayores indígenas.

Violeta González realiza un análisis antropológico de los factores que hacen que la población adulta mayor esté en vulnerabilidad social y económica y la ha llevado a residir en una casa hogar. Entre los resultados sobresalientes aparece el encierro que sufren los ancianos en el asilo, donde padecen pérdidas morales, materiales y físicas.

Por último me permito expresar mi reconocimiento a la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de México y al Consejo de Investigación y Evaluación de la Política Social, por su apoyo en la edición de este libro.

Bernardino Jaciel Montoya-Arce

Parte 1
Proceso de envejecimiento

Procesos de envejecimiento y estilos de vida

Felipe Roboam Vázquez-Palacios

*Centro de Investigaciones y Estudios Superiores
en Antropología Social-CIESAS Veracruz, México*

Introducción

En las últimas décadas se ha generalizado mucho el concepto de estilos de vida en las Ciencias de la Salud, la Educación, la Economía y las Ciencias Sociales, configurándose como la base de la información desde la cual se debe partir o como el eje desde donde se deben plantear líneas de acción en políticas públicas y programas de gobierno.¹

En Psicología, la consideración de los estilos de vida es dispersa. El concepto lo usó por primera vez Adler en 1933 en el psicoanálisis, para denotar la totalidad de motivos, rasgos, intereses y valores que son únicos en la persona y que dirigen el comportamiento. En 1970, los estilos de vida son considerados en relación con la orientación profesional, el género, el estilo de vida familiar, en la comparación de estilos de vida con drogadictos, así como en la formulación de manuales para la modificación de estilos de vida a través de vías formales (Mayo, 1999). Algunos trabajos proponen que los estilos de vida poseen una estructura latente (conocimiento, actitudes) y una estructura manifiesta (un comportamiento abierto, Vlek, 1994; citado por Heijs, 2009); otros más, ven el concepto como totalidad de actividades, intereses y opiniones en conjunto con los productos y servicios preferidos (Poiesz y Raaij, 2002, citado por Heijs, 2009). Asimismo, los estilos de vida son analizados como el resultado de valores y triunfos que permiten apreciar las posesiones, los contactos sociales, los logros. La mayoría de estos trabajos están preocupados por encontrar los factores

¹ Giddens (1991), observa que los estilos de vida no solamente satisfacen las necesidades utilitarias, sino también dan forma material a una narrativa particular de identidad propia. Observa que una importante configuración de los estilos de vida y el acompañamiento del mercado social son prácticas que afectan la salud, así como las distinciones que también contribuyen a diferenciar las identidades sociales. Es por ello que una teoría de los estilos de vida de la salud es necesaria para avanzar el entendimiento de este fenómeno social.

psicosociales asociados al proceso de salud-enfermedad, tomándose como una categoría auxiliar para dirigir la atención sobre otros fenómenos. Hay otras ciencias que también han utilizado el concepto, tales como la Geografía, la Economía y el mercado. Los ven como la totalidad de actividades intereses y opiniones en conjunto con los productos y servicios preferidos. En la Geografía y la Economía por ejemplo, los estilos de vida tienen que ver con la manera en que la gente agota su cantidad de tiempo y dinero en la vida (Arentze y Timmermans, 2000 citado por Heijs (2009). Los estilos de vida pueden ser usados para caracterizar a una colectividad dada, o a personas que tienen ingresos similares, motivaciones religiosas, así como frecuencias de consumo, cooperación y limitación de recursos, entre otros.

Este trabajo se propone abrir el análisis de los estilos de vida a partir de la perspectiva social y cultural, resaltando la capacidad (de agencia)² que tienen los adultos mayores de procesar la experiencia social y diseñar y organizar respuestas ante las condiciones de la vida más adversas que les ha tocado vivir.

Desde esta perspectiva, el texto intenta reivindicar a los estilos de vida como piedras angulares para el análisis de las transformaciones sociales, donde podamos examinar el “cómo” el “para qué” y el “por qué” las personas ancianas buscan asir cognitivamente y organizativamente las situaciones problemáticas que enfrentan —por cierto, en una totalidad cada vez más globalizada y en un contexto de riesgo permanente—: la pérdida de la salud, la soledad, la falta de apoyo económico y social, entre otros, que generan una serie de implicaciones físicas y sociales, que provocan pérdida

² En el análisis sobre agencia, Long (1977) resalta la necesidad de identificar y caracterizar las diferentes prácticas, estrategias y razonamientos del actor, las condiciones en que surgen, la manera en que se entrelazan, su viabilidad o efectividad para resolver problemas específicos y sus amplias ramificaciones sociales” (p.56), ya que la agencia tiene lugar en las relaciones sociales pues implica un control y manejo de las redes de relaciones sociales. En este sentido, la capacidad de agencia constituye un elemento clave en la libertad individual respecto a la estructura social. Cockerham (2005), propone que las condiciones estructurales pueden actuar en los individuos y configurar sus modelos de estilos de vida en formas particulares. La agencia les permite actividades económicas, así como en cuestiones normativas (como valores, *ethos*, esperanzas y deseos), problemas prácticos de los individuos, en la conexión que hay entre las dimensiones subjetiva y objetiva en la persona. Nuestra perspectiva sobre los estilos de vida no estaría completa, si no la observamos paralelamente con el concepto de *habitus* de Bourdieu (1988), como “la posición social hecha práctica”. Es la forma en que las relaciones sociales son reproducidas a través de actos y actores concretos, debido a que las posiciones sociales generan unos esquemas o principios de percepción, de acción y de formas de sentir, formada por las experiencias concretas, por la microhistoria total de grupos sociales que han ocurrido por trayectorias similares, de forma que construyen un espacio social que les es propio. El *habitus*. Se pueden rechazar, pero la estructura limita las opciones que están disponibles. Define agencia como un proceso en el cual los individuos son influenciados por su pasado pero también orientados hacia el futuro (como una capacidad de imaginar posibilidades alternativas) y el presente (como una capacidad de considerar ambos, hábitos viejos y situaciones futuras dentro de las contingencias del momento), gravemente evaluado y elegir su curso de acción. Por estructura, entiende una serie de esquemas mutuamente sostenidos y recursos que autorizan o constriñen la acción social.

de autonomía y de autoestima, mermas del estatus social, de autoridad, de control, bienestar y satisfacción.

Este trabajo entiende por estilo de vida³ a las formas habituales de actuar en una rutina. No una simple elección que hace un individuo solitario, sino un modo característico de actuar de un grupo de personas que se encuentran sometidas a similares prácticas habituales en relación con lo que viven dentro un mismo contexto con similares características objetivas y subjetivas; donde hay relaciones personales caracterizadas por la adopción de preceptos divinos, valores, actitudes; así como un conjunto de prácticas más o menos integradas que un individuo adopta, no sólo porque satisfacen necesidades utilitarias en el manejo de su entorno y su supervivencia, sino porque dan forma a una serie de relaciones concretas que dan sentido e identidad a la existencia.

Es necesario situarse en medio del actuar de las prácticas habituales, sobre todo en contextos donde la marginación, la pobreza, el arduo trabajo y el enorme esfuerzo físico desde temprana edad han dejado sus marcas; donde las carencias de coberturas institucionales y de apoyos gubernamentales (como créditos, programas asistenciales, servicios médicos y educación) han generado pocas alternativas económicas y expectativas de vida; provocando un ambiente continuo de escasez de recursos básicos y una constante inseguridad, angustia y temores que se viven en forma personal y colectiva de manera permanente; principalmente donde la desigualdad y la discriminación son el pan de cada día a nivel familiar e individual o bien donde los cambios ocasionados en el interior de la estructura familiar por la falta de trabajo y la migración, han aumentado las necesidades y problemas más apremiantes en las personas de la tercera edad. Pero también, donde han tenido que organizarse y luchar por sus demandas, especialmente por los altos costos en salud, cuidado y subsistencia; esforzándose por entender la dinámica de su localidad y el modelo de desarrollo, así como la forma en que pueden adaptarse y enfrentarse a un futuro cada vez más incierto; organizando conjuntamente con sus tradiciones, costumbres y creencias religiosas, seguridades inéditas, relaciones concretas para su aquí y ahora, que den sentido e identidad a la existencia, que mitiguen el sufrimiento y mantengan una cada vez lejana, pero a veces muy esencial esperanza de un mejor porvenir.

³ Los estilos de vida, siguiendo a Weber, se entienden en términos de regularidades, uniformidades repetidas, hábitos constitutivos en los modos de vivir, así como formas de estar en el mundo y de relacionarse. El concepto se sobre aún más al observarlo como una continuidad (Heller, 1977), donde la vida aparece dominada por lo repetitivo.

Lo anterior conlleva a observar el proceso de envejecimiento como un proceso identitario local, en el cual los adultos mayores manifiestan sus estilos de vida, a través de ese sentido práctico con el cual domestican la realidad; ese saber que es a la vez raíz y ligadura, entre lo que son y han sido, han hecho, gozado y sufrido. Es esa información organizada y reconstruida de lo que han realizado y soñado, de lo que pudieron y podrán ser y hacer.

Habrá que tener en cuenta que buena parte de la dinámica social desarrollada por las personas adultas mayores surge de la tensión entre las experiencias personales en el hogar y en las interacciones sociales cotidianas en el contexto en el que están insertos. Es esta totalidad la que permite encontrar el sentido y el fondo de la vida cotidiana del anciano/a y que puede estar conectada o desconectada de totalidades más amplias o bien, desquebrajada en “realidades múltiples” construida con experiencias entrelazadas, donde los adultos mayores difícilmente pueden garantizar mediante la acción del Estado o mediante el apego a la tradición, su subsistencia y que, por tanto, se ven en la necesidad de adoptar modelos de acción individual y colectiva que les permitan la posibilidad de una mayor agencia a nivel local, estatal y nacional.

Es una cuestión central como analistas sociales como recuperar la experiencia local de nuestros actores sociales, observando cómo los estilos de vida son activamente reproducidos, modificados y adaptados en función de intereses, identidades y contextos cambiantes. Los adultos mayores que han trabajado en el campo, por ejemplo, señalan que desde sus abuelos siempre estuvieron ocupados. Con sus padres aprendían a trabajar la tierra y a estar directamente relacionados con los procesos de producción.

A los ocho años mi padre me dejaba tareas en el campo. Me hizo un azadón pequeño y ahí me agarraba todo el día a trabajar. Lo agarraba como un juego... A los 12 años mi papá me dejaba tareas como si fuera grande. Ahora ya no rindo como antes, yo iba al campo y hacia las cosas en menos de una hora, ahora me tarda tres horas haciendo lo mismo, ya me siento muy cansado. Pedro Hernández 83 años.

Cultivar la tierra era vital como forma de identidad y respeto: se era en cuanto se cultivaba la tierra y se compartían con los demás los mismos problemas, derechos y obligaciones. Es muy significativa la concordancia entre el respeto a los ancianos, el rol que desempeñaban, el valor que se le daba a la tierra y al cultivo y la dinámica social que se desarrollaba por

las relaciones generadas.⁴ El anciano no sólo cumplía la función de capitalizador del conocimiento agrícola, sino de depositario de la experiencia colectiva; era el elemento esencial de filiación e identificación familiar. Era común verlos como autoridades y presidiendo situaciones en las que transmitían normas sociales basadas en la tradición y la experiencia, cohesionando el orden familiar, grupal y religioso.⁵ El anciano era respetado aun en situaciones de pobreza. Como se puede observar, los estilos de vida están socialmente estructurados, han sido conformados a lo largo de la historia de cada sujeto y suponen la interiorización de la estructura social, del campo concreto de relaciones sociales en el que el agente social se ha conformado como tal.

Luego entonces, compartir un estilo de vida es pensar de la misma manera, pero pensar de la misma manera presume el que se hable un mismo lenguaje, que se tengan similares actividades, presiones económicas, políticas, estar sometido a la misma clase de mecanismos sociales; compartir acciones y prácticas en un mismo entorno socio-histórico, económico y geográfico. Es compartir un conjunto de respuestas y preguntas en las que se concuerda, así como la manera en que se entremezclan con las actividades y las reacciones y movilizaciones que generan en la vida cotidiana.⁶ Es también compartir y adaptar formas o modelos propuestos por las instituciones a sus circunstancias particulares y que si los adultos mayores llegan a comprometerse con un modelo en particular, organizarán todos sus pensamientos y todas sus acciones cotidianas con base en él, por lo que lo defenderán de toda crítica negativa, ya que elegir otro tendría como consecuencia adoptar nuevas formas de pensar e incluso, de redefinirse ellos mismos Toffler (1973: 219-220).

Déjenme ponerles un apoyo empírico que sustente esta afirmación. Con el modelo neoliberal que el gobierno adoptó en 1980, la vida de nuestros actuales adultos mayores campesinos dio un gran cambio. Los precios de sus productos se vinieron a la baja, reduciéndose en gran manera los ingresos y repercutiendo directamente en la forma de vida a la que estaban acostumbrados. Muchos de ellos tuvieron que buscarle por otro lado, fuera

⁴ Quesnel (1998:122) Afirma que: "...cuando el jefe del grupo doméstico controla la mano de obra familiar durante la ejecución de los trabajos agrícolas, se ve, por una parte, investido del control de la reproducción demográfica efectuada al interior de su grupo y, por otra, obligado a cubrir los cargos que pesan sobre el grupo doméstico, en particular aquéllos ligados a la educación y salud de los hijos..."

⁵ Los ancianos realizaban arreglos matrimoniales y consejeros, eran los intermediarios del pueblo ante sus gobernantes y siempre estaban presentes en la vida ritual religiosa de la localidad resolviendo conflictos de todo tipo.

⁶ Goffman (1971), plantea que el actuar de las personas en el espacio social está mediado por patrones o libretos que ellos mismos asimilan en el proceso de socialización, desde la perspectiva de la actuación o la representación teatral.

de la agricultura. Algunos se volvieron albañiles, otros comerciantes, otros tuvieron suerte en conseguir todavía un empleo en el sector terciario, pero la gran mayoría se conformó con que sus hijos estudiaran, otros se enfrentaron con ver a sus hijos emigrar de la localidad en busca de empleo. Lo anterior trajo como consecuencia cambios en los estilos de vida, especialmente en la alimentación, en la vida familiar y comunal; cambios en las actividades agrícolas por actividades propias de los sectores terciarios y secundarios. Muchos adultos mayores campesinos dejaron de vivir del campo solamente y fueron obligados a buscar nuevas formas de subsistencia, adoptando formas de vida urbana como usar lavadora, secadora, automóviles, aire acondicionado, computadoras e Internet o no trabajar en fines de semana, por poner algunos ejemplos, dejando atrás una cultura apegada a la naturaleza y sus ciclos vitales, para convertirse en una zona proveedora de mano de obra asalariada apegada a los tiempos y ritmos de la ciudad y de la industria.

Es así que vemos a las personas de edades avanzadas que antes conseguían el prestigio por su trabajo, devoción religiosa, conducta y servicio a sus vecinos en su localidad, obtenerlo ahora por medio de un empleo en la ciudad y por la manera en que pueden hacer la ostentación de riqueza y consumismo, a través de camionetas para dedicarse al comercio, actividad más redituable y menos difícil.

Bajo esta perspectiva, los estilos de vida y los envejecimientos no deben comprenderse como una simple interacción o forma de actuar, o bien una acumulación de hechos, sino que debemos entenderlos como patrones dinámicos de interacción que se van reconfigurando en función de las experiencias de los individuos (Berger, 2001; Schütz, 2003) y como una actividad sistémica a nivel individual y grupal, que se nutre y a la vez fortalece del modo de vida y las costumbres de la familia y la sociedad (González, 2005).

Hay que dejar claro que los adultos mayores tienen esa capacidad de ver todo holísticamente, pues la vejez tal como lo dijera Ericsson: “es la suma de todas las etapas de la vida”. Por ello, sus estilos de vida están unificados o integrados a procesos dinámicos con los cuales interactúan, negocian, clasifican, codifican, procesan y se acoplan, otorgando significado a sus experiencias situacionales, culturales, institucionales y espirituales.

En este sentido, tenemos que dejar atrás de una vez por todas la concepción de la vejez como víctima, como pérdida, imitación, pasividad y estorbo y concebir a los senectos como actores activos que movilizan razones, deseos, fantasías, emociones, intereses, sentimientos, acciones, utopías y

voluntades. Como analistas sociales debemos trazar sus consecuencias sociales identificando sus diferentes prácticas, estrategias y razonamientos como adultos mayores, las condiciones en que surgen, la manera en que se entrelazan, su viabilidad o efectividad para resolver problemas específicos y sus amplias ramificaciones sociales, comprendiendo cómo se reorganizan y estructuran, poniendo énfasis no sólo en realidades materiales, sino a la vez en realidades espirituales, las cuales se encuentran imbricadas íntimamente en todas las esferas de la vida del adulto mayor.

Es urgente convencer a los diseñadores de políticas públicas, a los cuidadores y agentes relacionados con la problemática de la vejez, sobre la necesidad de reflexionar y observar con ojos frescos y holísticos a la población anciana. Necesitamos convencerlos de que los adultos mayores entre más estén conectados con su cultura, con sus necesidades, con sus costumbres van a decir qué es lo que hay que hacer, son los que nos van a sugerir y demandar lo que es urgente, práctico, conveniente. Son ellos mismos los que tienen que definir sus propios estilos de vida, con autonomía e independencia. Sólo así se tendrá la responsabilidad que lo que se hace y no se quiere hacer. Cuando encuentran un estilo de vida que les impacta en su vida, ellos mismos lo comparten desarrollando sus capacidades, reconociéndose a sí mismos, con relaciones que tienen implícitos el amor, la libertad, la confianza, el respeto, las ganas de vivir. Son muy claros los ejemplos de cómo se comparten estilos de vida en los grupos religiosos, a través de los testimonios y experiencias que los creyentes tienen en situaciones difíciles y las formas resilientes que les permiten salir adelante y compartir con otros la experiencia adquirida. Es de señalar que los estilos de vida se dan en interacción social y es en este espacio donde se crea y recrea la cultura y la realidad en que vivimos, en donde nos ponemos de acuerdo para resolver nuestros conflictos y creamos el sentido de comunidad. Por lo tanto, es aquí donde hay que encaminar nuestros esfuerzos y tener nuevos retos. Es vital pensar en un conjunto de procesos y prácticas de regularidades sociales, resultado de distintos procesos históricos que cruzan la vida de nuestros adultos mayores. Es en estas cotidianidades donde los adultos mayores han mostrado la capacidad de procesar la experiencia social y diseñar maneras de lidiar con la vida, aun bajo las formas más extremas de coerción y dentro de los límites de información, incertidumbre y otras restricciones, organizando respuestas ante las condiciones de vida que les tocó vivir.

Igual de importante es el tratar de conectar al mismo tiempo el mundo real, como con el imaginario, el mundo institucional con la cruda reali-

dad, identificando sitios de continuidad y discontinuidad, ambigüedad y diferencia; examinando cómo se evalúan y perpetúan las conexiones e interacciones y sensibilizando al investigador, al cuidador o al promotor de desarrollo y al mismo adulto mayor de este proceso.

El análisis de los estilos de vida nos sitúa en una buena posición etnográfica que permite ver desde adentro las experiencias que los adultos mayores mantienen en sus núcleos familiares, en sus ambientes laborales en sus entornos religiosos en los cuales han sido formados sus principios y valores, su sentido a la vida, su manera de controlar y organizar sus relaciones sociales y en cómo problematizan sus situaciones. Es aquí adonde entenderemos el por qué en muchas de las ocasiones los programas de salud, las políticas públicas, los apoyos institucionales, son ajenos, incomprensibles, opresivos e incluso irracionales.

Es aquí donde el análisis social da la posibilidad de reestructurar y transformar la perspectiva que tenemos de la ancianidad, de construirla y reconstruirla cada vez en relación a los cambios contextuales (sociales, económicos, históricos, políticos, culturales, étnicos, etc.) con una perspectiva de integración, capacidad de agencia y restauración, que ayudará a resolver finalmente la atención entre integración y separación, marginación y abandono. Además, ayudará a ver la conexión con realidades múltiples, con las cuales se comparten propósitos y significados de la vida, alejando o mitigando los temores y dando continuidad a la existencia.

Los estilos de vida obviamente tienen que verse insertos en la cultura y por lo tanto, las respuestas que se den, deben partir de la cultura. Solamente así es como podemos tejer las esperanzas en la vejez, despejar misterios y dejar entrever la validez de su experiencia y el sentido de la vida, en una dimensión donde se revitalicen sus significados, se recuperen sus identidades, se valoricen sus experiencias, en donde su vida pueda transformarse en contacto con las verdades y necesidades que no se pueden cambiar.

Algunas reflexiones

Para tratar de amarrar la información presentada, pertinente contemplar al adulto mayor como un sujeto social que está estructurado pero a la vez es estructurante de relaciones sociales que son reproducidas a través de actos y actores concretos, que generan esquemas o principios de percepción, de acción y de formas de sentir manteniendo una relación muy significativa en cuanto a relaciones sociales, conocimientos, normas y valores, pensamientos e ideas que se han ido acumulando y transformando en acciones y reacciones sociales expresadas en la vida cotidiana. Esto es, los estilos

de vida no se reproducen por tradición, sino que contienen elementos de creación y, por tanto, de cambio.

Con base en lo presentado, el análisis de los estilos de vida permite ver el problema de la vejez como un asunto que no tiene por qué estar aislado y comprender que son las experiencias, vivencias y expectativas las que producen los efectos más marcados en la vejez. Permite mostrar continuidades totales de individuos que han discurrido por trayectorias similares, de forma tal que han construido un espacio social que les es propio, no sólo como individuos, sino como comunidad, donde se modelan y manejan estilos de vida que refuerzan la consistencia interna de cada adulto mayor y además, se afirman frente a los otros, como una manera determinada de enfrentarse con la realidad y de entenderla, lo cual ayudaría a asegurar el bienestar a las personas de edad avanzada, que permiten conectar los estilos de vida.

En la medida en que se puedan delinear programas que coadyuven al fortalecimiento de sus propios estilos de vida dentro de los contextos específicos en los cuales se quiere intervenir, es como se podrá tener incidencia en las prácticas y en las conciencias individuales de las necesidades concretas, así como en las estrategias que se organicen en función de las condiciones generales de producción.

Bibliografía

ADLER, A., 1948, *El sentido de la vida*, La Miracle Editor, Barcelona.

ARIAS, Patricia, 2002, "Hacia el espacio rural urbano; una revisión entre el campo y la ciudad en la antropología social mexicana", en *Estudios demográficos y Urbanos*, vol. 17, núm. 2, mayo-agosto, México.

BERGER, Peter y Thomas Luckmann, 2001, *La construcción social de la realidad*, Amorroutu Editores, Argentina.

BERGER, Peter y Thomas Luckmann, 2001, *La construcción social de la realidad*, Amorroutu Editores, Argentina.

BIJARRO HERNÁNDEZ, Francisco y Susana Virginia Mendiola Infante, 2010, *La vejez: una discriminación múltiple*, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México, consultado el 28 de julio del 2010 en <http://www.eumed.net/libros/2009a/489/index.htm>

BOURDIEU, Pierre, 1988, *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*, Taurus, Madrid.

COCKERHAM, William C., 2005, "Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure", en *Journal of Health and Social Behavior*, American Sociological Association, vol. 46, consultado el 19 de enero 2010, <http://www.jstor.org/stable/414765>

- CRAMER, S. H., 1987, "Meeting lifestyle and career development standards at SUNYBuffalo", en *Counselor Education and Supervision*; vol, 27, núm. 2.
- GIDDENS, Anthony, 1991, *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*, Stanford University Press, Stanford, CA.
- GOFFMAN, Erving, 1971, *La presencia de la persona en la vida cotidiana*, Amorrourtu, Buenos Aires.
- GONZÁLEZ PÉREZ, Ubaldo, 2005, "El modo de vida en la comunidad y la conducta cotidiana de las personas", en *facultad de medicina Cuba*, consultado el 24 de agosto de 2008, <http://www.fmed.uba.ar/depto/saludpublica/8/complementarios/GONZLEZ%20PEREZ%202005.pdf>
- HEIJS, Win y otros, 2009. "The labyrinth of life-styles", en *Journal of Housing and the Built Environment*, vol. 24, núm. 3, September, ed. Springer, Netherlands, Consultado el 19 de enero 2010 en <http://www.springerlink.com/content/741841132u1064w8/>
- HELLER, Agnes, 1977, *Sociología de la vida cotidiana*, Ediciones Península, Barcelona
- HOGGART R., 1990, *La cultura obrera en la sociedad de masas*, Grijalbo, México.
- LONG, Norman, 2007, "Una sociología de desarrollo orientada al actor", en *Ocio-logía el desarrollo; una perspectiva centrada en el actor*, El Colegio de San Luis/ Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- LUHMANN, Niklas, 1992, *Sociología del riesgo*. Universidad Iberoamericana, Triana Editores, México.
- MALCOLM, Norman, 1995, "Wittgenstein on language and rules", en Georg Henrik von Wright (ed.), *Wittgensteinian Themes. Essays 1978-1989*, Cornell University Press.
- MAYO PARRA, Israel, 1999, "Estudio de los constituyentes personológicos del estilo de vida". *Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Psicológicas*, Universidad de La Habana.
- MENÉNDEZ, Eduardo, 1998, "Estilo de vida y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes", en *Estudios Sociológicos*, vol. XVI (46), México.
- QUESNEL, A. y P. Vimard, 1998, "Recomposición familiar y transformaciones agrarias", en *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 13, núm. 1, enero-abril, El Colegio de México.
- SCHÜTZ, Alfred y Thomas Luckman, 2003, *Las estructuras del mundo de la vida*, ed. Amorroutu Editores, Argentina.
- TOFFLER, A, 1973, *El shock del futuro*, Plaza & Janes, España
- TOMASINI BASSOLS, Alejandro, 2005, *Lengua y anti-metafísica. Cavilaciones wittgensteinianas*, en Plaza y Valdez, JGH Editores, México

WEBER, Max, 1991, *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*, Premia Editora, La red de Jonás, México

WITTGENSTEIN, Ludwig, 2004, *Investigaciones filosóficas*, Crítica, Barcelona.

Felipe Roboam Vázquez-Palacios

Doctor en Antropología Social por la Universidad Iberoamericana. Es Investigador en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social del Golfo. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Entre sus últimas publicaciones destacan: *Antropología del envejecimiento en las ruralidades veracruzanas*, 2011; “Los análisis de la vejez en contextos de pobreza” en *Gerontología*, 2012 y “Visiones de eternidad en personas de edad avanzada” en *Envejeciendo en América latina y el Caribe*, LARNA/UNAM, México, 2013.

Correo electrónico: fevaz19@gmail.com

Cuba: cómo y dónde envejecer. Desafíos a la política social

María Elena Benítez-Pérez

Centro de Estudios Demográficos/Universidad de La Habana, Cuba

Envejecimiento poblacional en Cuba: mucho más que una estadística

Para el año 2025 en Cuba habrá menos niños y más personas de la tercera edad. El proceso de envejecimiento de la población cubana obedece a diferentes razones y mantiene un ritmo acelerado, hasta el punto de que ya la Isla es, después de Uruguay, el segundo país más envejecido de América Latina y el Caribe.

Desde el punto de vista demográfico el proceso de envejecimiento de las poblaciones se da a través del cambio en su distribución por edades. Suele medirse por la progresión del peso relativo de las personas mayores de 60 o 65 años en el conjunto de la población.

Las edades de 60 o 65 años suelen ser utilizadas por su carácter operativo. Este umbral es arbitrario y no puede contemplar las múltiples dimensiones de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad, por sí sola, nada significaría. Sin embargo, desde las perspectivas sociodemográfica y jurídico-laboral, se considera que es el paso de la actividad a la inactividad laboral la que está marcando el límite entre la adultez y la vejez, no el estado físico, psíquico, etcétera, de las personas.

En Cuba, el cambio demográfico más trascendente está marcado hoy por el acelerado proceso de envejecimiento de la población. Para que se tenga una mejor idea: de los 11 247 925 habitantes que residían en el país a finales del año 2011, más de dos millones de habitantes (2 038 453) tenían 60 años o más, los que, en términos relativos, representaban 18.1 por ciento de la población total (ONEI-CEPDE, 2012: 22). Ello es el resultado de dos tendencias demográficas convergentes: se nace menos y también se muere menos, fenómenos que aportan otras dimensiones y retos a la evo-

lución social, pues a diferencia de lo ocurrido en la mayoría de los países europeos, donde la transición demográfica que culminó con el envejecimiento de la población se logró en el curso de varias generaciones, en Cuba este proceso ha sido muy acelerado y homogéneo (Benítez, 2003: 59).

Así, el cambio operado en el comportamiento reproductivo de las mujeres cubanas, medido por la evolución del índice sintético de fecundidad Tasa Global de Fecundidad (TGF) y la Tasa Bruta de Reproducción (TBR) sitúa al país frente a un descenso vertiginoso (ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Cuba: Tasa Global de Fecundidad y Tasa Bruta de Reproducción en años seleccionados

Indicadores de la fecundidad	Años										
	1963	1970	1978	1981	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
TGF (hijos por mujer)	4.72	3.70	1.95	1.61	1.93	1.83	1.49	1.58	1.49	1.69	1.77
TBR (hijas por mujer)	2.30	1.80	0.95	0.78	0.94	0.89	2.30	1.80	0.95	0.78	0.94

Fuente: De 1963 a 1978: CEDEM-ONE-MINSAP: Cuba Transición de la Fecundidad, p. 111; De 1981 a 1990: CEE: Anuario Demográfico de Cuba 1990, p. 130; 1995 y 2000: ONE-CEPDE: Anuario Demográfico de Cuba 2000, p. 42; De 2005 a 2011: ONEI-CEPDE: Anuario Demográfico de Cuba 2011, p. 36.

¿A qué obedece la disminución de los nacimientos? La respuesta es compleja por la multiplicidad de factores asociados. El crecimiento demográfico del país no podía quedar inalterable en medio de una sociedad en pleno cambio. Cabe destacar que durante los doce años transcurridos entre 1959 y 1970, la población cubana se incrementó en algo más de 1 800 000 personas (CEDEM, 1976: 18-19). Este crecimiento tuvo su punto máximo (baby boom) en el año 1964, resultado de las garantías (educación, salud, creación de empleos, generación y redistribución de ingresos, entre otras) experimentadas por la población tras el triunfo revolucionario.

En el lapso de aproximadamente 50 años el número medio de hijos por mujer (TGF) se ha reducido en casi tres veces, pasando de un valor cercano a cinco en 1973 a 1.61 en 1981. Con posterioridad, ha mantenido un descenso sistemático con ligeras oscilaciones, y, desde 1978, las parejas cubanas están teniendo una cantidad de hijos menor que los 2.1 alumbramientos promedio por mujer, necesarios para garantizar que haya un reemplazo generacional.

La incorporación masiva de la mujer cubana al trabajo asalariado, el considerable aumento de su nivel de instrucción y la feminización de la fuerza técnica del país, puede considerarse como uno de los factores subyacentes en los bajos niveles de fecundidad, interpretación que parece ser la más sustentable, ya que los principales determinantes del descenso de la fecundidad cubana en las últimas décadas son resultado de su control

voluntario a través del uso de métodos anticonceptivos y la frecuencia del aborto inducido, en ese orden.

También están presentes otros elementos como la notable reducción de la mortalidad infantil, con una frecuencia de 4.9 defunciones de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos en el año 2011 (ONEI-CEPDE, 2012: 54), mientras a partir de 1989 —año que marca la pérdida del grueso del comercio internacional de Cuba debido al colapso del bloque socialista europeo y, por ende, el inicio de severas contracciones económicas en la Isla— las consideraciones de las familias acerca de las dificultades cotidianas han comenzado a desempeñar también un papel de importancia en la regulación de los nacimientos.

A eso se le agrega el aumento de la esperanza de vida al nacer —indicador resumen del nivel de mortalidad general en una población— indicador que alcanzó en Cuba los 77.97 años en el bienio 2005-2007, lo que significó un aumento de 19 años en relación con la esperanza de vida registrada en 1953 (Benítez, 2003: 62; ONEI-CEPDE, 2012: 71). La realidad, sin embargo, muestra que ni la sociedad ni la familia estaban preparadas para que un porcentaje tan alto de la población y además, con una tendencia creciente, tuviera edades tan avanzadas.

Otro de los efectos del envejecimiento poblacional es el referido al progresivo crecimiento que se registra en las tasas de viudez, lo cual conduce al aumento de hogares unipersonales.

La influencia de estos factores sobre la familia, única institución capaz de dar cuenta de la congruencia entre estos cambios, condujo al predominio de familias con pocos hijos y, en consecuencia, a la reducción de su tamaño final. En el año 2002 vivían 3.2 personas promedio por hogar. Obviamente son los nacimientos una de las principales fuentes por medio de la cual se incorporan nuevos miembros a la familia. Por tanto, se evidencia aquí la correspondencia entre el nivel de desarrollo de la sociedad, la dinámica del nivel de fecundidad y las nuevas relaciones familiares.

Seguramente que a nadie escapa que se trata de temas que son altamente relevantes, pero por su amplitud y complejidad constituyen un ámbito cuya regulación debe ser asumida explícitamente por el Estado, porque no funciona espontáneamente. Una política de población no puede disociarse de una política económica y de una política social que garantice, en general, la conciliación de la vida personal, familiar, profesional, etcétera.

¿Cómo lograr hacer corresponder el número ideal de dos hijos que las mujeres cubanas declaran a nivel enunciativo querer tener y el número de hijos que realmente tienen?

Las mujeres cubanas enumeran mil y una razones para tener hijos, desean realmente tener hijos, al tiempo que disfrutan del derecho a la opción: cuándo y con quién contraer matrimonio, cuándo y cuántos hijos tener, vivir en matrimonio o en unión consensual, o sea, derechos que fueron desconocidos por sus madres y que la nueva situación de la mujer junto a la transición demográfica experimentada en el país ha hecho objetivamente posible. Sin embargo, al ser consultadas sobre las razones para posponer la procreación, lo resumen básicamente en la frase “cuando mejoren los tiempos”, haciendo lógica referencia a las difíciles condiciones socioeconómicas y a la situación de la vivienda que presenta el país.

Por tanto, responder la pregunta planteada nos lleva a sugerir la necesidad de encontrar soluciones externas a la familia misma, porque no están a su alcance. Cada vez se ganará mayor conciencia de que esto también es esencial para el futuro de la sociedad.

¿Qué falta entonces? Falta que el Estado trabaje más sobre las motivaciones que impulsan a las parejas y en particular a las mujeres a tener hijos y concentren su ayuda donde han sido identificadas las mayores dificultades para el desarrollo armónico de la vida personal, social y familiar. Por ejemplo:

- Reparar y ampliar las capacidades de círculos infantiles (guarderías), con el propósito de mejorar la atención a la niñez y a la madre trabajadora. Sobre todo si se tiene en cuenta que 53 por ciento de las madres de niños entre 0-4 años tenían en 2008 vínculo laboral y el desafío por enfrentar es que las madres puedan tener el ideal de hijos que refieren sin perder su inserción laboral y social.
- Mejorar la calidad, disponibilidad y precios de productos indispensables en una canastilla infantil, como una cuna, un colchón o una ropa de bebé, necesidades que hoy resultan casi una utopía para las futuras mamás. Por demás, en un país que no escatima recursos en un envidiable Programa Materno Infantil y donde todos los cuidados prenatales y posparto son gratuitos y el Estado garantiza a todas las embarazadas un suplemento dietético proteico-calórico durante el embarazo.
- Construcción de viviendas desde la perspectiva familiar. La política económica y social del país tendrá que priorizar y garantizar la construcción de viviendas desde la óptica del verdadero traje de la familia. Es decir, verla desde su doble dimensión: como necesidad y como función, en otras palabras, como el espacio físico que garantice la independencia y el respeto a la intimidad de la pareja, con énfasis en las familias jóvenes.

En resumen, para el futuro cercano, es posible afirmar que la población cubana comenzará a decrecer en términos absolutos; es decir, se registrarán más fallecimientos que nacimientos, lo que se conoce como una tasa de crecimiento natural negativa, de hecho, la población de la Isla ya decreció ligeramente en 1 467 personas en 2010, con lo que reapareció la tendencia a disminuir tras una recuperación positiva registrada en 2009 y 2011.

Un país con pocos niños y muchos ancianos, será un problema demográfico con consecuencias previsibles para el desarrollo económico y social del país. La Demografía pasará a ocupar entonces un lugar central en las preocupaciones estratégicas de la sociedad.

El Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor

En este terreno y frente a los cambios en la dinámica y estructura de la población se ha hecho inevitable acometer un plan de acción y atención diferenciado que cubra las necesidades biológicas, psicológicas y sociales que permitan elevar la calidad de vida de las personas con edades avanzadas. Este Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor, será aplicable en todos los niveles de atención con un enfoque comunitario e institucional, e incluye no sólo salud, sino seguridad social, deportes, cultura y legislación, entre otros.

El mismo se acompaña del desarrollo de la Geriatria (punto de vista sanitario) y la Gerontología (punto de vista social), especialidades que permiten estudiar mejor los aspectos del envejecimiento poblacional y sus requerimientos en múltiples frentes de la vida social. Así, el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor se realiza en tres direcciones o subprogramas. Son estos:

- Atención comunitaria
- Atención institucional
- Atención hospitalaria

El subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor, auspiciado por la Dirección Nacional de Asistencia al Adulto Mayor, tiene como propósitos contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor, mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud Pública en coordinación con otros organismos y organizaciones del Estado involucrados en esta atención, teniendo como protagonistas a la

familia, la comunidad y al propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas.

Entre los objetivos que se persiguen están:

- Mejorar la salud de la población de 60 años o más, aumentar la vida activa mediante el tratamiento preventivo, curativo y rehabilitador de este grupo.
- Crear una modalidad de atención gerontológica comunitaria que contribuya a resolver necesidades socio-económicas, psicológicas y bio-médicas de los ancianos a este nivel para cuyo alcance, por supuesto, existen otros muchos objetivos específicos como los siguientes:
 - Promover cambios de estilo de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud.
 - Prevenir o retardar la aparición de enfermedades y de las discapacidades a que éstas pudieran conllevar en su evolución.
 - Garantizar la atención integral, escalonada, oportuna y eficaz a este grupo de edad.
 - Garantizar la rehabilitación de los adultos mayores a través de la base comunitaria.
 - Estimular la participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas del adulto mayor.
 - Desarrollar la formación y capacitación de los recursos humanos especializados y los propios de la comunidad, que garanticen la calidad de las vías no formales de atención y la integración activa de éstos a la comunidad.
 - Desarrollar investigaciones que identifiquen la morbilidad, mortalidad, discapacidades, intervenciones comunitarias y otras unidades.

Con el progresivo envejecimiento poblacional y el incremento de la necesidad de atención, el Programa se actualiza y fortalece. Para ello, se normó la realización anual del examen periódico de salud de este grupo priorizado, a realizar por el médico y la enfermera de la familia en la atención primaria de salud y se reestructuran y capacitan los Equipos Multidisciplinarios de Atención Gerontológica (EMAG), formados por un médico especialista, una enfermera, una trabajadora social y un psicólogo, dedicados a la atención comunitaria integral al adulto mayor, facilitándole al equipo de medicina familiar, modalidades formales y no formales de atención comunitaria y garantizando la atención integral al adulto mayor

con riesgo (ancianos solos, frágiles, discapacitados y otros). Existen 444 EMAG en el país, uno por cada área de salud (MINSAP, 2012: 14).

¿Cómo y dónde envejecer?

Entre las actividades que se realizan para cumplir estos objetivos se encuentra incorporar a los ancianos al Círculo de Abuelos y con ello a la práctica del ejercicio físico sistemático, actividades culturales y sociales. Es una de las iniciativas desarrolladas en el país y puesta a disposición de las personas mayores, con la cual el anciano encuentra —en el ámbito de su comunidad— la posibilidad de compensar su actividad física de antes con otro conjunto de actividades, tales como ejercicios matutinos —bajo la asesoría de un personal calificado— paseos, celebración de cumpleaños colectivos, eventos culturales, entre otras.

Esta acción tuvo sus inicios en los primeros años de la década de los ochenta del pasado siglo, cuando los compañeros del Departamento de Trabajo Social del MINSAP, comprendieron que muchos de los ancianos que acudían a los policlínicos buscando medicamentos, estaban reclamando, en realidad, apoyo emocional y comunicación social. Muchos de ellos habían enfermado de inercia, de inutilidad artificial, de soledad, pues cuando toda la familia se iba al trabajo, el abuelo y la abuela se quedaban sólo con sus pensamientos y sus pérdidas, responsables de su depresión y ansiedad. Entonces surgió la idea de organizarlos. Los abuelos realizan en el círculo decenas de actividades, se sienten atendidos, tienen interlocutores y generan cosas nuevas con todas sus fuerzas y deseos, incluso vinculan a otros miembros de la familia a sus actividades.

A finales del año 2011, en el país se registraban 12 903 Círculos de Abuelos con un total de participantes de 820 976 adultos mayores (MINSAP, 2012: 12).

Adicionalmente a los Círculos de Abuelos, existe otro tipo de instituciones sociales conocidas como Casas de Abuelos. En ellas, los ancianos con régimen seminterno realizan actividades recreativas, físicas y sociales que inciden positivamente en el cuidado de su salud y reciben servicios de alimentación que incluyen el desayuno, el almuerzo, la comida y dos meriendas, todo ello sin costo alguno.

El país cuenta en la actualidad con 229 Casas de Abuelos con 6 300 usuarios (MINSAP, 2012: 4). Esta es una modalidad de atención dirigida a los adultos mayores carentes de amparo filial en absoluto o de familiares que puedan atenderlos durante el día o aquellos que corren riesgos (caídas, soledad, accidentes, depresiones, etcétera) al permanecer solos en su do-

micilio y tienen como característica desde el punto de vista funcional que se les dificulta la realización de las actividades de la vida diaria instrumentadas (cocinar, usar el teléfono, llevar el control del dinero, etcétera), pero conservan las capacidades funcionales básicas para realizar las actividades de la vida diaria no instrumentadas (levantarse, vestirse, bañarse, andar, mostrar continencia, etcétera).

El propósito principal de las Casas de Abuelos es la rehabilitación biopsicosocial del adulto mayor, lo que se realiza mediante la atención no permanente de un Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG) disponible en cada área de salud, lo que incluye la realización de terapias psicológicas tanto personales como de grupo y de familia, encaminadas a lograr el objetivo de rehabilitación y crear las condiciones necesarias para el retorno del adulto mayor a su medio. Estas acciones son apoyadas también por los servicios y actividades que se realizan en cada una de las Casa de Abuelos, donde sobresalen, entre otras, las siguientes:

- Actividades encaminadas a la promoción de salud.
- Actividades encaminadas a la prevención de la discapacidad y el mantenimiento de la funcionalidad.
- Estrechar la vinculación con familiares para mantener la integración familiar y social del anciano.
- Elevar la autoestima.
- Desarrollar la autoayuda y ayuda mutua.
- Garantizar una alimentación acorde a sus necesidades.
- Fomentar estilos de vida sanos.
- Establecer relaciones y coordinaciones con otras unidades del Sistema Nacional de Salud a fin de mejorar la calidad de los servicios.

Vale la pena destacar que, entre las principales causas de ingreso a las Casas de Abuelos, se encuentran acontecimientos exógenos al adulto mayor como la aflicción ante las pérdidas (principalmente duelo por viudez) la inadaptación a la jubilación (por pérdida del estatus social) disfuncionalidades en el hogar (falta de comunicación, desamparo) depresión por soledad y como causa endógena la evidencia del deterioro normal en la salud asociado, fundamentalmente, a enfermedades crónicas no transmisibles.

Es decir, estas nuevas instituciones presentan numerosas ventajas respecto al hogar de ancianos tradicional (asilos) ya que permiten, de una parte, que el anciano conserve su entorno habitual (el vínculo familiar, el barrio, etcétera) aspecto sobre el que los geriatras insisten mucho dada la importancia de mantener al anciano en el medio que conoce y donde se

sabe desenvolver y de otra, posibilitan a la familia, que también ha experimentado importantes cambios en su composición y estructura (tamaño reducido, con una madre que trabaja, aumento de las tasas de divorcio y más matrimonios en segundas nupcias, más familias con un solo progenitor u hogares a cargo de la mujer, entre otras) poder compaginar las oportunidades individuales con los cuidados y apoyo requeridos por los ancianos.

No hay dudas de que, a escala social, se viene produciendo en el país una redefinición de la vejez en la conciencia de las personas. Ello no quiere decir que todo esté resuelto, sino que hay una mayor sensibilidad del problema y se trabaja para enfrentar una situación que el país ya tiene y que se agudizará en los próximos años. Las nuevas experiencias implementadas —sin ser suficientes— han demostrado los beneficios —sin grandes costos— producidos en la calidad de vida de los ancianos y de sus familias. Ellos comienzan a sentir que esta etapa de su vida no es algo vacío. Las familias, por su parte, los ayudan a conservar las razones de vivir. En otras palabras: ellos nos necesitan y nosotros a ellos.

Casa de Abuelos “Amistad Regla Chipiona”: Una mezcla entre la leyenda y la historia

Con el interés de conocer de primera mano cómo tiene lugar el funcionamiento de una Casa de Abuelos, compartimos durante todo un día las actividades que realiza el grupo de adultos mayores que asisten a la Casa de Abuelos “Amistad Regla Chipiona” en el municipio Regla, de la capital del país.

Por los abuelos conocimos que la misma debe su nombre a la hermandad y solidaridad entre los pueblos de Regla y Chipiona, esta última situada en la región de Cádiz al sur de España. Al parecer, son muchas las semejanzas entre estas dos localidades: ambas son pueblos costeros y laboriosos; la imagen de color negro que se venera desde finales del siglo XVII en el Santuario Nacional de Nuestra Señora de Regla llegó desde España y es copia de la que se venera en el Monasterio del mismo nombre en Chipiona (Cádiz) pues de esa zona llegaron muchos andaluces en el siglo XVI y con ellos vino a Cuba la devoción a la Virgen bajo el nombre de “Virgen de Regla”. A la vez, la relacionaban con el mundo del mar, siguiendo la tradición de Chipiona, donde el Santuario está frente a la hermosa playa de ese pueblo, también en Regla. El Santuario tiene una posición privilegiada ya que está construido mirando al Morro de forma que cuando los barcos llegaban a La Habana, era la capilla lo primero que aparecía ante sus ojos.

En 1714 la Virgen de Regla fue declarada por el Cabildo Habanero como patrona de la Bahía y del Puerto de La Habana.

Antes de ser la Casa de los Abuelos, era una casa de familia, construida en la década del 20 del pasado siglo, luego fue remodelada y adaptados sus espacios asegurando las características gerontológicas acordes con sus actuales funciones, hecho que fue posible por la cooperación entre las alcaldías de Regla y Chipiona y el aporte de esta última, que financió su equipamiento con mobiliario y electrodomésticos.

Entre sus recursos humanos, la Casa de Abuelos “Amistad Regla Chipiona” cuenta con un administrador, un trabajador social, un terapeuta ocupacional, un cocinero, un auxiliar de cocina y un auxiliar de limpieza. En su funcionamiento tienen además la presencia de un presidente del consejo de ancianos y otro en representación de las familias.

Cuando fue inaugurada, en el año 2001, tenía prevista una capacidad de servicios para atender 40 adultos mayores, cifra considerada insuficiente, pues la población de 60 años o más residente en el municipio Regla alcanzaba, en 2009, la cifra de 7 702 habitantes, el 17,9 por ciento de la población total y aunque no todos requieren este servicio, la tendencia al envejecimiento poblacional aumenta cada año en Cuba (ONE-CEPDE, 2009: 124-125).

Surge aquí la primera paradoja. En la actualidad, la Casa de Abuelos “Amistad Regla Chipiona”, ha reducido su capacidad a 30 plazas, no porque falten en el territorio abuelos y abuelas “frágiles” necesitados de rehabilitación biopsicosocial y de la atención del Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG) sino y en opinión de la Trabajadora Social “por el lugar donde está enclavada la Casa de los Abuelos, que es la única en el municipio y atiende tres consejos populares muy distantes entre sí (Guaicanamar, Loma-Modelo y Casablanca) lo que dificulta el desplazamiento de los abuelos que viven más alejados”.

¿Cómo resolver a nivel local esta contradicción? Fue la pregunta. Ubicar en el municipio otra casa con estos fines puede parecer difícil en las actuales condiciones económicas que atraviesa el país, pero restablecer el servicio de un transporte local como años atrás tuvo el municipio, en horario fijo de la mañana y la tarde que facilite la llegada y el regreso a sus hogares de los ancianos, sería una solución más factible y merecería ser considerada por el Consejo de la Administración Municipal, fue la respuesta que nos ofreció la trabajadora social.

Las cifras

Una mirada a los registros nos indica que existe un predominio del sexo femenino sobre el masculino entre los adultos mayores que han recibido el servicio social de la Casa de Abuelos “Amistad Regla Chipiona”. Ello puede tener dos explicaciones. La primera, que del total de personas con 60 años o más que residían en el municipio, las mujeres representaban 56.3 por ciento; la segunda obedece a razones de tipo cultural y a la manera distinta en que hombres y mujeres asumen el proceso de envejecimiento, todavía más marcado en el municipio que nos ocupa, donde el machismo constituye un verdadero freno.

Sin embargo, si bien a finales de 2004, de los 25 ancianos que constituían la matrícula de esta Casa de Abuelos, 17 eran mujeres y sólo ocho eran hombres, para 68 y 32 por ciento, respectivamente, a mediados del 2012, cuando hicimos la visita, constatamos una matrícula total de 27 ancianos válidos, 14 mujeres y 13 hombres. Esta impresión fue ratificada por la trabajadora social, quien señaló que “los hombres se han comenzado a incorporar más a los grupos, una evidencia de que tanto ellos como sus familias van teniendo mayor comprensión del proceso de envejecimiento y de los beneficios en la calidad de vida que las actividades en la Casa de Abuelos les reportan”. Ellos están al tanto de este esfuerzo y lo aprecian en toda su magnitud.

Desigualdad en el presente con orígenes en el pasado

Los adultos mayores no constituyen un grupo único ni homogéneo. Es decir, entre ellos hay diferencias que son anteriores a la vejez. Por ejemplo, diferencias en la disponibilidad de recursos económicos, diferencias culturales, diferencias en el grado de educación, las categorías ocupacionales, el lugar de residencia, diferentes estados de salud física y mental y también diferencias demográficas, como la preponderancia numérica de determinado sexo: mujeres y de determinado estado civil: viudas. También hay diferentes grupos de edad dentro de los propios ancianos y, por tanto, procesos de socialización histórica diferenciados. Las Casas de Abuelos no son la excepción.

La primera actividad que realizan diariamente los adultos mayores que asisten de lunes a viernes a las Casas de Abuelos en el país, es sentarse a degustar un desayuno. Luego participan del matutino, actividad donde reciben información de última hora sobre la actualidad noticiosa nacional y extranjera y se convierten en protagonistas al realizar sus propios comenta-

rios y valoraciones sobre lo ocurrido, un ejercicio que les permite ejercitar su memoria y que favorece su salud mental.

Después, bajo la conducción del trabajador social, efectúan otras dinámicas como ejercicios físicos dirigidos, elaboración de manualidades, juegos de mesa, actividades recreativas y charlas educativas, donde ellos pueden proponer los temas de su interés para desarrollarlos en conversatorios, matizados por una merienda a media mañana.

Pero como no hay luces sin sombras, estas actividades ponen de manifiesto las diferencias de cada sujeto que son anteriores a la vejez. Como cabría esperar, no todos tienen la misma educación, ni tampoco las mismas motivaciones ni habilidades. Lo general es que un porcentaje importante muestra apatía por las actividades propuestas, en cambio, prefieren continuar sentados todo el día en sus cómodos sillones disfrutando de su estado de pasividad hasta que llega la hora de las comidas. Los menos, practican juegos de mesa. Estos son, también, los más integrados, los de más educación y los que más practican la ayuda mutua sobre todo en la actividad del matutino.

Considerar la heterogeneidad y especificidad de cada anciano, es otro desafío que tiene por delante el manejo del envejecimiento poblacional. En particular, el trabajador social, el terapeuta ocupacional y el Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG) quienes trabajan por lograr su rehabilitación y crear las condiciones necesarias para el retorno del adulto mayor a su medio.

Otras sombras en el trabajo de estas instituciones es hoy la falta de materiales para realizar manualidades, así como dificultades para garantizar actividades recreativas fuera del centro, las que tenían la ventaja adicional de que participaban otros miembros de sus familias. La explicación del por qué han dejado de ser una práctica más entre las actividades de la Casa de los Abuelos, estuvo relacionada con falta de presupuesto y la elevación general del costo de la vida que no permite a los ancianos ni a sus familias destinar ingresos para estos fines. Una sugerencia por ser valorada sería fijar precios diferenciados al acceder los adultos mayores a espectáculos públicos, instalaciones del campismo popular, cines, teatros, etcétera.

Sin embargo, los viernes disfrutan de una peña cultural organizada especialmente para ellos por la Casa de la Cultura del municipio Regla. Las abuelas y los abuelos tienen constituido un Coro apoyados por ellos.

Llega la hora del almuerzo, a lo que sigue un descanso, actividades recreativas y otra merienda. A las 5:30 de la tarde regresan a sus hogares después de haber comido.

Otras modalidades de atención

Aunque los geriatras aconsejan la permanencia del adulto mayor en su hogar, que es además donde él desea y mejor está, la institucionalización es una alternativa que no se puede descuidar porque es un hecho que con el creciente envejecimiento de la población también lo hace el número de ancianos que viven solos.

En Cuba otra modalidad de atención a los adultos mayores es, precisamente, la de los hogares de ancianos con régimen interno con 146 en total los que, en el 2011, atendían una capacidad de 7 458 adultos mayores, de los cuales 74.7 por ciento eran hombres y 25.3 por ciento restante eran mujeres. En estas instituciones se pagan precios muy módicos (nunca rebasan 60 pesos), y se les brinda a los ancianos desayuno, almuerzo, comida, ropa, cigarros y una atención médica permanente. La mayoría de sus residentes carecen de toda posibilidad de permanecer en la comunidad y presentan múltiples enfermedades crónicas y discapacidades físicas y mentales (MINSAP, 2012: 4).

En cuanto al servicio de atención hospitalaria, se puede señalar que en todos los centros clínico-quirúrgicos del país existen salas de Geriatria. Son 34 en total y de ellas 11 son docentes.

En resumen, el gobierno ha reiterado su decisión de seguir adelante con las políticas sociales, orientadas por los valores de equidad y justicia social. Naturalmente, muchos ajustes serán necesarios. Tal vez las ideas de focalización, eficiencia y bajo costo, seguimiento y control de gestión, descentralización y otras del léxico del paradigma de las políticas públicas contemporáneas cobrarán fuerza.

No hemos abordado de manera particular el papel predominante de la familia en la provisión de cuidados a las personas ancianas, aunque, de hecho, la potenciación de los servicios comunitarios como las Casas de Abuelos que han sido tratados, deberán ser entendidos como una forma de intentar hacer más viables y efectivos el cuidado y apego que proporcionan las familias cubanas a sus adultos mayores.

A manera de conclusiones

Parte de los retos de los años venideros conducen, inexorablemente, a un cambio en las necesidades y las obligaciones de los miembros de la familia en cuanto a los cuidados de la tercera edad. Ello presupone también cambios importantes en la dinámica familiar y con ello, la aparición de nuevas demandas sociales.

Así, mientras la esperanza de vida aumenta, el número de cuidadores potenciales se verá reducido por el sostenido descenso de la fecundidad. Es importante destacar el papel de las mujeres en este rol. La tradición, la socialización y las relaciones económicas sitúan a las mujeres en el centro de las tareas de cuidar a los ancianos dependientes. Las evidencias muestran que, cualquiera sea la estrategia que implementen estos hogares, el ajuste generalmente supone costos económicos y psicológicos para las mujeres y las niñas o pone en riesgo la posibilidad efectiva de recibir el cuidado que requieren quienes lo necesitan o ambas cosas.

En consecuencia, la familia debe ser sostenida para desarrollar adecuadamente su apoyo y cuidado a las personas mayores dependientes, para ello deberían articularse políticas sociales (culturales, laborales, fiscales, de salud) que faciliten el cuidado familiar y que incorporen al adulto mayor y también al cuidador, quien pocas veces ha tenido experiencias previas.

En los procesos de formular políticas que impliquen a la familia, debe ser imprescindible fortalecer su capacidad para atender sus propias necesidades, tomar en cuenta el equilibrio entre el trabajo fuera del hogar y las responsabilidades familiares, a lo que habría que agregar el enfrentamiento a un nuevo riesgo social: la dependencia, resultado del envejecimiento poblacional. A la par, se deben considerar las diferencias de género y generacionales.

Esto, sin olvidar que los ancianos del futuro, que seremos todos nosotros a muy corto plazo, pertenecen a generaciones que han experimentado unas mejores condiciones de vida, no sólo desde el punto de vista económico, sino también cultural y social. Es decir, serán ancianos mucho más instruidos, más calificados, más urbanos, más informados, y, en consecuencia, más independientes que los ancianos de ahora. Por tanto, se hace difícil imaginar la presencia de un número creciente de personas viviendo en una sociedad que les ofrece pocos roles sociales con verdadero significado.

Existen muchas razones para creer que conforme envejece la población habrá necesidades sociales diferentes y habrá que tener más en cuenta el aporte de los ancianos en la sociedad, de lo contrario, no podrá mantenerse su adecuado funcionamiento.

Bibliografía

BENÍTEZ PÉREZ, María Elena, 2003, *La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.

CEDEM (Centro de Estudios Demográficos), 1976, *La población de Cuba*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.

MINSAP (Ministerio de Salud Pública), 2012, *Anuario Estadístico de Salud 2011*, La Habana.

MINSAP ((Ministerio de Salud Pública), 2012, *Cuba. Informe Nacional sobre Envejecimiento*, La Habana.

ONE/CEPDE, 2009, *Estudios y datos de la población cubana. Cuba y sus territorios 2009*, Oficina Nacional de Estadística/Centro de Estudios de Población y Desarrollo, La Habana.

ONE/CEPDE (Oficina Nacional de Estadística/Centro de Estudios de Población y Desarrollo), 2010, *Estudios y datos de la población cubana. Cuba y sus territorios 2010*, La Habana.

ONEI/CEPDE (Oficina Nacional de Estadística/Centro de Estudios de Población y Desarrollo), 2012, *Anuario Demográfico de Cuba 2011*, La Habana.

PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo), 1997, *Investigación sobre el Desarrollo Humano en Cuba 1996*, Editorial Caguayo, La Habana.

María Elena Benítez Pérez

Doctora en Ciencias Económicas por la Universidad de La Habana, Cuba. Profesora Titular a tiempo completo del Centro de Estudios Demográficos (CEDEM) de la Universidad de La Habana donde imparte los cursos de población y desarrollo, análisis demográfico y nupcialidad y familia. Miembro del Consejo Científico de la Universidad de La Habana y presidenta del Consejo Científico en CEDEM. Entre sus publicaciones destacan *La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX (Cambios sociodemográficos)*, Editorial de Ciencias Sociales, “Cuba: El sistema de salud frente a una población que envejece”, en *Revista Seguridad Social de la CISS*, “Familia cubana: Nuevos retos y desafíos a la política social” (Coautora), en *Inter Press Service Corresponsalia Cuba*.

Correo electrónico: benitez@cedem.uh.cu

Vejez y proceso de envejecimiento entre los zoques de Chiapas

Susana Villasana-Benítez

*Instituto de Estudios Indígenas/
Universidad Autónoma de Chiapas, México*

Introducción

En estudios anteriores dimos a conocer que la investigación social en México dedicada a los estudios de vejez, especialmente en sociedades rurales e indígenas, ha sido campo de interés de la Antropología y la Etnología, ya sea jugando el papel central en las investigaciones donde el viejo forma parte activa en las instituciones sociales o jugando un rol protagónico en las actividades de la vida diaria, como informante clave de la organización social comunitaria (Reyes y Villasana, 2010: 336).

Se reconoce que la vejez ha sido estudiada desde la perspectiva social y no sólo médica, que los aportes etnográficos ofrecieron expresiones de la vejez en contextos indígenas específicos. Así también, se mostró que aunque *el proceso de envejecimiento* de la población es un fenómeno global, *la vejez* es heterogénea y distingue las diferencias sociales y culturales que hay que considerar al diseñar políticas públicas o acciones que incidan en el nivel de vida de la población vieja (Reyes y Villasana, 2010: 336).

Otra cuestión importante es el reconocimiento de dos etapas en los estudios de vejez en contextos indígenas, la primera etapa que comprende un espacio temporal de 1940 a 1998 y la segunda que abarca cronológicamente de 1999 a la fecha.

En la primera etapa (1940-1998), se identifica a la vejez como un fenómeno homogéneo y se explica en términos culturales; los estudios realizados en contextos indígenas enfatizan el papel protagónico del anciano, especialmente masculino, como depositario ancestral de la tradición y los rituales. Asimismo, llamó la atención el sistema de gobierno indígena practicado a través del Consejo de Ancianos y el rol gerontocrático que

éstos ejercían en la sociedad; en cambio, el papel de la mujer anciana pasó prácticamente desapercibido, a no ser que ejerciera el rol de partera o que dominara alguna rama de la magia, medicina, hechicería o habilidades artesanales.

La segunda etapa (1999 a la fecha), distingue la vejez heterogénea y el proceso de envejecimiento de la población se reconoce como un fenómeno demográfico mundial que tiene implicaciones socioeconómicas. Así, la vejez y el envejecimiento de la población humana no sólo en contextos indígenas sino también en ambientes rurales y urbanos, son explicados como respuesta a fenómenos demográficos y económicos mundiales, con profundas desigualdades socioeconómicas, conflictos intergeneracionales y son reconocidos comportamientos heterogéneos, diferenciales según la sociedad en estudio (Reyes y Villasana, 2010: 336).

Esta visión heterogénea de la vejez observa toda una gama de “carerras” o formas de envejecer, según condición de género, cohortes etarias, economía, habilidades físicas y mentales; la posición económica, el estatus social, las redes de apoyo solidario y afectivo, los perfiles de salud, la condición de discapacidad y muchos otros factores que inciden o condicionan la forma de vivir la ancianidad.

Las formas de envejecer van desde quien goza de una vejez “exitosa”, hasta diversas formas de maltrato y abandono social del sujeto; desmitifica el paraíso gerontocrático que se presumió en los primeros estudios. Así, la falta de servicios médicos y sociales en la vejez en contextos indígenas pone al descubierto la cara de la pobreza extrema cuando se alcanzan edades avanzadas sin mayores soportes (Reyes y Villasana, 2010: 337).

Buscando entender y explicar la vejez en contextos indígenas los trabajos de investigación en la segunda etapa, centraron su óptica en la Etnogerontología social, y se consideró el hablar la lengua nativa como otro elemento particular. En el libro *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque*, Reyes (2002) analiza la cultura zoque de la vejez buscando interpretar la gradación de la edad desde la perspectiva indígena, el rol social de los viejos, las virtudes y los estigmas que implican ser viejo en la sociedad zoque y describe una tipología del maltrato infligido al anciano (Reyes y Villasana, 2010: 342).

Otro aporte, que se circunscribe en los estudios de población, es el *Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores en México* (Villasana y Reyes, 2006). En este trabajo se presentaron datos estadísticos que permiten conocer el perfil sociodemográfico de los adultos mayores indígenas (hombres y mujeres). Define la población de estudio en el contexto

del hogar indígena conformado por hablantes y no hablantes de lengua nativa; analiza el impacto del envejecimiento en la organización social y expresiones culturales de los pueblos indios.

En síntesis, el diagnóstico mostró que en el año 2000 la población adulta mayor indígena del país, tenía el siguiente perfil: diez de cada cien adultos mayores indígenas (10.5 por ciento) sufría al menos una discapacidad; setenta y cinco de cada cien (75.5 por ciento) declaró no tener servicio médico de alguna institución de salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX); sesenta y dos de cada cien (62.4 por ciento) no cuenta con alguna ocupación remunerada, y de los treinta y ocho de cada cien adultos mayores indígenas con alguna ocupación (37.6 por ciento) más de la mitad sobrevivía con menos de un salario mínimo (Villasana y Reyes, 2006: 31-35).

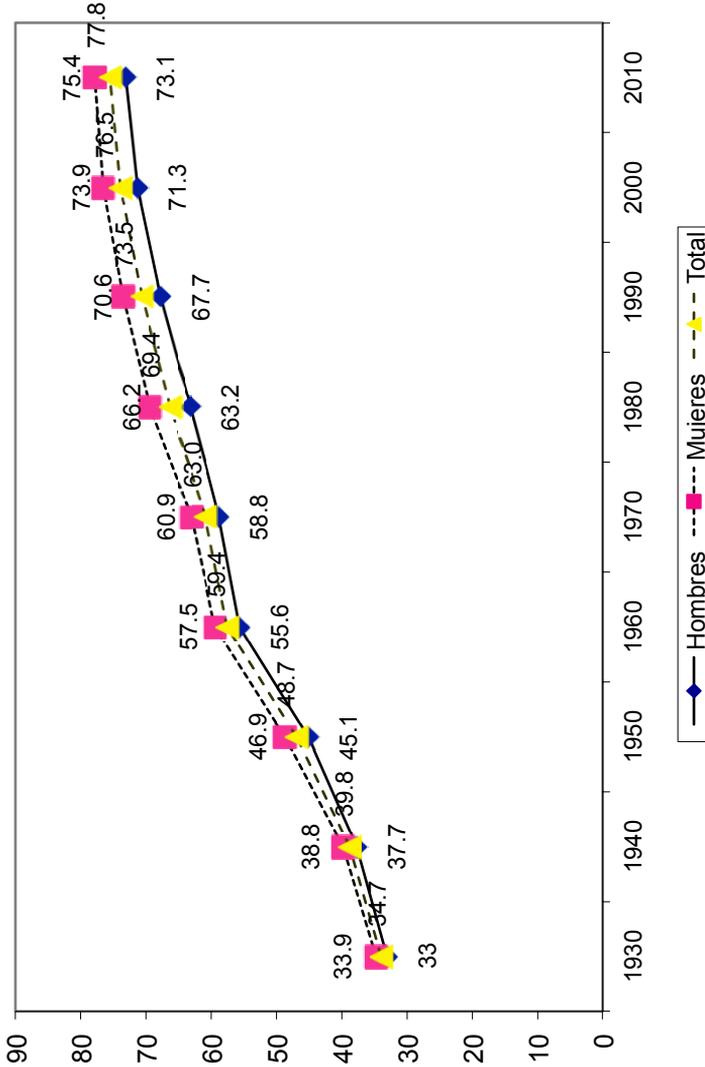
Envejecimiento de la población

El tema del envejecimiento de la población se enmarca en la discusión teórica de la globalización. Podemos reconocer que uno de los cambios a nivel mundial que se ha presentado paralelamente es el conjunto de modificaciones demográficas que ha tenido la población en el mundo: descenso de la fecundidad, descenso de la mortalidad y aumento en la esperanza de vida al nacer; modificaciones poblacionales que en el trayecto histórico se explican como componentes de la transición demográfica y epidemiológica, esta última debida a la revolución sanitaria del siglo XX (Villasana, 2011: 62).

En las dos etapas en que dividimos los estudios de vejez en contextos indígenas, la situación demográfica en México nos muestra que durante la primera etapa la esperanza de vida al nacer pasó de 33.9 años en 1930 a 38.8 años en 1940 y se fue incrementando en las décadas siguientes hasta alcanzar 70.6 años de vida en promedio en 1990. En la segunda etapa correspondiente a los años 2000 y 2010, los años por vivir se incrementaron en promedio a 73.9 y 75.4 respectivamente, ampliándose la brecha en años entre hombres y mujeres con una diferencia de 4.7 años de más esperanza de vida entre las mujeres (véase Gráfica 1).

La incidencia del proceso globalizador afecta también a los viejos y los hace partícipes de nuevas formas de vivir esta etapa, destacando la ampliación del período de vejez, entre 30 y 40 años, estilos de vida medicalizados que requieren largos tratamientos de enfermedades crónico degenerativas, creación de grupos de la tercera edad, conformación de un grueso de población que exige sistemas de seguridad social para el retiro y feminización del envejecimiento, entre otros cambios (Villasana, 2011: 62-63).

Gráfica 1. Esperanza de vida al nacimiento por sexo. 1930-2010



Fuente: INEGI. Indicadores Sociodemográficos, 1930-1998; CONAPO. México Demográfico, Breviario 1988; CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

En este contexto globalizador, Ham (2003) destaca diversos problemas referidos al envejecimiento de la población en México, entre ellos observa:

- El desplazamiento hacia edades mayores en la composición de la fuerza de trabajo y su repercusión en los mercados laborales ante la globalización económica, la transformación y tecnificación de los métodos de trabajo y los cambios en los modelos de desarrollo.
- La fragilidad en las condiciones de salud de la población en edades avanzadas, la mayor incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes, imponiendo la necesidad de modificar los sistemas de salud.
- La feminización del envejecimiento, debida no sólo a la mayor sobrevivencia de las mujeres sino también a las condiciones más adversas, físicas, económicas y sociales, con las que las mujeres llegan y pasan por la vejez en comparación con los hombres.
- La vulnerabilidad ante la vejez y sus aspectos físicos, sociales, éticos, legales y de derechos humanos (Ham, 2003: 39).

En México, datos censales de 2010 señalan que residen 112.3 millones de personas, monto que lo coloca como el onceavo país más poblado del planeta”. En cuanto al proceso de envejecimiento, éste ha provocado “cambios importantes en la estructura por edad: en 1970 el porcentaje de la población infantil (menor de 15 años) alcanza un nivel máximo (46.2 por ciento) para posteriormente experimentar un descenso significativo; paralelamente, la población en edad de trabajar (15 a 59 años) inicia en ese año un aumento en su participación relativa pasando de 48.2 por ciento en 1970 a 60.9 por ciento en 2010; mientras que la proporción de adultos mayores empieza hacer notorio su incremento al iniciar la década de los noventa: de 1970 a 1990 esta proporción se incrementa de 5.6 a 6.1 por ciento, en tanto que en las siguientes dos décadas aumentó casi tres puntos porcentuales al ubicarse en nueve por ciento para el año 2010 (INEGI, 2012: 3).

Vejez en la diversidad

Acercarse al conocimiento del perfil sociodemográfico de una población en el que destaca la diversidad cultural, requiere primero identificar los distintos grupos sociales que la conforman y encontrar alguna variable que nos acerque a esas diferencias. Para el caso de la población de México, el reconocer hablar alguna lengua indígena ha sido, hasta el momento, el indicador más operativo y práctico (INEGI). Con éste, se han registrado

grupos de hablantes indígenas que representan a un sector de habitantes en el país culturalmente distintos y que por inferencia, de la condición de habla, se reconoce como población indígena.

En el país, los hablantes de lengua zoque han habitado de manera constante principalmente en el estado de Chiapas. De 1990 a 2010 el peso porcentual de zoques representó 80 y 82 por ciento, respectivamente, y en menor número Oaxaca, Veracruz, Tabasco y Quintana Roo, en esta última entidad federativa los zoques son población de reacomodo que fue expulsada por el evento telúrico del volcán El Chichonal en 1982 (véase Cuadro 1).

Cuadro 1. Población de cinco o más años hablante de zoque. México 1990-2010 (en porcentaje)

	1990	1995	2000	2005	2010
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Chiapas	80.7	81.0	80.9	81.4	81.9
Oaxaca	11.2	11.5	10.3	9.7	8.4
Quintana Roo	0.4	0.5	0.8	1.1	1.6
Tabasco	0.8	0.8	1.4	0.9	1.2
Veracruz	6.5	5.4	5.5	5.2	5.0
Otras entidades federativas	0.5	0.8	1.2	1.8	1.9

Fuente: INEGI. XI Censo general de población y vivienda 1990.

INEGI. I Censo de población y vivienda 1995.

INEGI. XII Censo general de población y vivienda 2000.

INEGI. II Censo de población y vivienda 2005.

INEGI. Censo de población y vivienda 2010.

En este espacio geográfico interestatal es en el estado de Chiapas en donde se concentra la mayor densidad de población zoque. Así el espacio considerado como “tradicionalmente zoque”, lo han conformado doce municipios: Copainalá, Chapultenango, Francisco León, Ixhuatán, Jitotol, Ocoatepec, Ostucacán, Pantepec, Rayón, Tapalapa, Tapilula y Tecpatán; es ahí donde se concentra la mayor población hablante de zoque, el núcleo principal desde el punto de vista lingüístico, demográfico y cultural (véase Mapa 1).

Mapa 1. División política del estado de Chiapas. Región interestatal de pueblos zoques, 2010



Diseño de mapa: Benjamín Ayuuk Reyes Villasana.

Cuadro 2. Población de cinco o más años que habla zoque. México, 2010

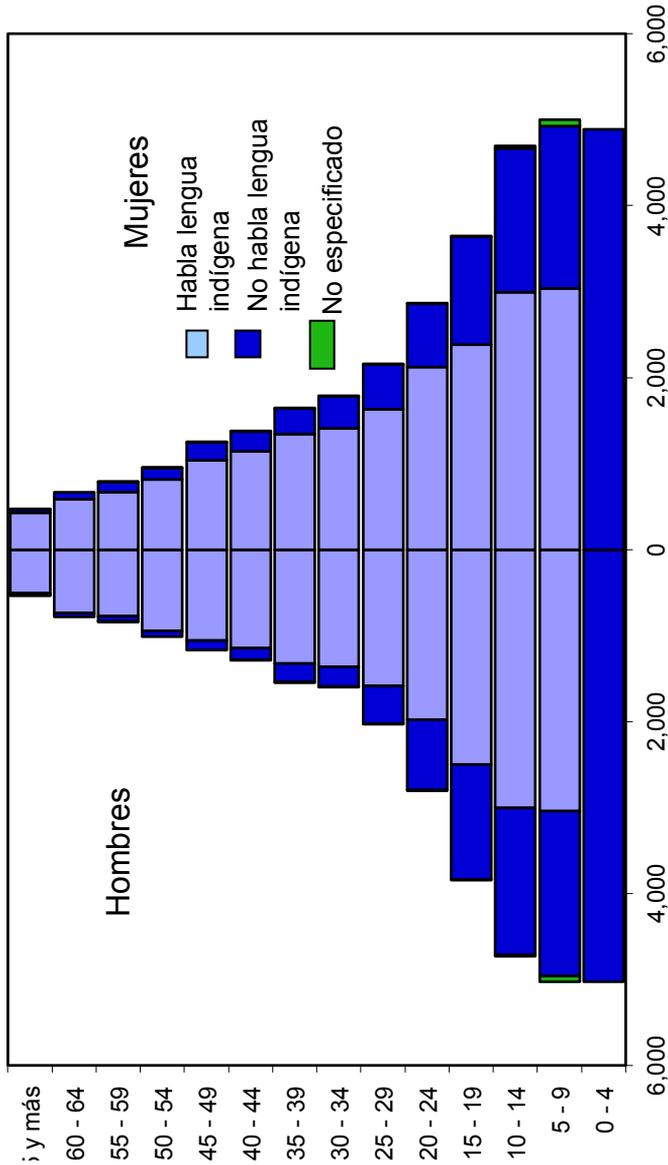
Nacional	63 022
Chiapas	51 611
Oaxaca	5 322
Quintana Roo	979
Tabasco	754
Veracruz	3 164
Otras entidades federativas	1 192

Fuente: INEGI. Censo de población y vivienda 2010.

Como ejemplo del cambio demográfico se muestra la pirámide de edades de la población que habitaba en hogares indígenas zoques en el año 2000, la cual presentó esa forma piramidal característica.

La pirámide de edades de población zoque mostró mayor concentración en los grupos de edad adulta de 20 a 49 años (34.5 por ciento) y de 50 o más años (9.5 por ciento).

Pirámide 1. Población de habla zoque en hogares indígenas por edad y sexo, 2000



Fuente: CDI-PNUD, Sistema nacional de indicadores sobre la población indígena de México, 2002, con base en: INEGI XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

En todos los grupos de edad de los hogares zoques se observó población no hablante de zoque, principalmente en las edades jóvenes de cinco a 19 años, resultando una pirámide de hablantes más angosta, lo que implica un proceso de pérdida de la lengua.

La cúspide que representa al conjunto de adultos mayores de 60 y más años conserva el uso de la lengua zoque (véase gráfica Población en hogares de habla zoque por edad y sexo, 2000).

Del total de población en el país, en el año 2010, los adultos mayores (60 o más años de edad) representaron 9.4 por ciento. En el caso de los hombres, se observa que nueve de cada cien son adultos mayores y del conjunto de mujeres en el país diez (9.8 por ciento) de cada cien son adultas mayores. Para el caso de Chiapas los adultos mayores representaron en la entidad 7.3 por ciento, observándose 7.4 por ciento hombres de 60 o más años de edad y 7.2 por ciento mujeres en ese mismo rango de edad.

El incremento de la población adulta mayor en la población zoque se observa claramente, en 1990 la población de 60 o más años de los doce municipios “tradicionalmente zoques” representó 4.5 por ciento hasta llegar en el año 2010 a 7.3 por ciento (Gráfica 2).

Perfil sociodemográfico

Haciendo un comparativo de los adultos mayores que habitan en hogares indígenas en los cinco grupos etnolingüísticos de Chiapas, observamos el siguiente perfil: en los hogares con adultos mayores indígenas existe una tendencia a la masculinización del envejecimiento y se presenta en los hogares choles, tojolabales, tzeltales y zoques y hay feminización del envejecimiento en los hogares tzotziles.

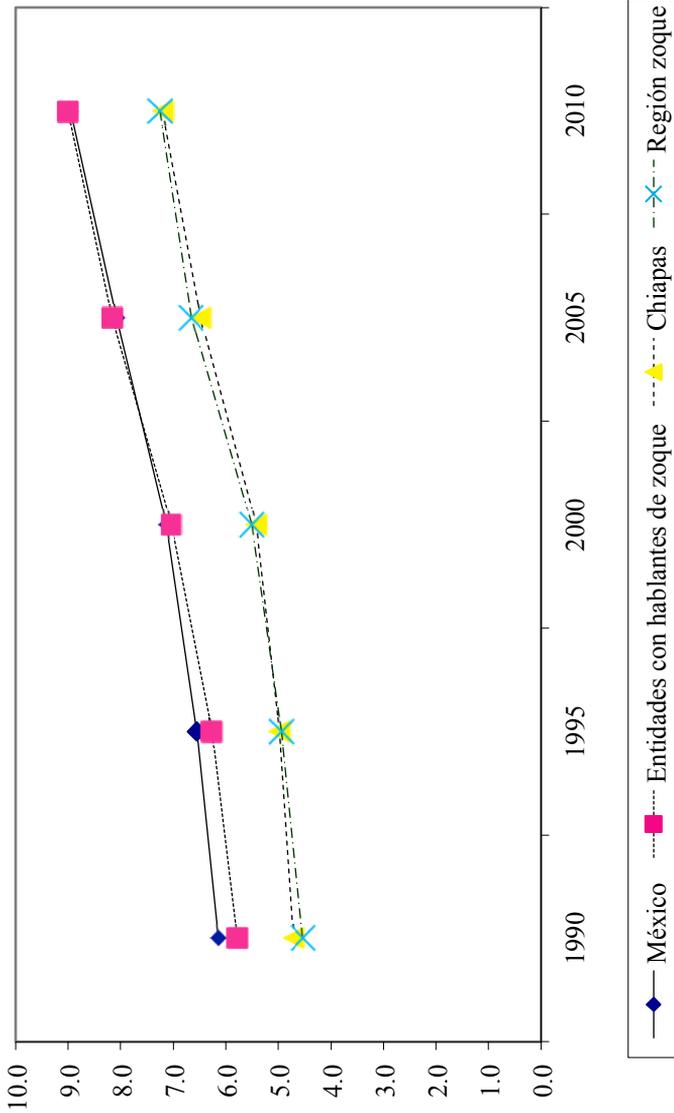
Menos de 17 por ciento de los habitantes en hogares indígenas tiene derecho a servicio médico, destacando los tojolabales con el mayor porcentaje de adultos mayores derechohabientes (16.3 por ciento) y los tzotziles con el menor porcentaje (8.13 por ciento).

Cuadro 3. El índice de masculinidad o relación de hombres por cada cien mujeres se muestra como sigue:

Chol	119 hombres por cada cien mujeres
Tojolabal	120 hombres por cada cien mujeres
Tzeltal	117 hombres por cada cien mujeres
Tzotzil	98 hombres por cada cien mujeres
Zoque	114 hombres por cada cien mujeres

Fuente: elaboración de la autora.

3. Población de 60 o más años en México. Entidades con hablantes de lengua zoque, Chiapas y región zoque. 1990 a 2010. Porcentaje



Fuente: INEGI. XI Censo general de población y vivienda 1990; INEGI. I Censo de población y vivienda 1995; INEGI. XII Censo general de población y vivienda 2000; INEGI. II Censo de población y vivienda 2005; INEGI. Censo de población y vivienda 2010.

La mayoría de los adultos mayores derechohabientes en los hogares indígenas tiene servicio médico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) siendo los hogares choles y tojolabales los que registraron mayor porcentaje de derechohabiencia (87.4 y 89.2 por ciento, respectivamente) y cerca de una cuarta parte de los adultos mayores indígenas declaró ser derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) destacando los tzeltales y tzotziles (21.4 y 26.8 por ciento, respectivamente). Las otras derechohabiencias fueron menores a cinco por ciento.

Conforme aumenta la edad, el riesgo de sufrir alguna discapacidad es mayor, ya sea por accidente o deterioro físico y/o mental. En Chiapas (2010) sólo 2.6 por ciento de la población total en la entidad sufre alguna discapacidad.

Es decir, por cada 100 personas hay 2.6 con algún impedimento pero, a partir de los 60 años, por cada 100 adultos mayores hay 17 con limitación en la actividad. 48.8 por ciento son hombres y 51.2 por ciento, mujeres.

En el caso de los zoques, observamos que en el año 2000 cerca de 90 por ciento de los adultos mayores indígenas declaró no tener discapacidad, lo que no significa que estén sanos y diez por ciento declaró tener una o más discapacidades. Los zoques mostraron un peso porcentual ligeramente mayor con discapacidad.

Entre las discapacidades de los adultos mayores indígenas destaca la visual (de 35 a 40 por ciento) siendo los tojolabales los de mayor porcentaje; en segundo orden de importancia está la discapacidad de movimiento, donde destaca el grupo chol; el tercer lugar de discapacidad lo registra la auditiva, siendo los zoques los de mayor porcentaje (29 por ciento). La discapacidad de brazos y manos con menos de diez por ciento la tienen los adultos mayores tojolabales; la discapacidad mental se registra en mayor porcentaje (12.2 por ciento) en los hogares tzeltales y la mudez fue la discapacidad menor a tres por ciento en todos los grupos.

En cuanto a la condición de habla en estos grupos etnolingüísticos más de 90 por ciento habla lengua indígena y menos de siete por ciento no la habla; los hogares indígenas zoques y tojolabales fueron los más castellanizados

Los adultos mayores que habitan en hogares zoques fueron los que presentaron los porcentajes más altos de bilingüismo (más de 80 por ciento), a diferencia de los choles, tzeltales y tzotziles, cuyos pesos porcentuales de monolingüismo fueron mayores a 50 por ciento.

Según la condición de alfabetismo, los adultos mayores indígenas muestran porcentajes muy altos de no alfabetizados, siendo los tojolabales los que presentan el peso porcentual más alto (84.3 por ciento) y solo cerca de una tercera parte de los zoques están alfabetizados.

El estado conyugal de los adultos mayores indígenas se concentró entre los casados o unidos. Llama la atención el grupo zoque que mostró el porcentaje más alto de solteros con cerca de 50 por ciento, los adultos mayores tojolabales con cerca de 10 por ciento de divorciados o separados y los tzotziles también con 10 por ciento de viudos.

Por último, la situación en el trabajo de los adultos mayores indígenas fue la siguiente: entre los choles, tojolabales y tzeltales más de 50 por ciento declaró que sí trabaja y más de 50 por ciento de tzotziles y zoques dijeron que no trabajan.

En los cinco grupos etnolingüísticos, de los adultos mayores que sí trabajan, más de 70 por ciento lo hacen por su cuenta, menos de 12 por ciento trabajan sin remuneración económica, principalmente tojolabales y choles, menos de ocho por ciento son jornaleros o peones, a excepción de los zoques quienes se dedican a esa actividad en mayor porcentaje y menos de seis por ciento dijeron trabajar como empleados u obreros.

Consideraciones finales

Dado el auge del fenómeno de la transición demográfica, el estudio de la vejez es un campo de investigación relativamente nuevo que cobra cada vez mayor importancia en diversos escenarios tanto académicos como en la instrumentación de políticas públicas.

Hasta ahora, en buena medida la investigación de la vejez, al menos en el plano social, se ha hecho en forma aislada y poco se ha trabajado en forma colegiada, en redes académicas o entre academia y política pública, aunque ya empiezan a aparecer publicaciones especializadas desde varias perspectivas teóricas y metodológicas.

Es muy importante destacar la necesidad de fortalecer la línea de investigación de la vejez femenina en diferentes contextos, pues este sector de la población es el mayoritario, el más pobre, el menos alfabetizado, al que culturalmente se le ha adjudicado el rol de cuidadora de los miembros de la familia. Cada vez es mayor el número de hogares con jefatura de mujeres ancianas y otro tanto por mujeres que viven solas y viudas entre otros muchos criterios que las siguen haciendo invisibles en los estudios sociales. Los pueblos indígenas no cuentan, hasta ahora, con modelos de atención

geriátrica y gerontológica que consideren los aspectos socioculturales de la etnia.

Finalmente, se presentan recomendaciones generales para atender al sector envejecido:

- Política educativa que dignifique el papel del anciano.
- Programa integral de atención oftalmológica. La afección de mayor severidad fue la ceguera en sus diversas modalidades.
- La discapacidad es un problema de salud pública; se requieren programas de prevención y atención.
- Programa de hospitales sobre ruedas de atención geriátrica.
- Atención a los Derechos Humanos; el despojo, abuso recurrente en ancianos.

Bibliografía

HAM-CHANDE, Roberto, 2003, *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, Miguel Ángel Porrúa, El Colegio de la Frontera Norte, México.

INEGI, 1990, *XI Censo General de Población y Vivienda*, México.

INEGI, 1995, *I Conteo de Población y Vivienda*, México.

INEGI, 2000, *XII Censo General de Población y Vivienda*, México.

INEGI, 2005, *II Conteo de Población y Vivienda*, México.

INEGI, 2010, *XIII Censo General de Población y Vivienda*, México.

INEGI, 2012, *Estadísticas a propósito del día mundial de la población*, noticias 11 de julio de 2012, en <http://www.inegi.org.mx/>

REYES GÓMEZ, Laureano, 2002, *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque*, Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad Autónoma de Chiapas-Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste de la Universidad Nacional Autónoma de México, México.

REYES GÓMEZ, Laureano y Susana Villasana Benítez, 2010, “Los estudios sociales de vejez en población indígena”, en *Envejecimiento humano una visión transdisciplinaria*, Instituto de Geriátrica, Gobierno Federal. México.

VILLASANA BENÍTEZ, Susana y Laureano Reyes Gómez, 2006, *Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores indígenas de México*, CDI-PNUD, México.

VILLASANA BENÍTEZ, Susana, 2011, “Diversidad en población indígena envejecida de Chiapas”, en Laureano Reyes Gómez y Susana Villasana Benítez (eds.), *Gerontología social. Estudios de Argentina, España y México*, Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, México.

Susana Villasana-Benítez

Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios de Población por El Colegio de la Frontera Norte. Es investigadora de tiempo completo del Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad Autónoma de Chiapas. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Entre sus publicaciones recientes destacan *Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores en México* (coautora) CDI-PNUD. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo; *Gerontología Social. Estudios de Argentina, España y México* (coeditora), Editorial Fray Bartolomé de Las Casas; *Avances y Perspectivas Interdisciplinarias para el Desarrollo* (co-coordinadora), Eae-publishing, Editorial Académica Española.

Correo electrónico: s1vb@yahoo.com.mx

Envejecer exitosamente: un reto demográfico actual

Areli Ivonne Fuentes-Soriano, Catalina Soriano-Reyes y Moisés García-Rosete

*Facultad de Enfermería y Obstetricia
Universidad Autónoma del Estado de México, México*

Ciertamente el envejecimiento demográfico es un fenómeno que existe en todo el mundo, dado por el descenso de la natalidad y la disminución de la mortalidad; el envejecimiento se considera como un logro de la humanidad, ya que la esperanza de vida al nacer ha aumentado considerablemente por los avances tecnológicos y las ciencias biomédicas que han influido en el ámbito preventivo y la promoción de la salud.

Dentro del envejecimiento encontramos una amplia heterogeneidad, Por ejemplo, en países desarrollados este proceso ha sido lento y se ha vivido con tiempo atrás, lo que ha permitido tener la oportunidad de adaptarse paulatinamente a nuevas estructuras sociales y económicas; sin embargo, en los países en desarrollo, hoy por hoy, es un fenómeno que se presenta con gran rapidez; pero existen otros problemas como la pobreza, el rezago educativo, la falta de empleo, entre otros factores, que han generado desigualdad social, lo que impide una visión positiva del envejecimiento.

El envejecimiento es parte integrante y natural de la vida de los seres humanos, se conduce de manera progresiva, compleja y variable; es multidireccional y multidimensional, lo que implicará una profunda transformación en las demandas sociales, así como la reestructuración y reorganización de muchas de las instituciones, que deberán responder a las necesidades sociales de empleo, vivienda, educación y salud (CONAPO, 2005: 25).

La Organización de las Naciones Unidas desde el año de 1979 determinó en Kiev, Ucrania en la “Reunión sobre Envejecimiento”, que la vejez comenzaba a los sesenta años en los países en desarrollo y a los sesenta y cinco en los países desarrollados (ONU, 1979). Esta diferenciación es

marcada por las condiciones de vida de la población, además de sus particularidades biológicas, demográficas, económicas, sociales, políticas y culturales. Conocer este fenómeno implica la integración de conocimientos en los que se incluyan modelos de vida, relaciones sociales, atención médica, apoyo psicológico, alimentación, ingresos económicos, así como los derechos de los adultos mayores, con el fin de minimizar las capacidades y minusvalías de estas personas.

La vejez legalmente comienza a los 60 o 65 años y en un contexto sociocultural específico se observan los cambios en los papeles y roles que desempeña el individuo anciano; por ello, a las personas mayores se les asigna una edad cronológica dentro de su contexto sociocultural. Cada etapa del curso vital está designada por los distintos roles que el individuo va adquiriendo y desempeñando a partir de su infancia.

En la actualidad la edad se tornará cada vez menos importante como elemento de distinción entre personas adultas y adultas mayores y llegará un momento en que la edad cronológica ya no sea el mejor referente para predecir intereses, actitudes, capacidades intelectuales y sociales o incluso vitalidad y fortaleza. Por ello, la última etapa de la vida que es producto del alargamiento de ésta, se ha vuelto cada vez más compleja y multiforme.

Mariátegui Chiappe en su texto *Hacia Una Vejez Creativa* (1999) cita que el anciano joven, definido arbitrariamente como el individuo de 65 a 75 años, característicamente no experimenta enfermedades incapacitantes; el anciano que se encontraba a finales de la década de 1970 y más allá, tiene más probabilidades de padecer incapacidades físicas y mentales, por lo que es más propenso a ajustarse al estereotipo tradicional de persona anciana, dependiente y frágil. Asimismo, Ham (1999: 9-14) señala que es conocido que los estados de salud y de capacidad se encuentran relacionados con la edad y por ello se han propuesto subgrupos de edad dentro del gran grupo de 60 años o más y se requiere de una nueva visión social y cultural sobre los distintos segmentos de la población y su funcionamiento.

Vivir la vejez implica ir ajustándose a los cambios que se van experimentando, tanto en lo físico y psicológico, como lo social y espiritual, aprendiendo a disfrutar las oportunidades y manejando las limitaciones; envejecer es un hecho biológico y sociocultural donde las sociedades desarrollarán un sinnúmero de respuestas para comprenderlo, aceptarlo y adaptarse de acuerdo con su forma de vida en donde influyen factores genéticos, ambientales y sociales.

Envejecer es una realidad con sustento biológico, el cual desde la condición humana no se puede evitar, puesto que va más allá de querer o no.

En la sociedad actual se niega estar en ella y es un proceso que no se quiere protagonizar; en su construcción y significación social su percepción es un malestar, una carga, un estado de incapacidad e inutilidad; es el resultado de factores que se caracterizan por una serie de cambios sucesivos de carácter irreversible los cuales se producen en el individuo mucho antes que sus manifestaciones se hagan visibles.

En el proceso de envejecimiento hay una serie de cambios en el funcionamiento de las distintas estructuras del cuerpo que de manera lenta y progresiva se presentan en el trascurso del tiempo, cuya característica es la disminución gradual de algunas funciones y probablemente la desaparición de otras, aumentando así la vulnerabilidad del sujeto. La forma en que se envejece y se vive este proceso, la salud y capacidad funcional dependen no sólo de la estructura genética, sino también de lo que se ha hecho durante la vida, del tipo de cosas con las que se ha encontrado a lo largo de ella y de cómo y dónde se ha vivido (Peña, 2009: 54).

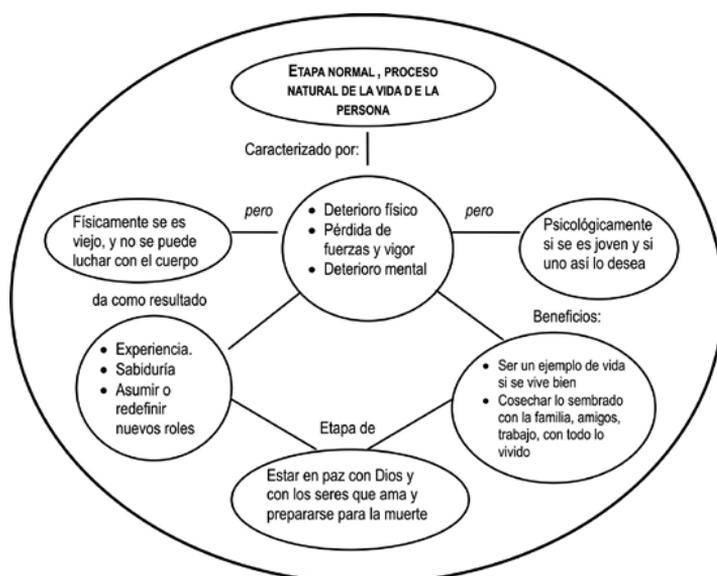
A la vejez se le percibe desde la óptica de la edad como una etapa de deterioro y no de crecimiento y desarrollo; todo el entorno y el medio ambiente vislumbran un acontecer de “obscuridad”, donde puede verse un paisaje de la vida carente de luz. Fericgla (2002: 23) señala que es un periodo de la vida arbitrariamente improductivo, donde las sociedades mantienen una cierta categoría tabú por su relación con el deterioro biológico y la muerte y al que se quiere maquillar y disfrazar de lo que no es por medios tecnológicos y considera a la vejez como un periodo de la vida más cercano a la muerte.

Lo anterior es parte del imaginario negativo que se tiene de este proceso; sin embargo, en la actualidad, la vejez se conduce no sólo como un proceso de deterioro, sino como una etapa de gozo y disfrute por el tiempo transcurrido en el curso vital, gracias al avance tecnológico, la ganancia de años en la esperanza de vida de la población aunado al mejoramiento de la calidad de vida en el hombre. En este sentido, Hayflick (1999: 54) menciona que no tiene por qué ser una etapa llena de pérdidas, puede vivirse plenamente cuando existen las condiciones necesarias en cuanto estructuras de oportunidades, recursos y sobre todo una visión positiva de la ancianidad al interior de las sociedades.

Por ello, no sólo constituye un hecho natural sino una construcción de carácter histórico-cultural que se valora universalmente como adecuada cuando existen seguridad, respeto por parte de otros y posibilidades de ser socialmente útil. Vera (2007) considera al envejecimiento como un proceso natural de la vida donde se hacen explícitos el deterioro y pérdidas;

sin embargo, esta etapa también está llena de experiencias y capacidad de adaptarse a nuevas vivencias, teniendo conciencia de cómo se percibe; así pues en el envejecimiento se observan los siguientes factores (Figura 1):

Figura 1. Conocimiento sobre la vejez y ser adulto mayor o anciano



Fuente: Tomado de Vera (2007:287).

El adulto mayor está adquiriendo mayor peso e importancia en el discurso social porque su nivel intelectual ha venido creciendo en forma paulatina pues se está integrando al mercado de consumo y con su alto potencial de conciencia podrá presionar social y políticamente. Es fundamental tomar en consideración cómo viven las personas, cómo es su entorno natural y social. Las enfermedades y sus desequilibrios en el cuerpo, la disminución sensorial, las deficiencias nutricionales, las depresiones y la falta de medios económicos dejan a menudo a las familias abatidas y al anciano abandonado.

Ham (1999: 10) dice que la vejez genera un regreso a la dependencia hacia la familia en particular y hacia la sociedad en general, con sustanciales demandas de manutención y cuidado, finalmente se cae en la necesidad de resolver los distintos problemas que este proceso conlleva, incluyendo su prevención.

No sólo es un problema individual o social; las dificultades en esta etapa del curso de vida se observan en las capacidades físicas y mentales, en la disminución de la autonomía y la adaptabilidad, en el menoscabo de roles familiares y sociales, el retiro del trabajo, la pérdida de capacidad económica, el cese de otras actividades y el deterioro en la salud con consecuencias incurables y progresivas.

La nueva composición de la población ofrece al anciano actual un mayor nivel cultural, en el que mantendrá el hábito de la ocupación del tiempo de ocio, se manifestará deseoso de viajar, deseará ser amado y valorado por la sociedad, disfrutará la vida y aportará la experiencia adquirida a lo largo de los años de actuación profesional, estará preocupado por su salud y querrá conocer su nivel real, realizará proyectos para su jubilación, preferirá vivir en su propio domicilio mientras le sea posible y dispondrá de una pensión de Estado y tenderá al ahorro.

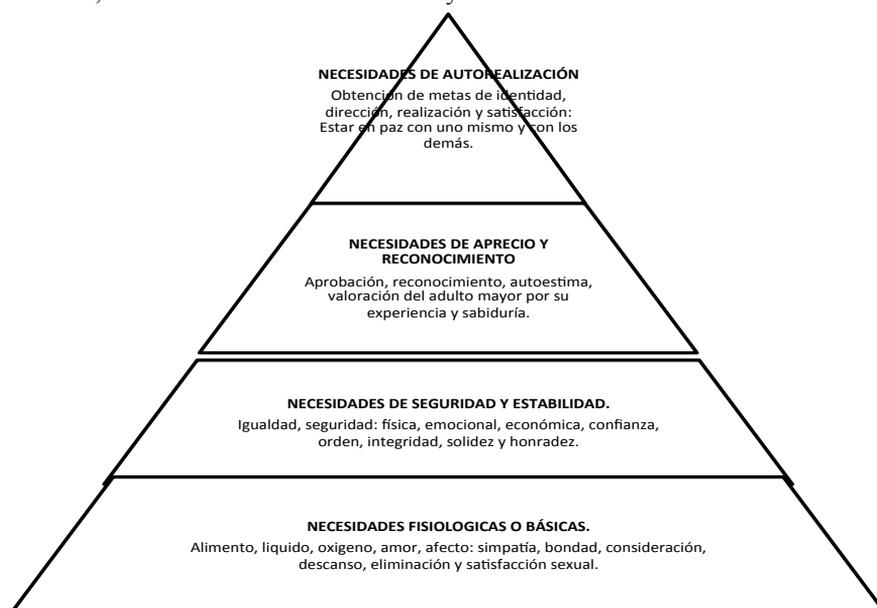
El actual marco de políticas sociales y públicas hacia este sector necesariamente tiene que cambiar, pues el aumento de la población no sólo modifica la estructura demográfica, sino que se presentan cambios en el interior de la compleja dinámica social y su estructura. Hoy por hoy; las personas mayores son un recurso humano “activo” para el desarrollo de los países, en el sentido de ciudadanos que ejercen derechos y que participan en la toma de determinadas decisiones y no se deben considerar como meros receptores pasivos de cuidados, de ayuda y de beneficios.

En la búsqueda de estas satisfacciones sociales, económicas y culturales, hoy en día existe la formulación del denominado “envejecimiento exitoso”; que está dado por la satisfacción de la vida y posibilidad de ejecutar roles sociales, además de que conlleva una serie de elementos, por ejemplo adaptarse a los cambios sufridos, mantenerse activo, prepararse para la jubilación, aceptar oportunidades y experiencias nuevas, mantener la autonomía mientras sea posible, conservar y cultivar relaciones con la familia y con los amigos, mantener una actitud mental positiva y por último, darle un sentido a la vida.

Cabe señalar que el envejecimiento, ya sea individual o social, conduce al individuo a percibirse de acuerdo con sus estilos de vida y a los “cánones” que la sociedad le impone llamándolo entonces “viejo”, “Adulto Mayor”, “añoso”, “senil”, “anciano”; considerando que estas referencias negativas de la vejez se perciben como fuente de enfermedad y declive, obviando los aspectos positivos de esta etapa como el conjunto de experiencias, conocimientos, sabiduría e integridad, entre otros que fomentan en el individuo viejo la confianza en sus propias potencialidades.

En este sentido, es importante que el adulto mayor reciba y dé amor para construir una base de seguridad y de necesidades físicas satisfechas como se ha mencionado con anterioridad. Maslow (Vera, 2007: 287) dice que la persona busca amor y da amor a otros; además de que necesita aceptación y la compañía de los demás. También comparte su potencial y su propia persona con aquellos que le muestran amor. Como ser social, el anciano necesita prolongar su libertad de acción y comunicación y de la disposición económica para satisfacer sus necesidades. En la Figura 2 se indican las necesidades que tiene que cubrir para dar un sentido y satisfacción a su vida.

Figura 2. Adecuación de la escalera jerárquica de necesidades de Abraham Maslow, a las necesidades del adulto mayor



Fuente: tomado de Vera (2007: 290).

La estructura de las necesidades anteriores indica la manera de integrar los distintos satisfactores que el adulto mayor debe cubrir para tener una vejez plena, donde todas sus capacidades lo integren a su círculo social próximo y siga siendo útil a sí mismo y a la comunidad, además, que se le desprenda la “etiqueta” como un miembro disfuncional de la vida activa y productiva de la sociedad. Peña (2009: 58) considera que el adulto mayor tiene buen nivel de bienestar cuando es capaz de frenar los cambios que ocurren en su organismo y medio social con un grado de adaptación adecuado y satisfacción personal.

La calidad de vida es la interacción entre la satisfacción de la vida y las condiciones objetivas de ésta, entendiendo a las últimas como elementos de la salud, el cuidado familiar, las actividades laborales o recreativas, las prestaciones estatales y la satisfacción de las necesidades de relación social.

Lograr entender y analizar estos factores fortalece la creación de un envejecimiento exitoso que ha de proyectarse y encaminarse sobre puntos tan importantes como el envejecimiento saludable, el envejecimiento productivo y el envejecimiento activo. A lo largo de las últimas décadas del siglo pasado, se ha categorizado al envejecimiento en tres tipos: “normal”, “patológico” y “óptimo”. La vejez normal es aquella que se observa sin patologías inhabilitantes, la segunda se desarrollará en un organismo vencido por la enfermedad y la inhabilidad; el envejecimiento óptimo se entrecruza con la salud (o ausencia de la enfermedad) y habilidad funcional (es decir, ausencia de discapacidad) con óptimo funcionamiento cognitivo y físico y un alto compromiso con la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) describe al envejecimiento saludable como la búsqueda de formas de conservar y mejorar las habilidades funcionales de las personas al envejecer, ayudarles a mejorar su independencia en la comunidad y mejorar la calidad de sus vidas. También ha definido al *envejecimiento activo* como el proceso de optimizar las oportunidades de lograr el bienestar físico, social y mental a lo largo de toda la vida, con el fin de aumentar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la tercera edad.

Existen factores externos que favorecen envejecer con salud, como por ejemplo el acceso a la educación, al trabajo y al descanso, asimismo, los bienes materiales y culturales dignos y unas políticas públicas inclusivas (Brigeiro, 2005: 104). En el Cuadro 1, Fernández-Ballesteros *et al.* (1998) muestran las manifestaciones modificables de la vejez a través de los problemas y factores de cambio para lograr una vejez competente o con éxito.

Es importante que se integren distintas miradas y disciplinas a través de la interdisciplinariedad, ya que los adultos mayores son esencialmente heterogéneos, en su cultura, en su biología, su genética y sus comportamientos, por lo que al definir sus preferencias frente al “envejecer bien” son distintas entre unos y otros.

Lograr una longevidad exitosa se traduce en la culminación y razón de ser del proceso de desarrollo humano, tanto a nivel individual como colectivo, donde esos años ganados se puedan vivir con calidad, dignidad y autonomía, además de capacidad funcional y salud, participación social y económica, entre otras cosas.

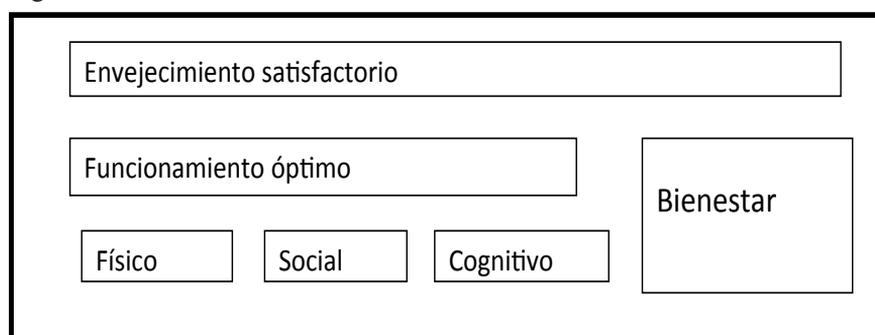
Cuadro 1. Manifestaciones modificables de la vejez	
Problemas	Factores de cambio
Declive intelectual	Ejercicios mentales
Memoria	Aprender nuevos trucos
Aislamiento/soledad	Habilidades sociales
Lentitud	Ejercicios
Agilidad	Estiramientos
Movilidad	Ejercicio físico
Sueño	Relajación
Depresión	Actividades agradables
Aburrimiento	Creación
Reserva cardíaca	Ejercicios aeróbicos
Tensión alta	Ejercicio físico, control de peso, dieta
Corazón/cáncer	Dieta, ejercicio, hábitos saludables
Artritis	Ejercicio, control de peso

Fuente: Fernández-Ballesteros *et al.*, 1992.

El *Envejecimiento satisfactorio* conlleva a mantener la capacidad funcional en ausencia de enfermedades y una vida social activa rica en relaciones interpersonales. Los factores clave para un envejecimiento satisfactorio, comenta Pérez-Castejón (2007) son la habilidad para mantener una buena función física y mental, una actitud de compromiso con la vida y la ausencia de enfermedad y discapacidad relacionada con ésta, junto a seguridad económica, control personal es decir, independencia, dignidad, autoestima y apoyo social.

En la Figura 3 se plasman los elementos que conforman el envejecimiento satisfactorio, según Pérez-Castejón (2007: 43), donde se incluye un funcionamiento óptimo físico, social y cognitivo para lograr un estado de bienestar.

Figura 3



Fuente: Pérez-Castejón (2007: 43).

El *envejecimiento exitoso* ocurre cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida. Esto no deja de ser un criterio subjetivo, sometido a la comparación entre las necesidades individuales y el contexto concreto del desarrollo presente. Esta definición se aplica también a la relación entre un cierto grado de salud objetiva y la satisfacción subjetiva del adulto con la vida que lleva. El término “envejecimiento exitoso” es demasiado impreciso, porque definir el “éxito” depende de una situación individual concreta, de unas metas deseadas o de una circunstancia personal, como una enfermedad o la pérdida de un ser querido (Sarabia, 2009, 172).

Envejecer exitosamente dependería mayoritariamente de acciones en prevención y promoción de la salud, ya que la desdicha de la vejez asociada con el deterioro físico y mental estaría supuestamente bajo nuestro control. Las pérdidas, según este paradigma, están asociadas a factores tales como hábitos cotidianos, alimentación, práctica de ejercicios, etc., todos ellos “factibles de control y cambios”. El envejecimiento exitoso, como afirman algunos autores, resulta ser una cuestión de opción individual (Brigeiro, 2005; 103-104) y a su vez colectiva. En la Figura 4 se observa la propuesta de Rowe y Kahn (1997) para contextualizar al envejecimiento exitoso:

Figura 4. Modelo de envejecimiento exitoso (Rowe y Kahn,1997).



Fuente: Castillo (2009).

En lo que respecta al alto funcionamiento físico y cognitivo, se menciona la importancia que tienen los comportamientos cognitivos que se ven afectados durante la vejez, como el declive intelectual, la memoria, así como la movilidad o la agilidad, ya que en esta etapa existe un declive de

todas aquellas funciones que tienen que ver con la inteligencia, la disminución del nivel de actividad y de ejercicio físico que el individuo realiza.

La *MacArthur Foundation Research Network* desarrolló predictores con los que evalúa un adecuado funcionamiento cognitivo en la vejez: la educación, el nivel de actividad fuera del hogar y la capacidad vital. El nivel educativo produce un efecto directo positivo sobre las estructuras y el funcionamiento cerebral y además los hábitos cognitivos que genera influyen en el mantenimiento del funcionamiento cognitivo a todo lo largo de la vejez.

El funcionamiento físico, tanto en casa como fuera de ella, representa a la salud física como psicológica y al funcionamiento general del individuo. Se dice que el ejercicio físico mejora el funcionamiento cognitivo, retrasa el declive en la velocidad de procesamiento de la información y mejora el tiempo de reacción.

La actividad física aparece una y otra vez como ingrediente esencial para lograr el envejecimiento exitosamente (Engler y Peláez, 2002: 38). Cabe señalar que las actividades en la vida diaria son elementos claves para medir calidad de vida y capacidad funcional en los adultos mayores y se definen como el conjunto de tareas cotidianas comunes que se requieren para el autocuidado personal y una vida independiente y en el deterioro funcional en adultos mayores, entendido como el declive en la capacidad de ejecutar una o más de las actividades de la vida diaria. En el Cuadro 2 se señalan algunos beneficios de la actividad física.

Acosta *et al.* (2012) complementan estas actividades con las denominadas “instrumentales”, que se refieren a aquellas que son vitales para el mantenimiento de la función normal de los adultos mayores en el hogar y en la comunidad, entre las que se encuentran la capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparar comida, cuidar el hogar, lavar la ropa, usar medios de transporte, tener responsabilidad respecto a medicación y manejo de asuntos económicos, actividades que pueden categorizarse como aquellas que se basan en la salud física o la fuerza.

Hablar de un compromiso con la vida, implica identificar cuáles y cómo son los satisfactores de vida del adulto mayor, además de la manera en que contiene y mantiene sus relaciones sociales, ya que cuando éste vive una pérdida postula que el proceso social de retirada de su ámbito laboral o social se encuentra vulnerable y se desquebraja parte de su vida activa, desvinculándole de las distintas estructuras sociales como la pareja, la familia, el grupo, la sociedad. Por lo tanto, puede vivir una desvinculación social referida al trabajo y las relaciones sociales y otra psicológica que

hace que el individuo se retraiga de su implicación emocional con el otro y la sociedad. Es por ello que el aislamiento y la ausencia de relaciones sociales son predictores de enfermedad y muerte que influyen en la persona para no concretar su envejecimiento de manera exitosa, activa y satisfactoriamente.

Cuadro 2. 26 Beneficios del ejercicio físico

Fisiológicos

Beneficios inmediatos	Beneficios a largo plazo
1. Ayuda a regular el nivel de glucosa	4. Resistencia aeróbica/cardiovascular. Mejora sustancial del funcionamiento cardiovascular
2. Nivel de las catecolaminas, estimula la noradrenalina y la adrenalina	5. Fortalecimiento y resistencia muscular que conlleva un factor protector de la independencia y la autonomía.
3. Mejora el sueño	6. Flexibilidad. Preserva y restaura la flexibilidad corporal.
	7. Balance y coordinación. Regula el equilibrio y previene o pospone las disfunciones asociadas al declive asociado a la edad de esta función.
	8. Velocidad de movimientos. Compensa declives en rapidez producidos por la edad.

Psicológicos

Beneficios inmediatos	Beneficios a largo plazo
9. Relajación	12. Bienestar general
10. Reducción del estrés y la ansiedad	13. Mejora la salud mental
11. Mejora del estado de ánimo	14. Mejora el funcionamiento cognitivo e intelectual
	15. Mejora la psicomotricidad
	16. Aprendizaje de nuevas habilidades motoras.

Psicosociales

Beneficios inmediatos	Beneficios a largo plazo
17. Mejora la imagen social de los mayores	19. Mejora la integración
18. Permite la integración social y cultural	20. Favorece las nuevas amistades
	21. Amplia redes de apoyo social y cultural
	22. Mantenimiento o desarrollo de roles activos
	23. Mejora las relaciones intergeneracionales

Para la sociedad

24. Reduce los costos sociales y de salud
25. Mejora la productividad de las personas mayores
26. Promueve una imagen positiva de los mayores

Fuente: Heidelberg Guidelines for promoting physical Activity Among Older persons" OMS, 1997).

Adaptación: Prof. R. Fernández-Ballesteros, Laboratorio de Gerontología, Universidad Autónoma de Madrid

Es necesario entonces que existan redes de apoyo social ya que juegan el papel de protector contra la enfermedad tanto física como mental. Por ello, Fernández-Ballesteros (1998) concluye que la vinculación social aporta los siguientes resultados: i) el aislamiento es un factor de riesgo para la salud, ii) el apoyo social produce efectos positivos sobre la salud y iii) no puede hablarse de un tipo de apoyo más efectivo que otro, ya que la efectividad aparece modulada por la situación y la persona.

Para estudiar al adulto mayor y sus actividades productivas, la teoría de la actividad suele aportar conocimientos en este ámbito, ya que se fundamenta en la hipótesis de que la realización de un elevado número de roles sociales o interpersonales se correlaciona de forma significativa con un elevado nivel de adaptación y satisfacción vital percibido por la persona mayor. Por lo tanto, la noción de que la actividad se relaciona con el bienestar subjetivo tiene un largo proceso histórico. Se dice que un estilo de vida activo y con suficientes roles sociales mantiene al anciano social y psicológicamente adaptado, puesto que tiene la necesidad psicológica y social de mantenerse activo.

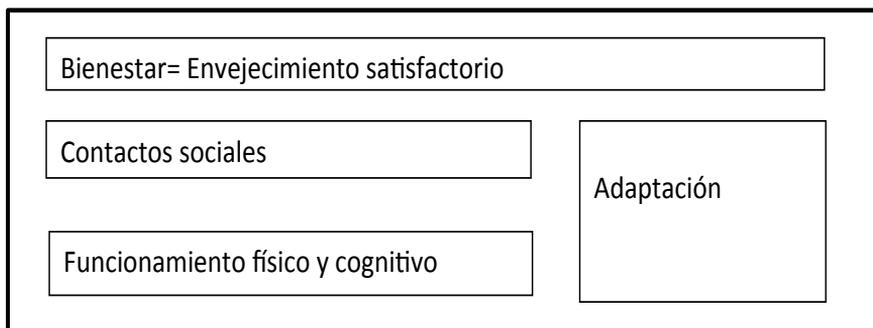
Acosta *et al.* (2012; 150), mencionan la división de las actividades en tres dominios, propuesta por Lemon, Bengston y Peterson. La primera se refiere a las actividades sociales informales, dada por el contacto frecuente con niños familiares, amigos y vecinos; la segunda son las actividades sociales formales donde existe la participación frecuente en grupos de iguales, el cuidado de enfermos, la asistencia a clases de manualidades o actividades en la iglesia, por mencionar algunas. La tercera son las denominadas actividades solitarias en el que el individuo hace lectura frecuente de libros o periódicos, ve la televisión o escucha la radio.

Para lograr un envejecimiento satisfactorio las personas mayores deben llevar una vida activa, más allá del ocio y de llenar el tiempo libre mediante la recreación y la actividad, resultando entonces una estrategia preventiva llevarlo a cabo, pero también la manera en como se adapten a los nuevos cambios que trae consigo el envejecimiento.

En los estudios actuales sobre el envejecimiento satisfactorio se encuentra un enfoque que contempla estrategias de adaptación a los cambios sufridos, el cual es el modelo de selección, optimización y compensación (SOC) descrito por Acosta *et al.* (2012: 151), lque señala que la selección es la elección de objetivos, es decir, los estados deseados que la gente busca obtener o mantener y el establecimiento de prioridades al respecto. El proceso de selección puede ser guiado por preferencias individuales o por la experimentación de pérdidas. En la optimización hay uso de recursos

específicos para obtener los objetivos seleccionados. Y por último, la compensación propone el uso de recursos alternativos de acción para mantener un nivel dado de funcionamiento, cuando los recursos específicos para lograr objetivos no están disponibles, se han perdido o están en declive.

Figura 5



Fuente: Pérez-Castejón (2007: 43).

En el Cuadro 3, Baltes (1997) creador de este modelo expone estos tres factores.

Cuadro 3. Estrategias SOC desde una perspectiva de teoría-acción

Selección	Optimización	Compensación
<p><i>Selección electiva:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Especificación de objetivos. • Jerarquización de objetivos. • Aplicación de objetivos. <p><i>Selección basada en pérdidas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfocarse en el objetivo u objetivos más importantes. • Reestructuración de la jerarquización de objetivos. • Buscar nuevos objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque de atención. • Persistencia. • Adquisición de nuevas habilidades/recursos. • Práctica de habilidades. • Asignación de recursos (esfuerzo, energía y tiempo) • Imitar a otros que optimizan exitosamente. • Motivación para el autodesarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar el enfoque de atención. • Sustitución de medios. • Uso de dispositivos de ayuda y apoyo de otros • Uso de intervención terapéutica. • Adquisición de nuevas habilidades/recursos • Activación de nuevas habilidades/recursos. • Incrementar asignación de recursos (esfuerzo energía y tiempo) • Imitar a otros que han compensado exitosamente tiempo • Renunciar a optimizar otros medios

Fuente: tomado de Acosta *et al.* (2012).

Este modelo se creó para explicar la manera en que se adapta el individuo a la pérdida de recursos debido a la edad, a través de ajustes en el uso y asignación de recursos. Se centra en el supuesto de que los recursos internos y externos que se encuentran limitados conminan a que la gente haga elecciones enfocadas a la asignación de tales recursos, por lo que se requiere el uso de conductas de selección, optimización y compensación, las cuales deben ser consideradas como un conjunto funcional.

En palabras de Acosta *et al.* (2012, 151) cuando un adulto mayor experimenta pérdidas asociadas al envejecimiento, como las físicas, en primer lugar no renuncia a las actividades que usualmente hace sino busca la manera de adaptarse a dichas pérdidas, por lo que invierte más tiempo y más esfuerzo en las actividades para seguir funcionando del mismo modo que antes. Esto es la optimización. También puede apoyarse en aparatos, dispositivos o tecnología o en sus recursos sociales para seguir funcionando igual que antes. Esto es compensación, entendida como una estrategia que se da conjuntamente a la optimización. Por otro lado, cuando las pérdidas son tan significativas que ni optimizando o compensando se puede funcionar igual que antes, entonces se ve obligado a seleccionar unas cuantas actividades más, aquellas que le resulten especialmente significativas, y así seguir funcionando, pero ahora de una forma más especializada, a lo que llamamos selección.

Una vez expuesto todo lo anterior, se puede señalar que el envejecimiento activo es el resultado del mantener las capacidades funcionales como las físicas dadas por los ejercicios apropiados de mantenimiento físico, las capacidades cerebrales a través de la activación cerebral y las capacidades afectivas y sociales por medio del desarrollo y mantenimiento de una red de relaciones sociales y afectivas. Sin olvidar como cita Vellas (1996, 514) un buen estado nutricional, un proyecto de vida motivante con el objetivo de prevenir déficits psicológicos; la capacidad de sustituir lo que ya no se puede hacer, aquello que se hace o se hacía hasta ahora con el fin de evitar la carencia de actividades, y emplear los paliativos apropiados que permitan compensar las incapacidades o las diversas invalideces, ya que para él, envejecer activamente favorece la consecución de un envejecimiento exitoso y es necesaria la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como la discapacidad, pues representan uno de los retos de este fin de siglo.

Por ello, la reflexión gira en torno a las posibles consecuencias que puede tener la prolongación de la edad sin que se mejoren las condiciones y la calidad de vida del adulto mayor y sin que se haya rescatado del aisla-

miento social para reinsertarlo en la actividad social y productiva (Francke *et al.*, 2011)

De esta manera es necesario un enfoque que favorezca el envejecimiento activo reflejado en los programas de la salud, el trabajo, la educación y los asuntos sociales, sólo así se afrontarían eficazmente los retos relacionados con el envejecimiento de la población para que haya menor mortalidad de individuos en etapas más productivas de la vida, pero también que exista menor número de personas que desarrollen discapacidades y dolores relacionados con enfermedades crónicas y que más individuos permanezcan independientes y disfruten de una mejor calidad de vida. Hegyi, (2002; 15) propone que un objetivo por perseguir dentro de este nuevo envejecimiento sea lograr que más ancianos continúen haciendo una contribución productiva a la economía y a importantes aspectos sociales, culturales y políticos de la sociedad.

Cada adulto mayor es responsable de mantener su capacidad funcional en ausencia de enfermedades y una vida social activa rica en relaciones interpersonales, pues son los elementos que conducen al envejecimiento saludable y exitoso. Sin embargo, la participación colectiva también es fundamental para crear los mecanismos y modelos suficientes y necesarios para que haya mayores y mejores beneficios para el buen funcionamiento de la salud, tanto mental como física y así asegurar un envejecimiento exitoso para todas las poblaciones.

Bibliografía

ACOSTA Quiroz Christian, Mónica Cecilia Dávila Navarro, Maricel Rivera Iribarren y José Paz Rivas López, 2012, *Actividades de la vida diaria y envejecimiento exitoso*, Istituto de Geriatria, 147-156, en <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/15.pdf>

BRIGEIRO, Mauro, 2005, “Envejecimiento exitoso” y “tercera edad”: *programas y retos para la promoción de la salud*, Investigación y Educación en Enfermería, vol. 23, núm. 1, pp.102-109, Medellín, Colombia.

CASTILLO, Domingo, 2009, “Envejecimiento exitoso”, en *Revista Médica Clínica CONDES*, núm. 20, vol. 2, en http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2009/2%20marzo/04ENVEJECIMIENTO-4.pdf

CONAPO, 2005, *El envejecimiento de la población en México*, disponible en www.conapo.gob.mx.

ENGLER, Tomás y Martha B. Peláez, 2002, *Más vale por viejo*, Banco Interamericano de Desarrollo editores, Estados Unidos.

FERICGLA, Josep M., 2002, *Envejecer: una Antropología de la ancianidad*, Herder, España.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío *et al.*, 2010, *Envejecimiento con éxito: criterios y predictores*, en *Psicothema*, vol. 22, núm. 4, España.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío, 1998, *Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos*, en Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención AMG, Barcelona.

FRANCKE, Lourdes, Beatriz González y Leobardo Lozano, 2011, *Envejecimiento exitoso, una tarea de responsabilidad individual*, en www.psicogerontologia.maimonides.edu

HAM CHANDE, Roberto, 1999, *El envejecimiento en México: de los conceptos a las necesidades*, en *Papeles de Población*, enero-marzo, núm. 19, UAEM, Toluca.

HAYFLICK, Leonard, 1999, *¿Cómo y por qué envejecemos?*, Editorial Herder, Barcelona.

MARIÁTEGUI CHIAPPE, Javier, 1999, “Hacia una vejez creativa”, en revista *Diagnostico*, vol. 38, núm. 2, marzo-abril.

ONU, 1979, *Reunión sobre envejecimiento*, Organización de las Naciones Unidas, Kiev.

OMS (Organización Mundial de la Salud), 1998, *Programa sobre Envejecimiento y Salud, Envejecimiento Saludable*, Ginebra, Suiza.

PEÑA PÉREZ, Belém *et al.*, 2009, “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la clínica de medicina familiar oriente del ISSSTE”, en *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, abril-junio, vol. 14, núm. 2, pp. 53-61.

PÉREZ-CASTEJÓN, J.M., S. Durany Tiirk, A. Garrigós Toro y A. Olive Torralba, 2007, *Prevención de la dependencia y envejecimiento saludable*, Jano, 16-22 de febrero, núm. 1638, pp.40-44.

SARABIA COBO, Carmen María, 2009, Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento, en *Gerokomos*, vol. 20, núm. 4, pp.172-174, Madrid.

SOLÓRZANO ORTIZ, Iván, s/f, *La tercera edad, un nuevo modo de vivir*, en www.shideshare.net

VELLAS, Pierre, 1996, *Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva*, en *Salud Publica*, vol. 38, núm. 6, noviembre-diciembre, pp. 513-522, México.

VERA, Martha, 2007, *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*, en *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. 68, núm. 3, pp. 284-290. Lima, Perú.

Areli Ivonne Fuentes-Soriano

Pasante de la Licenciatura en Antropología Social por la Universidad Autónoma del Estado de México, ha trabajado en la Universidad Estatal del Valle de Toluca en la Licenciatura en Gerontología con las asignaturas de Antropología, Envejecimiento, y Demografía y Envejecimiento poblacional. Participó con el tema *Estatus y Rol Social del Anciano a través de la historia* en el Quinto Encuentro Nacional Inter-Universitario de Estudiantes de la Licenciatura en Gerontología en el Seminario Internacional de Envejecimiento de la Población: un enfoque multidisciplinario 2012 y dictó la conferencia *La importancia de la inserción de la Antropología en la gerontología* para alumnos de la Licenciatura en Gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Correo electrónico: ocelotl_soriano@hotmail.com

Catalina Soriano-Reyes

Maestra en Antropología Social con énfasis en Antropología Médica. Es profesora de tiempo completo e investigadora de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México. Ha publicado para la revista *La activación física en adultos mayores* con “Diagnóstico médico de diabetes mellitus”.

Correo electrónico: catasore@yahoo.com.mx

Moisés García-Rosete

Maestro en Investigación en Biología de los Sistemas Humanos por la Universidad Nacional Autónoma de México. Es profesor de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México. Entre sus últimas publicaciones se encuentran: “Miedo a Envejecer”, en la revista *Valor Universitario*; “Amor y Tolerancia en la Equidad de Género” en la *Revista FAAPA* y “El Origen de la Gerontofobia” (coautor) en la revista *Valor Universitario*.

Correo electrónico: moy_5707@yahoo.com.mx

Uso de la red entre los adultos mayores en el Centro de Pensionados del ISSEMyM Toluca

Tania Morales-Reynoso y María de Lourdes Morales-Reynoso

*Facultad de Ciencias de la Conducta/Facultad de Derecho
Universidad Autónoma del Estado de México, México*

Introducción

La sociedad actual en la que nos desenvolvemos se encuentra permeada de múltiples cambios sociales, culturales y económicos, pero también demográficos, siendo éste uno de los principales retos actuales de las naciones. Un fenómeno de gran preocupación en relación con la conformación demográfica de la sociedad actual se centra en lo que se conoce como *transición demográfica*, que se define de forma general como el “proceso a través del cual se van modificando los niveles de fecundidad, de mortalidad y de crecimiento demográfico” (Miró, 2003:10) por lo que también “alude al paso de los niveles de natalidad y mortalidad sin control a bajos niveles controlados” (Partida, 2005: 10).

¿Qué implica un proceso de transición demográfica? En primer lugar, el equilibrio normal entre *vida y muerte* ya no es una característica de la sociedad actual. La esperanza de vida es cada vez mayor, sobre todo en países desarrollados, mientras que la natalidad se ha reducido considerablemente, llegando a existir índices de crecimiento negativos. Esto tiene repercusiones en el funcionamiento de las sociedades y su estado de bienestar, afectando no sólo a los propios adultos mayores, sino también a los más jóvenes (Abala, 2005).

Este fenómeno se observa con mayor fuerza desde el principio del siglo XXI acrecentándose cada día más: “en 2000, las personas de 60 años o más representaban 6.8 por ciento de la población total... y se espera serán 28.0 por ciento en 2050” (Partida, 2005: 19).

En segundo lugar y como consecuencia de lo anterior, la sociedad actualmente se enfrenta al problema del *envejecimiento demográfico*, que se define como “un aumento del porcentaje que representan los individuos mayores de 65 años sobre el total de la población” (Casado, 2001:154). Esto es ya un hecho constatable que puede acarrear una serie de problemáticas importantes en lo social, cultural y económico, si es que no se tiene una adecuada política de planeación en relación con este fenómeno, que considere una solución para la falta de capacidad de atención para las personas adultas en cuestiones de salud; la cuestión del envejecimiento de las organizaciones, lo que tiene como consecuencia un aumento de la edad para la jubilación y con ello, la falta de oportunidades para los más jóvenes; la incapacidad para el otorgamiento de las pensiones por parte de las instituciones gubernamentales en un futuro próximo; el aumento en la demanda de manutención y cuidados que la familia no es capaz de absorber en la actualidad (ya sea por cuestiones económicas, sociales, culturales o laborales) por lo que se le traslada esa obligación al Estado con todo lo que esto implica, así como la falta de espacios adecuados para atender a los adultos mayores en sus últimas etapas de la vida (asilos, centros de asistencia, etc.)

Estas cuestiones representan ya uno de los mayores retos a los que se enfrenta la sociedad actual, la cual deberá ser capaz de encontrar soluciones efectivas y sostenibles, pues cada día este colectivo demandará mayores servicios, tanto de salud, educación, dinero y espacio físico.

Pero ¿cómo se ha llegado a esta problemática? Las razones principales de que se presente la *transición demográfica* tienen que ver, en primer término, con la expansión de la cobertura de servicios de salud que permite que las personas tengan una mayor esperanza de vida; también con el uso de métodos anticonceptivos cada día más frecuente entre la población, lo que ha reducido considerablemente el número de nacimientos en el mundo. La ampliación de los servicios educativos es otra causa, sobre todo en lo que se refiere al acceso a los niveles de postgrado, pues esto retrasa la edad a la que se empieza a tener hijos, sobre todo en el caso de las mujeres, que sabemos fisiológicamente van perdiendo su capacidad para la procreación a partir de los 40 años; otro motivo importante que también tiene que ver con el género femenino es su incorporación a la vida laboral y profesional que igualmente, retarda la natalidad reduciendo las posibilidades de formar una familia, y finalmente, la promoción de las campañas de planificación familiar, pues éstas han generado familias más reducidas, que en muchos casos comienzan a optar por no tener hijos.

En el caso mexicano, el envejecimiento de la población se ha ido incrementado considerablemente a partir de finales del siglo pasado, acelerándose con una mayor rapidez que en otras naciones de América Latina. Esto tiene que ver, por supuesto, con las características anteriores, pero también con sus condiciones geográficas, esto es, su cercanía con Estados Unidos. Para la población es mucho más fácil emigrar que quedarse en el país y la mayoría termina viviendo permanentemente en aquella nación. Además, son los más jóvenes los que tienden a emigrar, y los de mayor edad (adultos mayores) se quedan en sus comunidades de origen, pues sus condiciones físicas les dificultan realizar dicha travesía. En muchos casos, los ciudadanos mexicanos residentes en Estados Unidos, regresan cuando ya tienen una edad muy avanzada, incrementando con ello el número de viejos en el país. Fenómenos demográficos hasta ahora desconocidos en México ahora se están presentando en algunas comunidades rurales, donde la población prácticamente la integran adultos mayores, unos cuantos niños y mujeres, quienes también ya comienzan a emigrar debido a sus condiciones económicas.

Es decir, México está cambiando aceleradamente en cuanto al aspecto demográfico se refiere, presentándose un alto porcentaje de personas adultas, en un país que siempre se había caracterizado por su población de jóvenes y niños.

Es por ello que uno de los principales retos por enfrentar con relación a los adultos mayores es la capacidad de brindarles un espacio de desarrollo, tanto personal como profesional que les permita conservar una dignidad frente a los procesos de cambio social, evitando que sean un lastre. En este sentido, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) pueden ser una herramienta que implique un cambio en las actividades que estas personas realizan, como se verá a continuación.

Las TIC y las personas adultas

Los grandes cambios sociales actuales no sólo se han manifestado en cuestiones de tipo demográfico, sino también de tipo cultural, económico y tecnológico. Las TIC han llegado a ocupar un lugar privilegiado en cuanto a su desarrollo acelerado y creciente, así como en la vida de todas las personas, sobre todo en lo que se refiere al manejo de la información y el conocimiento y a la forma en la que se generan los procesos de comunicación humana actuales.

La Sociedad en Red ha propiciado una conexión y comunicación entre todos los ciudadanos, donde prácticamente no existen fronteras que deli-

miten los procesos de socialización. Prácticamente vivimos en un mundo donde internet, como medio de mayor representatividad en lo que se refiere a las TIC, se ha adueñado de casi todos los espacios y cada día se reduce en menor número el porcentaje de personas que no cuentan con un acceso a este tipo de recurso.

En el caso de México, la población con posibilidades de acceso a la Red ha ido en aumento en los últimos años, pues en 2009 en relación con 2008 “el porcentaje de usuarios de Internet en México registrados en alguna red social se incrementó en 70 por ciento” (Islas, 2010: 305). Asimismo, el *World Internet Project*, en su informe internacional de 2010, señaló que en el caso de México, “40 por ciento de la población total indica que es usuaria del internet” (Center for the Digital Future, 2010: 36).

Esto se ha visto facilitado por la importante infraestructura tecnológica que existe en nuestro país, pues desde hace ya varias décadas, México

pertenece a los países que disponen de una red de medios de comunicación masiva relativamente amplia y tecnológicamente avanzada. No obstante, la investigación internacional en el terreno de la comunicación le ha prestado hasta la fecha poca atención (Bohmann, 1986: 15).

Es decir, nos hemos centrado más en proveer los medios para la obtención de este tipo de tecnología, bajo la falsa idea de que la inequidad sólo se centra en las posibilidades de acceso al servicio y a la información que la red provee, sin tomar en cuenta que esto implica un cambio en la mentalidad de los individuos y su capacidad para procesar y analizar los contenidos y el uso de la red.

En este sentido, la tecnología ya no es novedad para nadie en cuanto a aparatos se refiere, pero sí lo es en cuanto al modo en que se percibe el lenguaje, transformando la comunicación y la escritura. Se puede afirmar que existe incluso una nueva forma de pensar con una nueva lógica (Marín y Romero, 2009). De hecho, el que se cuente con el acceso al internet no necesariamente implica que sea utilizado para promover el desarrollo social ni tampoco garantiza un uso adecuado.

Esto tiene severas implicaciones sociales, sobre todo para aquellas personas que no han sido capaces de asimilar estos cambios por sus condiciones específicas, ya sea económicas, culturales, sociales o generacionales. Con ello nos referimos a lo que se ha llamado “brecha mental”, que comprende la habilidad para el manejo de computadoras, la capacidad de comprender el idioma inglés (bautizado como el idioma de la red) y sentirse a gusto con estas tecnologías y su aprendizaje, pues “el analfabetismo digital

es una barrera decisiva para el acceso de los mexicanos a las oportunidades en un mundo globalizado” (Del Alamo, 2007: 2).

Muchos han llegado a afirmar que el internet es ya un medio que supera las implicaciones sociales de la propia imprenta y que quien no esté involucrado con su funcionamiento quedará al nivel de una persona analfabeta de antaño. El *analfabetismo digital* es un término que ya se utiliza para designar a todos aquellos que no tienen las facultades ni conocimientos para acceder al recurso del internet.

Esto plantea un serio problema sobre todo para las personas adultas que pasan de los 60 años, pues han sido testigos de las transformaciones de los procesos de comunicación en un tiempo muy corto, siendo muy complicada su asimilación. Pensemos que estas generaciones de personas adultas han sido testigos en su vida de la expansión de la radio, la televisión, el teléfono, el cinematógrafo, la llegada de las computadoras personales, la era del internet, la telefonía celular y los protocolos inalámbricos de red todas ellas formas revolucionarias de comunicación e información.

Por ello,

en estos tiempos de creciente expansión del conocimiento y de profundas transformaciones tecnológicas, un proceso de transición demográfica apunta hacia el surgimiento de posibles dificultades para el re-entrenamiento de la fuerza de trabajo de mayor edad, conocidas las reticencias y en ocasiones los obstáculos, que opone la mayoría de las personas maduras a la adopción de nuevos procedimientos y tecnologías... (Miró, 2003: 19).

En donde, por obvias razones, los adultos mayores están en clara desventaja frente a las nuevas generaciones, que han nacido y crecido con este tipo de recursos.

Es por esta razón que la *brecha mental* se manifiesta con mucho mayor frecuencia entre este sector de la población, pues como mencionamos, los paradigmas de la comunicación han cambiado tan aceleradamente desde que aparece la llamada *era digital* (a principios de 1990) que no han dado el tiempo para que éstos ajusten sus esquemas mentales hacia nuevas formas de comunicación (virtual), lo que sí ha sucedido con las generaciones que les preceden. Esto acentúa todavía más la brecha generacional existente entre jóvenes y viejos, fomentando que no exista una comunicación adecuada y dificultando los procesos de socialización actual.

Claramente es necesario brindar estrategias para la incorporación gradual y paulatina de las personas adultas a la cultura digital, pues estos medios en lugar de representar una barrera deberían fomentar el acercamiento

entre las diferentes generaciones así como un desarrollo social, pues esta es la finalidad para la que fueron creados. Pero para poder alcanzar estos fines, lo primero es realizar una valoración sobre cómo es la apropiación de las personas adultas de este tipo de herramientas.

No existen estudios en nuestro país que indiquen el uso específico que los adultos mayores le dan a las TIC, en parte porque no es una población que tenga un gran impacto en cuanto al acceso y uso. Los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010) nos demuestran que la mayoría de los usuarios de la red son jóvenes entre 18 y 35 años de edad (70 por ciento), el resto del porcentaje se divide entre los niños de entre 6 y 15 años y los adultos mayores, quienes tienen el más bajo porcentaje de participación en el uso de las TIC (0.89 por ciento).

Pero estos datos sólo indican, como ya mencionamos, el acceso al recurso y no su apropiación ni tampoco su valoración por parte de las personas. Muchos adultos mayores pueden contar con el acceso físicamente en los espacios donde residen, pero no ser usuarios. El problema de no conocer estos datos plantea una problemática para los estudios sobre brecha digital generacional. De ahí la importancia de llevar a cabo investigaciones que nos orienten sobre la apropiación de los adultos mayores a las TIC, y en el caso de que no exista dicha apropiación, evaluar formas de cómo acercarlos al uso de estos recursos.

¿Por qué es importante que se incorporen al manejo de las herramientas computacionales? Primero, porque es la forma que actualmente se utiliza para experimentar, preguntarse e investigar, además de ser un medio de comunicación imperante en nuestra sociedad. Por ello, deben aprender el manejo de estas herramientas que ya son parte de la vida cotidiana. Procesos similares han vivido ya nuestros adultos mayores, como fue el caso del cambio de equivalencia del peso (disminución de los ceros), el uso del celular e incluso, los automóviles de varias marchas. Segundo, porque el no acercarlos a las TIC representaría aislarlos de los procesos de desarrollo tanto económico, social y cultural, así como negarles las posibilidades de comunicación, pero sobre todo de educación donde “en estos momentos tenemos la percepción que se está produciendo una mutación muy profunda en la que se invierten los términos de cualquier proceso educativo convencional” (Busquet *et al.*, 2011: 2).

Pero en su caso, utilizar este tipo de tecnología no es fácil, ya que plantea impedimentos que han de superarse para que éstos se sientan cómodos y seguros en este medio. Las principales barreras a las que los adultos se enfrentan en el momento de incorporarse al uso de las TIC son:

- El aprendizaje de nuevos conceptos y destrezas, sobre todo en cuanto al manejo de los periféricos (ratón, pantalla, impresora), ya que no están familiarizados con ellos.
- La adaptación a las nuevas formas de comunicación, como es el caso de la virtualidad del entorno que provee el internet, que implica toda una nueva cultura y modelos comunicativos diferentes.
- El ordenar la información para su almacenaje (carpetas, archivos, etc.).
- La frustración que el no aprender de manera adecuada causa en estas personas (Huelves, 2009).

Estos suelen ser los principales obstáculos en la llamada *alfabetización digital* de personas adultas. Por ello, los modelos pedagógicos y didácticos que se utilizan cotidianamente en las instituciones de educación no pueden ser iguales para la enseñanza de esta colectividad. Se necesitan planes y programas de estudio específicos para llevar a cabo con éxito esta importante tarea.

Es decir,

nos encontramos ante una situación paradójica en la que a menudo los niños y niñas tienen más habilidades tecnológicas que los adultos, y, por tanto, en algunas ocasiones, incluso pueden ser ellos los que tienen que enseñarles (Busquet *et al.*, 2011: 2).

Esto implica un cambio mental muy importante, pues lo que antes era papel de los adultos (enseñar) parece que se ha vuelto también una función de adolescentes y jóvenes, quienes anteriormente tenían el papel sólo de aprender.

Actualmente las políticas educativas a nivel internacional se preocupan por tratar el tema de la inclusión digital, centrándose no sólo en los grupos marginados tecnológicamente por cuestiones de acceso e infraestructura, sino también en aquellos que por sus propias condiciones y características no se incorporan igualmente al uso de estos recursos, como es el caso de los discapacitados, los grupos indígenas, los migrantes y por supuesto de los adultos mayores.

La Organización de las Naciones Unidas, a través de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en su *Declaración de Bávaro* (2003) señala como un punto principal la integración de todos los sectores socialmente vulnerables, pues

debe ser uno de los objetivos prioritarios de la construcción de la sociedad de la información. Para ello se deberán superar las barreras a la participación, tales

como el analfabetismo, la falta de capacitación de los usuarios, las limitaciones culturales y lingüísticas y las particulares condiciones de acceso a la tecnología pertinente (CEPAL, 2003: 2).

La UNESCO, por su parte, a través del Proyecto Regional de Educación para América Latina y el Caribe (PRELAC) propone cambios sustantivos en las políticas públicas para hacer efectiva la propuesta de *Educación para todos*, planteada en la Declaración del Milenio de Naciones Unidas, con el propósito de atender las demandas de desarrollo humano de la región de América Latina y el Caribe en el siglo XXI (UNESCO, 2002).

Respondiendo a estas políticas las universidades ahora desarrollan proyectos que pretenden involucrar a estos grupos con el uso de este tipo de tecnología. La mayoría se fundamenta en procesos de educación informal, con el apoyo de profesores jóvenes o incluso adolescentes pertenecientes a organizaciones no gubernamentales. También se basan en modelos andragógicos para alcanzar dicha formación y capacitación.

En el caso de la educación para los adultos mayores, un país que ha incursionado con éxito es España, nación pionera sobre todo en el campo de la formación de este sector de población. La creación del llamado *cuarto ciclo de educación* es un programa exclusivo para la reinserción de los adultos mayores a la Universidad, ya sea a través del estudio de una licenciatura, como su participación en programas de extensión y capacitación. Estos programas trabajan a través de modelos virtuales de enseñanza-aprendizaje, por lo que los adultos mayores forzosamente se deben involucrar con el uso de las TIC, de ahí que se genere un importante proceso de apropiación, principalmente del internet.

El Proyecto Òmnia, desarrollado por la ciudadanía de Barcelona e impulsado por la Generalitat de Catalunya, desde el año de 1999 promueve el acceso libre a las nuevas tecnologías, incluyendo no sólo la incorporación de centros comunitarios de alta tecnología, sino la capacitación para su uso y por supuesto, atiende a la población de adultos mayores quienes son los principales interesados en aprender y manipular el internet.

En nuestro país, la Universidad Autónoma de Baja California (UABC) cuenta actualmente con un proyecto de promoción del uso de las TIC entre los adultos mayores, a través de programas de servicio social de sus estudiantes, quienes se encargan de capacitarlos en el uso y manipulación de equipos de cómputo. Una vez que adquieren las habilidades necesarias, se les incorpora en otro proyecto que consiste en impartir ellos mismos algunos cursos, dependiendo de su perfil, grado de estudios, conocimientos y destrezas; pueden ser desde arte, música, manualidades o incluso cursos de

profesionalización en algunas áreas específicas. A todos ellos se les capacita también en el modelo pedagógico a distancia que se desarrolla a través del ciberespacio. En la actualidad, 300 adultos se encuentran inscritos en este proyecto educativo con excelentes resultados.

En el caso de Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), no existen aún proyectos que pretendan incorporar a los adultos mayores a la tecnología, ni mucho menos programas educativos apoyados en modelos andragógicos, aunque sí existe un Bachillerato a Distancia (BUMAD), o algunas licenciaturas que se basan en el mismo modelo, pero éstos no pretenden atender a la población de adultos mayores, sino más bien a los adultos jóvenes que por algún motivo se rezagaron en sus estudios. Esto tal vez se deba a que actualmente la población de adultos mayores no es tan demandante de atención de este tipo y por lo tanto no se considera como una problemática especialmente significativa en nuestro estado. Sin embargo, en un futuro será una demanda importante para nuestra Universidad, por lo que es conveniente que nos vayamos involucrando en este tipo de programas y en un futuro estar preparados para dar una atención adecuada a los adultos mayores, que como ya se mencionó, cada día aumentan más en número en nuestro país y a los cuales habremos de brindar opciones para seguir formándose, considerando que no son individuos incapaces ni inútiles y que el mantenerlos activos puede generar una mejor calidad de vida en sus últimos años.

Pero para ello, primero tendríamos que conocer la realidad de nuestros adultos mayores en relación con el uso de las TIC. Es por ello que el presente trabajo tiene como objetivo analizar la apropiación del internet entre las personas adultas a través de un estudio cualitativo, tomando como primer universo un Centro de Pensionados de la ciudad de Toluca y de ahí comenzar a plantear algunas propuestas.

Esto pudiera ser beneficioso para los residentes al brindarles una herramienta de *conexión social* al mismo tiempo que acercarlos a la comunicación y socialización con familiares u otros adultos mayores en la búsqueda de mejorar su calidad de vida, apoyados en las posibilidades lúdicas que brinda la red, además de ser una herramienta idónea para aquellos que por cuestiones de salud, ya no son capaces de realizar actividades que requieran mucho esfuerzo físico.

El internet podría ser una ventana hacia el mundo exterior con posibilidades inimaginables para estas personas que de alguna forma sufren un aislamiento, tanto social como psicológico, siendo un medio socializador por excelencia, así como una herramienta para el cambio social.

Metodología

Como ya se mencionó, el estudio realizado es de tipo cualitativo a través del método de la entrevista a profundidad en algunos de los residentes del Centro de pensionados ISSEMYM Eva Sámano de López Mateos, ubicado en la Ciudad de Toluca. El centro cuenta actualmente con 39 residentes cuya edad oscila entre los 60 y 90 años. De estos, 10 son hombres y 29 mujeres.

Con las entrevistas se buscó principalmente indagar en los siguientes aspectos:

- Si los residentes están involucrados en el uso del internet o en todo caso, saben sobre sus aplicaciones.
- Cómo se apropian de la tecnología de la información y la comunicación dentro del centro (celulares, televisión, radio).
- Analizar si está dentro de los intereses de los residentes el uso del internet, en el caso de que no exista una familiaridad con el recurso o en su caso, otro tipo de intereses que se puedan relacionar con el uso de la red.

Con base en lo anterior, se realizaron diez entrevistas a pensionados que viven en el Centro Social del ISSEMYM, siendo la totalidad de la muestra mujeres entre 65 y 90 años.

Resultados

Antes que nada, destacamos que en el Centro Social no existe un espacio para que los residentes puedan tener acceso al uso de la computadora. Esto es una seria limitante que condiciona los resultados obtenidos en la investigación.

También es importante considerar que, como era de esperarse, la brecha generacional es determinante en el uso de la tecnología y en este caso se presentó con mucha intensidad entre los entrevistados, como se podrá observar más adelante.

A continuación presentamos los resultados por cada uno de los rubros:

Involucramiento de los residentes con el internet

Según Tuckett (1989) para que una persona pueda considerarse como *alfabetizada informáticamente*, ésta requiere contar con tres elementos indispensables:

- Conocimiento del uso y potencialidades de la computadora (como lo es el internet).
- Adquisición de las destrezas necesarias para utilizarla como una herramienta eficaz.
- La muestra de autoconfianza y seguridad que una persona presenta cuando está manejando una computadora.

En este caso, ninguna de las entrevistadas manifiesta estar involucrada directamente con el internet, pues la mayoría dice no utilizarlo nunca. Esto se debe en primer lugar a la edad de las entrevistadas, lo cual hace que no se encuentren familiarizadas con este tipo de tecnología, que para ellas resulta muy complicada y difícil de manipular y en segundo lugar, sus condiciones desfavorables para el acceso, pues ninguna cuenta con computadora propia, el centro no tiene posibilidades de conexión móvil ni tampoco provee a los pensionistas de un espacio específico para que se puedan acercar a este tipo de tecnología.

Es decir, por un lado existe una brecha digital relacionada con el acceso tecnológico que tiene como consecuencia la falta de habilidades y destrezas para la manipulación de este tipo de recursos y por el otro, la *brecha mental* implícita a la edad, sin embargo, ésta parece ser mucho menor, como lo explicaremos posteriormente.

A pesar de que no se tiene idea del manejo del recurso, las residentes sí tienen conocimiento, aunque sea en abstracto, de lo que es la red y sus alcances, esto es gracias a la información que les llega de sus familiares principalmente, como lo manifiestan algunas de las respuestas más relevantes:

mis hijos y nietos sí lo usan, yo lo veo cuando estoy con ellos, y se pueden hacer muchas cosas como ver otros países o lugares y hablar con gente que está lejos (entrevista 1); ...cuando vienen mis nietos están en el celular y me enseñan cosas que salen del internet, pero yo no lo sé utilizar (entrevista 3); sé que existe porque mi hijo me ha contado y hay mucha información que uno puede ver sobre muchos temas y así se comunica con sus hijos que no trabajan aquí (en Toluca) (entrevista 5); me dice mi hijo —que así habla con gente que está en otro lado y los puede ver también (entrevista 7); sí, sé que tiene información de cosas de todo el mundo, porque me lo enseña mi nieta, pero nunca lo he usado (entrevista 2).

Se observa entonces cómo las encuestadas identifican el recurso del internet. Incluso conocen algunos de sus principales usos, como lo vemos a continuación:

sé que se puede ver gente de otros países y muchos lugares (entrevista 1); me han mostrado (sus hijos) videos de mis nietos que no están aquí, y eso lo hacen con el internet.(entrevista 5); ...hay cosas muy interesantes para ver, hay libros y también películas, y se puede jugar, como cartas...(entrevista 6); ...mis nietos todo el tiempo están escribiendo mensajes en el celular y también en la computadora (entrevista3); sí sé que hay muchas cosas muy bonitas, sobre todo para ver de otros países (entrevista 10); puedes ver cosas de otros países; lo he visto con mis nietos cuando voy a verlos y están haciendo tarea (entrevista 6); sí sé... es para hablar con gente de otros lados (entrevista 7); mi nieta tiene un aparato para ver fotos y escribir y me las muestra, dice que son de internet (entrevista 2).

Sólo una persona manifiesta desconocer totalmente lo que es el internet, y tampoco sabe para qué sirve: “no, no sé qué es...sé que tiene que ver con algo de computadoras, pero nunca lo he visto... me han hablado de eso pero no entiendo nada” (entrevista 4).

Por lo tanto, si tomamos en cuenta las características de la *alfabetización informática* de Tuckett (1989), las residentes cumplen solamente con uno de los requisitos, que se refiere al conocimiento general acerca de qué puede hacer el internet, pero no cuentan con las destrezas para su manipulación y uso en la vida cotidiana. El tercer elemento también parece no estar presente, pues al no usarlo no pueden sentirse cómodas y seguras con ello, sin embargo, como lo veremos más adelante, esto no significa que no tengan una disposición para su utilización.

A manera de conclusión, a pesar de que los adultos mayores de este Centro no se encuentran involucrados con el uso del internet, sí pueden ser personas potenciales para la implementación de programas que involucren el uso de la red, ya que como vimos, la mayoría conoce y sabe de las ventajas que este medio puede proveerles, sobre todo en cuanto al acceso a la información, a actividades lúdicas y a la mejora del procesos de comunicación, sobre todo con sus familiares menores (nietos o hijos).

Apropiación con las TIC dentro del Centro Social

En este caso, no encontramos, como ya se dijo, que existan las condiciones necesarias para el uso del internet dentro del Centro, al no contar con una sala específica que les brinde la oportunidad de acercarse a las computadoras.

En el caso de los otros recursos que abarcan las TIC, está la cuestión de la televisión. Algunos de ellos cuentan con aparato propio, recurso que utilizan asiduamente. De las diez entrevistadas, ocho cuentan con televisión

propia, el centro les facilita la conexión de la señal por cable. Los principales programas que interesan las residentes entrevistadas son telenovelas, noticias, documentales históricos y de animales, canales religiosos y series.

En cuanto al uso del celular, solamente una residente cuenta con teléfono celular, el cual le fue proporcionado por su hijo “para poder estar en contacto, pero yo sólo lo uso para contestar llamadas, lo demás ni sé cómo usarlo, además ni me gusta... Como casi no viene nadie a verme, a través del teléfono ven si estoy bien” (entrevista 4). Las demás mujeres entrevistadas admiten que no tienen teléfono celular y no parecen verle utilidad:

no lo sé usar, y además ¿para qué lo quiero? (entrevista 2); si quieren hablar conmigo que me vengan a ver, ya saben donde estoy (entrevista 5); no tengo porque no lo sé usar y esas cosas no son para mí (entrevista 6); me pueden llamar al centro, o que vengan (entrevista 7), nunca lo usaría aunque tuviera uno (entrevista 8).

El radio es uno de los medios más utilizados por las residentes encuestadas, tal vez porque por su edad están familiarizadas con este tipo de recurso, aún más que con la televisión. Entre las temáticas de interés sobre los programas de radio tenemos: noticias, escuchar música popular y clásica, los programas de debate político, los que tratan cuestiones de salud y estaciones culturales y radionovelas. Claro que, en este caso, lo que pueden escuchar está relacionado con las posibilidades de recepción de los aparatos de radio.

Por su parte, entre las actividades comunales que el Centro organiza y que involucran el uso de alguna TIC, solamente nos mencionaron el Ciclo de Cine que regularmente se lleva a cabo, como lo vemos en algunas de las respuestas que rescatamos:

en el Ciclo de Cine nos ponen películas en el comedor porque no hay otro espacio, pero me encanta ir (entrevista 9); me gusta mucho que nos pasen películas, las vemos todos juntos... es muy divertido (entrevista 1); tenemos muchas actividades, nos llevan de viaje y está el Ciclo de Cine, que nos pasan películas aquí en el comedor... me encanta ir (entrevista 8); vemos la televisión en el comedor mientras comemos... me gusta porque yo no tengo televisión en mi cuarto (entrevista 10); de las actividades que hacemos tenemos las de Cine, que sí me gusta ir (entrevista 5); nos pasan películas, si me gusta ir porque todos convivimos (entrevista 4).

En síntesis, en lo que respecta a la apropiación del internet, no podemos decir que dentro del Centro exista como tal, sin embargo, es muy importante destacar que nueve de las diez entrevistadas saben los alcances del

internet, aunque de forma muy rudimentaria, independientemente de que no lo sepan utilizar. Esto es determinante para generar propuestas de incorporación de estos adultos mayores al uso de las TIC.

Los intereses de los adultos mayores y las TIC

Está claro que los adultos mayores residentes de este Centro no son usuarios de internet, aunque eso no significa que no pudieran serlo en un futuro. Precisamente en este punto, resultó interesante cómo todas las encuestadas estarían encantadas con poder tener acceso al internet, como lo rescatamos en las siguientes respuestas:

claro que sí me gustaría usarlo... para ver videos y escuchar música (entrevista 1); sí me gustaría, sobre todo para hablar con mis nietos que son los que lo usan más (entrevista 10); quisiera tener una computadora y aprender a utilizarla, dicen que es muy bueno para nosotras... tengo un nieto que me dice que me puede enseñar, pero como aquí no hay computadoras, no es posible (entrevista 9); si me dijeran cómo sí, porque no sé cómo usarlo (entrevista 8); mis hijos lo usan y yo no sé, pero sí quisiera aprender.. mi nieto me enseñó una vez en su casa, pero no pude usarlo después yo sola (entrevista 3); ellos (sus hijos) me dicen que me pagan el curso de computación, pero les digo que no tengo donde usarla...sí, me gustaría que tuviéramos computadoras aquí (en el Centro) (entrevista 2); si hubiera una sala con computadoras, sí lo usaría...para hablar con mis nietos que no viven aquí (entrevista 5); mis nietos dicen que me enseñan... sí quisiera, pero no tengo una computadora (entrevista 7); mi nieta de nueve años dice que me enseña pero ya estoy muy vieja para eso... sí, si me enseñan, sí (entrevista 6); si compraran computadoras para aquí (en Centro) nosotros podríamos aprender y eso nos serviría para no sentirnos solas (entrevista 8); no sé ni que es ni para qué sirve... pero me gustaría aprender, pero con un maestro que tenga paciencia (entrevista 4).

De estas respuestas destacamos lo siguiente: en primer término, el papel de la familia en la incorporación de las TIC en los adultos mayores, pues muchas comentan que sus nietos desean enseñarles a utilizarlas. Como ya mencionamos, la idea de que los adultos enseñan y los niños (o jóvenes) aprenden de ellos está cambiando y esa idea puede ser en principio una limitante cultural. Sin embargo, puede ser que en este caso, las residentes acepten ser *formadas* por sus propios nietos o hijos, con el beneficio del acercamiento afectivo que este tipo de actividades podría lograr.

En segundo término, vemos que existe disposición por aprender a utilizar el internet, esto es vital para la generación de programas educativos

dentro de este centro que incluyan la incorporación en las TIC de sus residentes.

En tercer lugar, el acercamiento que se podría lograr de estos adultos mayores con el exterior a través del internet es muy importante, pues si bien es cierto que los residentes pueden salir libremente del Centro, muchos de ellos se sienten o están impedidos físicamente para realizar salidas al exterior, algunos de ellos ya se sienten inseguros en la calle y para ellos, el ciberespacio se podría volver una forma de convivencia social interesante.

En relación con sus principales intereses, se encuentran: poder hablar con los demás, compartir historias de cómo era la vida en su juventud y sobre todo, cómo ha cambiado su existencia; todos se mostraron interesados en contar historias. Cuando se les explicó la posibilidad de compartirlas a través del internet, se manifestaron las siguientes respuestas:

me gustaría, pero siempre y cuando no fueran cosas personales, sino de historia nada más (entrevista 1); claro que sí, pero no sé como se hace, si me dicen ustedes como se hace, sí (entrevista 3); ¿se puede hacer eso? Sí me gustaría (entrevista 4); tal vez así me escuchen con más atención que cuando vienen aquí (entrevista 10); me encanta contar cosas, pero no me vienen a ver, sí me gustaría (entrevista 5); vinieron hace poco a darnos un curso, pero de cosas personales y eso no me gustó contar, algunos hasta lloraron, pero lo demás que no sea personal, sí (entrevista 6); con tal de que lo escuchen mis hijos, sí (entrevista 7); claro que sí, pero sin salir en el video (entrevista 9).

Otro interés entre las residentes fue la lectura. Cuando se les planteó la posibilidad de obtener libros digitales, la mayoría se mostró renuente:

no, ¿cómo voy a leer en una computadora? (entrevista 2); lastima los ojos, no me gustaría leer así (entrevista 3); tendría que tener una computadora para eso y no tengo (entrevista 9); no me gusta leer en una pantalla (entrevista 10); no, no me gustaría... y si tengo que salir, ¿cómo me llevo la computadora?; sé que existen pero no me gustan (entrevista 9); no, para nada, prefiero los libros de aquí (los del centro) (entrevista 8); eso no me gusta... son cosas de jóvenes, a mí lo tradicional (entrevista 4).

Esto obviamente tiene que ver con procesos culturales, pues para ellas es difícil asimilar la era digital.

Por otra parte, casi todas se mostraron renuentes a utilizar el internet como forma lúdica:

¿para qué voy a jugar si puedo hacerlo aquí? (entrevista 3); no me gustaría jugar nada, eso no es divertido (entrevista 5); son cosas de jóvenes que yo no sé hacer, no me gustan esos jueguitos (entrevista 10); no sé ni cómo, mejor no (entrevista 4); lo de hablar de cosas sí, lo de jugar no me gusta (entrevista 7); eso no es jugar; jugar es salir a la calle como antes, a correr o con canicas, o con otras cosas (entrevista 8); ¿qué juegos? Eso no me gusta nada (entrevista 2).

Finalmente, al preguntarles si estaban interesadas en tomar cursos o cualquier otro tipo de programa educativo a través de computadora, estas fueron las respuestas más interesantes:

sí, pero que me enseñen (entrevista 4); eso sí, pero primero que me enseñen a manejar la computadora y luego lo otro (entrevista 5); no, no me gusta tomar clases de nada (entrevista 10); pero primero que me digan cómo usar la computadora (entrevista 9); no, ¿cómo me enseñan en una computadora? (entrevista 7); sí, claro que sí, me gustaría mucho (entrevista 1); sí, pero que haya computadoras aquí para nosotros (entrevista 6); no sé, primero que me digan cómo se usa la computadora (entrevista 8); usar el internet sí, lo otro no... lo que pasa es que ya estoy muy grande para eso (entrevista 2); y ¿de qué serían los cursos? Si son para manejar la computadora, sí (entrevista 3).

En síntesis, las adultas mayores que residen en este Centro de Pensionados muestran una buena disposición para aprender a utilizar las computadoras y el internet. Sobre todo, les interesa poder acercarse con sus familiares (nietos e hijos) que son usuarios asiduos del recurso y podrían aceptar involucrarse con las TIC pero sólo hasta cierto punto y en ciertos aspectos. No se mostraron muy interesadas en cuestiones lúdicas (juegos) y más que nada, desean tener la oportunidad de utilizarlo como forma de socialización.

Por lo tanto, si queremos comenzar a introducir a estas personas en el uso de esta herramienta tendríamos que considerar que, en primera instancia, se tratarán cuestiones relacionadas con procesos comunicativos, que les permitieran posteriormente analizar las demás ventajas de este recurso.

Propuesta de integración de los adultos mayores al uso de las TIC

Si bien es cierto que los resultados demostraron que las personas adultas que conviven en este Centro no son asiduas al uso del internet, la disponibilidad mostrada para el acercamiento a este nuevo mundo representa una ventaja importante y aunque se trata de un proceso complicado por la

brecha generacional existente y la falta del acceso tecnológico, no es algo imposible de lograr.

Por lo tanto, nuestra propuesta para convertir a estos residentes en cibernautas considera tres rubros fundamentales: acceso, capacitación y planeación y diseño de actividades específicas apoyadas en el internet.

A continuación se describen algunas de las acciones por llevar a cabo de acuerdo con estos tres aspectos:

Acceso:

- Gestionar los apoyos económicos necesarios a través de proyectos gubernamentales, fundaciones u organizaciones no gubernamentales para la creación de un espacio con computadoras dentro del Centro, así como la adquisición de la infraestructura del internet.
- Buscar la forma para que pudieran donarse equipos de otras dependencias educativas o institucionales para este Centro.
- Analizar la posibilidad de convenios con la UAEM y el Centro de Pensionados para el préstamo de instalaciones a los residentes, pudiendo ser trasladados una o dos veces por semana e irlos familiarizando con este tipo de tecnología.

Capacitación

- Impartir conocimientos básicos y simples sobre el uso de las computadoras, ya sea que se pueda lograr adquirir un centro de cómputo específico para los residentes o dentro de las instalaciones de la propia UAEM.
- Enseñarlos a manejar la computadora de acuerdo con sus intereses personales, comenzando con cuestiones muy sencillas pero que les resulten interesantes.
- Acercarlos al internet poco a poco, sobre todo con el apoyo de los familiares, a quienes se les informaría de estas actividades para que estuvieran pendientes (por ejemplo, si se incorporan a una red social, fomentar a los familiares a que se unan al perfil de los residentes y retroalimentar sus comentarios en sus muros).

Diseño de actividades específicas

- Una vez que tuvieran los conocimientos básicos de computación e internet, diseñar actividades específicas por desarrollar que apoyaran su desarrollo personal, tanto motriz como cognitivo.

- Integrarlos a una comunidad virtual donde se les pudieran dar cursos de cuestiones de interés general: salud, manualidades, etc.
- Diseñar una comunidad virtual específica para los residentes donde pudieran plantear sus intereses, desarrollar juegos y otras actividades socioculturales de manera virtual.

Para materializar estas propuestas y como fase siguiente de la investigación se plantea desarrollar un proyecto de acercamiento de los adultos mayores de este Centro a las TIC, a través de la realización, en primer término, de visitas a las salas de cómputo de la Facultad de Ciencias de la Conducta (FACICO), a través de un acuerdo operativo entre este organismo académico y el Centro de Pensionados. Se trabajaría en primer lugar con la elaboración de *podcast* sobre su vida personal, cuestión sencilla de lograr y que, como vimos, es de interés general contar historias que se puedan compartir.

Se gestionaría posteriormente un espacio dentro de la página WEB de la FACICO donde se pudieran colocar estas historias, como parte de la tradición de historia viva de nuestra ciudad, o incluso de otras ciudades del país, ya que algunos residentes no son toluqueños, fomentando con ello la comunicación entre adultos y jóvenes.

Finalmente, se buscaría a través de los prestadores de servicio social de las licenciaturas de Psicología, Trabajo Social y Educación, capacitadores para enseñar a estas personas cuestiones mucho más complicadas que impliquen el uso adecuado del internet, en la búsqueda de información, generación de perfiles virtuales y desarrollo de actividades lúdicas, que fueran acercando cada vez más a estas personas, hasta convertirlos en asiduos usuarios del internet.

Conclusiones

Los adultos mayores representan uno de los principales retos sociales, tanto de atención a su salud como afectiva y psicológica. El internet puede ser una opción viable si se desarrollan programas de intervención que los acerquen a la tecnología. Comenzando por un pequeño espacio, como es el Centro de Pensionados del ISSEMYM Eva Sámano de López Mateos, podemos lograr un cambio importante entre la población residente, que se podría diseminar hacia otros centros de pensionados, comenzando con actividades que impliquen un pequeño uso de la tecnología por parte de estas personas, acercándolas cada vez más al mundo de los jóvenes, haciéndolas visibles para el resto del mundo, aunque se trata solamente de un espacio virtual.

Los adultos mayores del Centro de Pensionados mostraron una apertura muy buena hacia el uso de la tecnología, contrario a lo que parece obvio, es decir, la resistencia al uso de estos recursos. Ellos están conscientes de las ventajas que tiene esta herramienta, pero sobre todo, se dan cuenta de que puede ser útil para eliminar la brecha generacional entre ellos y sus seres queridos, por lo que no son renuentes a aprender su uso, al contrario, se encuentran ávidos por la adquisición de las destrezas necesarias para poder manipular la red y eso es un importante aliciente para continuar trabajando en este sentido.

Finalmente, la UAEM, a través de su comunidad universitaria, debe desarrollar programas de extensión y vinculación para todos los sectores sociales y esto incluye no sólo a los jóvenes, sino también a los adultos mayores, ayudándoles a tener la oportunidad de una mejor calidad de vida en sus últimos años.

Bibliografía

ABALA, Cecilia *et al.*, 2005, “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de población estudiada”, en *Rev. Panam Salud Pública*, 17(5/6).

BOHMANN, Karin, 1986, *Medios de comunicación y sistemas informáticos en México*, Editorial Patria, México.

BUSQUET, Jordi, Sonia Ballano, Daniel Aranda, Alfonso Medina, Silvia Morón, Laura Ruano, 2011, *El uso de las TIC y la brecha digital entre adultos y adolescentes. Primer esbozo del estado de la cuestión*, Conferencia presentada en la Universidad Operta de Cataluña, Barcelona.

CASADO MARÍN, David, 2001, “Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades”, en *Gac Sanit 2000*, vol. 15, núm. 2. Asociación de Economía de la Salud, Barcelona.

CENTER FOR THE DIGITAL FUTURE, 2010, *World Internet Project: International Report*. USC, Annenberg School for Communication & Journalism. USA.

CEPAL (Comisión económica para América Latina y el Caribe), 2003, *Declaración de Bávaro*, Organización de las Naciones Unidas, <http://www.eclac.cl/prensa/noticias/noticias/9/11719/Bavarofinalesp.pdf>, consultado: 8 de Octubre de 2012.

DEL ÁLAMO, Oscar, 2007, *El desafío de la brecha digital*, IIGC.

HUELVES MARÍN, Félix, 2009, “Buenas prácticas TIC. La alfabetización digital en Mayores”, en *Revista Electrónica Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, julio, vol. 10, núm. 2. Universidad de Salamanca, España.

ISLAS Octavio y Amaia Arribas, 2010, “Principales indicadores de Internet en la sociedad mexicana”, en *Palabra Clave*, vol. 13, núm. 2, Universidad de La Sabana, Colombia.

MARÍN DÍAZ, Verónica y Ma. Asunción Romero López, 2009, La formación docente universitaria a través de las TIC, en *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, Universidad de Sevilla, núm. 35, España.

MIRÓ, Carmen, 2003, Transición demográfica y envejecimiento demográfico, en *Papeles de Población*, enero-marzo, núm. 35, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

PARTIDA BUSH, Virgilio, 2005, “La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México”, en *Papeles de Población*, julio-septiembre, núm. 45, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

TUCKETT, David, 1989, “Computer literacy, information literacy and the role of the instruction. Librarian”, en GE Mensching y TB Mensching, (eds.), *Coping with information illiteracy: bibliographic instruction for the information age*, Pieran Press, Ann Arbor.

UNESCO/PRELAC, 2002, *Proyecto regional de educación para América Latina y el Caribe. Primera reunión intergubernamental del proyecto regional de educación para América Latina y el Caribe*, http://www.unesco.cl/medios/biblioteca/documentos/prelac_proyecto_regional_educacion_esp.pdf, consultado: 8 de octubre de 2012, La Habana, Cuba.

Tania Morales-Reynoso

Doctora en Ciencias de la Educación por la Universidad de Santiago de Compostela, España. Es profesora-investigadora de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México. Entre sus últimas publicaciones destacan los libros: *Cyberbullying, acoso cibernético y delitos invisibles. Experiencias Psicopedagógicas* (2014) y *Educación a Distancia, Teoría y Práctica. Guía para el desarrollo curricular* (2012) ambos editados por la Universidad Autónoma del Estado de México.

Correo electrónico: taniamreynoso@gmail.com.

María de Lourdes Morales-Reynoso

Doctora en Derecho por la Universidad Autónoma del Estado de México. Es profesora e investigadora de la Facultad de Derecho de la misma Institución y miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Entre sus últimas publicaciones destacan: *La objeción de conciencia como Derecho Fundamental*, 2013, editado por Miguel Ángel Porrúa y “Apropiación del Tema de los Derechos Humanos entre jóvenes universitarios. Caso: Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEM” en *Dignitas*, 2012.

Correo electrónico: mlmr71@hotmail.com

Parte 2
Envejecimiento y salud

Los achaques y las enfermedades crónicas en la vejez

Laureano Reyes-Gómez

Universidad Autónoma de Chiapas, México

Introducción

A decir de los expertos, a partir de los cuarenta años se sufre una crisis como etapa de balance al alcanzar la edad intermedia. Tomamos conciencia del paso del tiempo y surge el temor hacia la próxima fase: la vejez y nos preocupa el deterioro corporal y mental, además de la necesidad de querer seguir siendo bellos y atractivos (Aparicio, 2008). Varios son los episodios que dan señales de cambios en el cuerpo que lo sitúan en el umbral de la vejez: la andropausia y la menopausia han sido percibidas en buena medida como la frontera que distingue el paso de la pre-vejez a la vejez y sus efectos colaterales en la salud han sido considerados como “normales”. Otro tanto sucede con la creciente amenaza de sufrir infartos y sus fatales consecuencias. Flagelos como la diabetes hacen de las suyas, u otras enfermedades se manifiestan con toda su crudeza. Con el “viejazo” aparecen los primeros achaques. Si esto sucede en el ecuador de la vida, ¿cómo se afronta la crisis en la edad avanzada, especialmente si además de achaques se sufren enfermedades crónico-degenerativas? Este trabajo busca dar respuesta a esta interrogante a través de la cerra del enfermo adulto mayor en contextos rurales indígenas, donde la carencia de servicios médicos es el común de los pueblos marginados y pobres.

Buscando conocer cómo los ancianos en áreas rurales afrontan estos padecimientos, me di a la tarea de hacer un registro de los principales achaques y de las enfermedades crónico-degenerativas que sufren y cuál es la atención con la que cuentan buscando remediar sus males. Para ello, inicié el análisis respecto de cómo conciben y clasifican la enfermedad o el sentirse mal; estos elementos nos darán pautas para comprender la percepción y clasificación de los procesos mórbidos en diferentes edades, pero principalmente en la edad avanzada.

Considerando la clasificación más o menos conciliada del origen térmico del síntoma (frío-caliente) y/o por la ausencia/presencia de cuadros

neurálgicos, de la misma forma hice el registro de los principales achaques que sufren los ancianos, en campo. Los malestares, independientemente de la presencia o ausencia de dolor, ardor o cosquilleo, incomodan para las actividades de la vida diaria. Las más de las veces aprenden a vivir con el padecimiento, pues temen importunar con sus quejumbres, además de considerarlos como expresiones naturales de la historia personal de vida.

Marco conceptual

Asociar el avance de la edad sólo con pérdidas (emocionales, facultades mentales, deterioro físico, soledad, pobreza, viudez, etcétera) es tener una visión catastrófica de la vejez y en buena medida este constructo social está apoyado en la idea de que se trata de un proceso “natural” psicobiológico de deterioro. Bajo esta perspectiva estigmatizamos la vejez y ensalzamos la juventud como el mejor periodo de la vida. Construimos entonces la figura del viejo achacoso y del joven radiante de salud. Los achaques no deberían ser considerados “normales”, como tampoco dejar la evolución natural de la enfermedad, sino actuar tanto en la prevención como en la atención de los procesos mórbidos. Muchos de los síntomas y signos patológicos son curables o controlables. La vejez no es una enfermedad.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (1984), por achaque se entiende: “Molestia pequeña, pero frecuente provocada por una enfermedad o por la edad”. Se emplea achaque especialmente si la enfermedad es crónica o habitual, en este contexto asociado a la edad avanzada, al sentirse mal y a la indisposición para realizar actividades de la vida cotidiana; se manifiesta con quejumbres dado el profundo sufrimiento que provoca al paciente, afectando el estilo y la calidad de vida y se vuelve crónico conforme el tiempo avanza si no es tratado o controlado el padecimiento. Los achaques, entonces, pueden tener su origen desde edades tempranas, pero se manifiestan con toda su crudeza conforme la edad avanza.

Así, se identifican achaques en otras etapas de la vida, como por ejemplo durante el embarazo, síndrome caracterizado por náuseas, vómitos, mareos, cambio de humores repentinos y otros muchos malestares. Algunos signos y síntomas como las agruras, diarrea, estreñimiento, caída de cabello, etcétera, procurarán atenderse a la brevedad posible. Sin embargo, estos malestares serán pasajeros, a diferencia en la etapa de vejez, que son de largo plazo y a menudo crónicos que pueden derivar en discapacidad.

Durante el embarazo los achaques no sólo son temporales, sino que incluso existe la creencia —real o ficticia— que los malestares se comparten con la pareja o es el marido quien los experimenta. Esta conducta “supone

para la mujer la confirmación de que su compañero la apoya, la consiente y está dispuesto a sacrificarse por ella” (González, 2012). En cambio, los achaques en la vejez generalmente son poco atendidos, quizás porque se considera “normal” el estado patológico como respuesta a la edad avanzada y es una figura construida socialmente del anciano enfermo.

El hecho de identificar el estado mórbido especialmente con la edad avanzada, hace de la vejez un periodo estigmatizado y calificada con expresiones profundamente desacreditadoras como las de “achacoso”, “indispuesto”, “caduco”, “enclenque”, “chocho”, etcétera. De acuerdo con Arganis, “...El problema de la identidad de los ancianos estriba en el hecho de que a través del discurso se generan imágenes que construyen identidades sobre la población anciana vividas con problemas de salud, económicos y sociales” (2009: 33). Así, por ejemplo, en una investigación realizada con población tarahumara respecto de la salud de la población envejecida, uno de los hallazgos más importantes fue:

Los adultos mayores vinculan sus padecimientos (por ejemplo de la vista, el oído, gastrointestinales) a su edad; esta naturalización retrasa su atención y convierte esos padecimientos en enfermedades crónicas que debilitan su estado de salud (Pelcastre, 2011: 7).

Bajo esta perspectiva de asociar la vejez a cuadros mórbidos específicos, difícilmente podríamos calificar de achacoso a un joven —aunque lo esté—, pues la imagen social construida de esta fase etaria es opuesta a la del viejo. Es decir, no todos los achacosos son ancianos, como tampoco todos los ancianos sufren de achaques. La ausencia de achaques en la vejez es conocida como agerasia y descrito como “aspecto juvenil de la vejez” o “vejez libre de achaques” (Diccionario Médico).

Otro tanto sucede con adscribir o identificar las enfermedades crónico-degenerativas en la vejez, muy en especial los infartos o la *diabetes mellitus*, que erróneamente se asocia a edades adultas, quizás por ello en varias comunidades cuando una persona “de edad” sobrevive al primer infarto, ingresa de inmediato a la categoría de “viejo”, pues su estilo y calidad de vida cambian radicalmente. La enfermedad crónica y la edad madura, entonces, se convierten en referentes para conquistar el estatus de viejo y/o el riesgo real de muerte y el paciente asume, en buena medida, que su padecimiento es “normal” por efectos etarios.

La enfermedad de “viejo”

Es importante referir la noción popular de que el cuerpo humano, para que se mantenga sano, debe guardar un equilibrio térmico conocido como “cordial” o templado, es decir, vigilar un balance de temperatura que permita al organismo funcionar adecuadamente. Cuando este equilibrio se rompe sobreviene la enfermedad y el origen causal puede ser clasificado como “frío” o “caliente”.¹ Se cree que la edad adulta es un factor que condiciona al cuerpo a perder calor y, dependiendo la severidad del daño, es el quebranto en la salud.

Es común que el paciente anciano sufra no sólo un padecimiento específico, sino una colección de síndromes asociados o “propios” de la edad avanzada o que durante la edad adulta se manifiestan con toda su crudeza, generalmente conocidos como achaques, sean estos leves o intensos, pero persistentes que los acompañan durante el resto de la vida y que requieren de atención de largo plazo y tiempo completo. Cuando de enfermedades crónico-degenerativas se trata, éstas no tienen cura y sólo se controlan.

Así, la enfermedad o síndromes mal definidos, las discapacidades y los accidentes están presentes a lo largo de la vida; los zoques la clasifican bajo cuatro expresiones básicas: *ka'u*, *ka'kuy*, *toya* y *met*. Todos estos conceptos están contruidos principalmente en función de ausencia o presencia de sintomatología neurálgica² como veremos enseguida.

Ka'u, está referido al proceso morboso, el sentirse mal (incluye accidentes y discapacidades) y al riesgo en sentido real o figurado de muerte, como un binomio indisoluble.³

Ka'kuy, hace énfasis en padecimientos sin dolor (al menos en su fase inicial, pero que causan malestar), asociados al riesgo de muerte del paciente, que provoca incomodidad y molestia.

Toya, está reservado a cuadros clínicos con dolor, ardor o cosquilleo muy molestos, especialmente aquéllos que producen profundo sufrimiento y, en consecuencia, percibidos como “enfermedad” grave y probabilidad de morir.

¹ Foster (1972) propone que dicho binomio proviene de la teoría humoral europea y fue traído por los médicos españoles. Existen otros factores opuestos que deben estar en balance: seco-húmedo, pesado - ligero y arriba - abajo.

² Para una mayor comprensión sobre las sensaciones de dolor crónico se sugiere leer el trabajo de Barragán (2009).

³ En sentido real de la expresión se usa, por ejemplo: *yajkxu ka'u* “morir sufriendo dolor” y en sentido figurado en expresiones tales como: *kix ka'u* (lit.: “morir de enojo”), es decir, estar sumamente molesto; *mabajsi ka'u* (lit.: morir de sueño) para expresar cansancio y necesidad de dormir y descansar.

Finalmente, *met* se aplica a padecimientos cuyo dolor intenso se manifiesta en forma intermitente, punzante; esta característica podría brindar elementos en el diagnóstico que induzcan la sospecha como proveniente de actos de hechicería, donde la enfermedad se cree es manipulada a voluntad de terceros. El fin último de esta neuralgia es provocar agonía prolongada y muerte lenta; como podrá advertirse, este cuadro patológico-neurálgico es muy temido, pues entra en el plano mágico, fuera de la competencia de la medicina moderna y el tratamiento, se cree, debe hacerse a través de los mismos canales, salvo contraindicación del especialista.

Varias enfermedades de “viejo”, especialmente aquéllas identificadas desde la clínica como crónico-degenerativas (*diabetes mellitus*, ceguera y debilidad visual, demencias, infartos, paraplejía, sordera, incontinencias, osteoporosis, tumores malignos, cuadros reumáticos agudos, etcétera) y otros padecimientos como astenia, adinamia y anorexia se perciben como “naturales”, asociados o propios de la edad avanzada, entran en la categoría de *ka'kuy*, es decir, padecimientos sin dolor, considerados “no graves”, sino como una respuesta natural del organismo cansado. Por lo general el padecimiento sigue su evolución natural, hasta el desenlace del evento. La enfermedad, entonces, se explica “por vejez”, “por efectos de la edad”, “porque se acabó” o “porque ya vivió”.

Aquellos cuadros clínicos que entran en la categoría de *toya* —los que provocan dolor y sufrimiento profundos— (cuadros reumáticos agudos, otitis, cánceres malignos, lumbalgias, migraña, ciática, entre otros) se cree tienen su origen causal por presencia de “aire” en el cuerpo y que éste tiene la propiedad de recorrer la anatomía o estacionarse en un área definida; utilizan el sistema muscular a manera de carretera para trasladarse de un sitio a otro. Por lo general la carrera del enfermo indica que primero debe ser tratado en el seno familiar con remedios caseros y ceremonias de carácter religioso, si la terapia no da resultado o en forma paralela, se recurre al farmacéutico local o de la ciudad más cercana o bien, se combina con la atención del especialista de la medicina herbolaria, mejor conocido como médico “tradicional”. Cuando la economía de la familia lo permite el paciente es canalizado a los servicios médicos hospitalarios, generalmente en la capital del estado.

Siendo los cuadros neurálgicos considerados dignos de atención, por la profunda incomodidad y sufrimiento que causa, veamos cómo son percibidos y descritos por los pacientes:

- “Siento como si una flecha atravesara mi cabeza”.
- “Me quema como la picadura de avispa roja que da calentura”.

- “El dolor agudo —en forma de ‘aire’— viaja como si fueran olas y me recorre la pierna; se mantiene por tiempo prolongado”.
- “El dolor está estacionado en una área bien definida y punza”.
- “El dolor corre como si fuera un rayo y entume la zona afectada; es momentáneo, pero muy doloroso. Recorre el cuerpo”.
- “El dolor quema y empeora con el roce de la ropa”.
- “Siento cómo los músculos de hacen nudo, se entumen, da calambres y es muy doloroso”.
- “El dolor es instantáneo, así como viene, desaparece”.
- “El dolor punza. Causa dolor extremo especialmente cuando hace frío y en luna nueva”.

Hay varias formas de explicar cómo los “aires” ingresan al cuerpo. Los “aires fríos” se cree son enviados a través de actos maléficos, por acción de los muertos o bien por sustos mayúsculos y se adquieren a través del sueño, especialmente durante las pesadillas; en tanto que los “aires calientes” lo hacen a través de la mirada “caliente” de personas “cargadas de calor” (embarazadas, menstruantes, borrachos, gemelos, enanos, albinos) o ingresan al cuerpo por cambios bruscos en el estado de ánimo, como por ejemplo de estar contento a sufrir un disgusto mayúsculo o cambiar rápidamente de un espacio cálido a uno frío. La expresión “me pegó un aire”, corresponde al cambio repentino de ambientes frío/caliente afectando al organismo en un desbalance térmico.⁴

Los aires “fríos”, dada su naturaleza, son más dañinos que los segundos y tienen la propiedad de estacionarse o moverse con rapidez en el cuerpo y provocan mayor daño en el paciente. Especialmente es temido el “aire de corazón”, síndrome caracterizado por dolor agudo en la caja torácica, vista nublada, sudoración fría, dificultad respiratoria y sopor profundo. Invariablemente asocian los periodos de dolor con las fases lunares y condiciones climáticas, así, argumentan que en luna nueva y en épocas de frío el dolor es más persistente y agudo.

El Cuadro 1 muestra los principales achaques registrados en ancianos de 75 o más años de edad, según manifestación o ausencia de cuadros neurálgicos y clasificados según la sospecha etiológica del padecimiento.

⁴ La creencia de daño por “ojo” no es exclusivo para los humanos, sino se extiende a plantas, animales y árboles frutales. Para prevenir daños externos suele colocárseles moños o listones de color rojo. A los bebés suelen protegerlos con pulseras de ámbar o semillas de color rojo.

Cuadro 1. Principales achaques asociados a la edad avanzada, según cuadro neurálgico y origen frío/caliente del padecimiento

Núm.	Padecimientos sin dolor en fase inicial, pero muy molestos. "Calientes"	Padecimientos con dolor/ardor / cosquilleo. sufrimiento profundo "fríos"
01	Temblor involuntario	Dolor de rodillas
02	Vértigo	Dolor de espalda
03	Trastornos del sueño y vigilia	Dolor de cabeza
04	Problemas de visión	Dolor de mano, brazo y antebrazo
05	Cansancio extremo	Dolor de oídos
06	Pérdida de memoria a corto y largo plazos	Dolor de estómago
07	Alucinaciones visuales, auditivas y táctiles	Dolor de muelas
08	"Nervios" (angustias, miedos, aislamiento)	"Aires" (cuadros reumáticos agudos)
09	Mareo	"Aire" del corazón (infartos)
10	Debilidad	Dolor de cuello
11	Cambio repentino de humor	Ciática
12	Sordera parcial o total	Infección de vías urinarias
13	Frío	Dolor de hombros
14	Pérdida de apetito	Dolor de pies
15	Delirio de envenenamiento	Dolor de cintura
16	Náuseas	Calambres
17	Sentimiento de culpa	Várices
18	Tristeza profunda, llanto, melancolía (depresión)	Dolor de ojos
19	Deseo sexual bajo	Artritis
20	Incontinencias	Dolor de "huesos" (¿artrosis?)

Fuente: Observación y registro en campo.

La noción térmica del padecimiento resulta de interés, pues generalmente asocian el calor principalmente a signos patológicos indolores, pero que provocan profundo malestar y riesgo de muerte a corto plazo; en cambio, el frío lo identifican más a sintomatología neurálgica que produce sufrimiento agudo prolongado y probabilidad de muerte a largo plazo. Finalmente será el especialista quien emita el diagnóstico que pudiera contradecir este principio. Las enfermedades de origen "frío" son más dañinas

que las “calientes”. El ideal de salud, entonces, está en lograr el balance térmico o cordial de la anatomía humana.

Casos clínicos

Buscando ejemplificar cómo afronta los procesos mórbidos el paciente anciano en una comunidad, se describen situaciones reales, donde la cultura nativa, la disponibilidad y accesibilidad de los servicios médicos influyen en la forma de concebir y atender la enfermedad del viejo no sólo de sus achaques, sino de la enfermedad crónica y degenerativa. Se trata de tres casos clínicos, dos hombres y una mujer, que reciben atención diferencial en función del origen causal del padecimiento y clasificación neurálgica. El primer caso hace referencia a un síndrome de filiación cultural, cuya terapia resulta exitosa; el segundo, es un padecimiento de demencia, donde el paciente no recibe ningún tratamiento y la enfermedad sigue su curso “normal” y el tercero, describe las complicaciones diabéticas que sufre Doña Rosa, cuyo tratamiento tardío termina con la muerte. Veamos el desarrollo de cada uno de ellos.

Caso 1: Síndrome de filiación cultural indoloro.

Paciente: don Miguel, 78 años de edad.

Sintomatología: pérdida de apetito, cansancio extremo y accesos de fiebre.

Diagnóstico: Envidia. Su “alma” ha sido atrapada y retenida por un poderoso brujo.

Terapia: recuperar el “alma” e integrarla al cuerpo a través de oraciones y ritos mágicos.

Tapalapa, Chiapas. Abril de 2010.

La cabecera municipal de Tapalapa, Chiapas, cuenta con escasos 800 habitantes. Más de 90 por ciento de la población es zoqueparlante y sólo cuatro por ciento es monolingüe en lengua indígena. Cuenta con servicio de clínica rural del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y un médico particular. Asimismo, existen dos farmacias, cinco médicos “tradicionales” y cinco parteras empíricas. La ciudad más cercana para recibir atención hospitalaria es Pichucalco, ubicada a dos horas por carretera o Tuxtla Gutiérrez, la capital, a tres horas. En época de lluvias es común que los caminos queden bloqueados por derrumbes.

Don Miguel, especialmente en los últimos dos meses había notado una afección que lo venía mortificando. Advirtió, entre otras cosas, que había

perdido peso rápidamente, sus horarios de sueño y vigilia los había invertido, sentía agotamiento crónico sin actividad física ruda, experimentaba pérdida de apetito, mareo y accesos de fiebre. Si bien su padecimiento no era doloroso, los efectos en su organismo eran de debilidad extrema, franco deterioro; su salud estaba diezmada, en serio riesgo de muerte. Ante tal situación y por insistencia de su esposa, acudió al especialista local en búsqueda de recuperar su salud.

Don Juan, el terapeuta, tenía fama en la comarca de ser buen curandero y —secreto a voces— lo reconocían como brujo. Don Miguel y Don Juan eran amigos desde la infancia y se conocían, pero sobre todo se tenían confianza uno al otro.

El paciente le contó con lujo de detalles su padecimiento. Para emitir un diagnóstico más certero, Don Juan “leyó” el pulso de la sangre del paciente: puso el dedo pulgar en la región distal del brazo del enfermo y descifró el pulso cardíaco. La lectura del torrente sanguíneo fue diagnosticada como “envidia”, pues Don Miguel tenía “suerte” y virtudes que sus enemigos deseaban gozar. En efecto, eran envidiadas sus cosechas “galanas” de flor, de café y de maíz. Asimismo, era famoso por el dominio que tenía en el arte de la danza y ser considerado “danzante principal”. Estas y otras situaciones lo habían hecho víctima de enemigos “nagualeros” (brujos), quienes a través del sueño hicieron prisionero el *kojama* (*alter ego*, animal compañero, tona, *tonalli*, el “alma”) de Don Juan.

El tratamiento por seguir era, primero, entablar una lucha onírica entre el curandero y los enemigos “nahualeros”, buscando liberar el “alma” retenida en algún lugar recóndito y reincorporarlo a su legítimo dueño; segundo, orar para que el cuerpo débil recupere fuerzas y, tercero, brindarle protección con amuletos para que no vuelva a ser atacado en sueños.

Una vez señalados los pormenores del tratamiento, el terapeuta oró buscando persuadir al paciente para que su cuerpo aceptara alimentos y así recuperara fuerzas. Un fragmento de la oración dice así:

¿No eres acaso piedra preciosa? ¿No eres acaso fino pedernal? Así como las aves de hermoso plumaje dejan escuchar su canto, permite oír tu voz, porque eres como el suave murmullo que el viento no puede borrar, por el contrario, lo convierte en eco y lo hace saber una y otra vez que eres luz en la oscuridad, eres delicada reliquia, eres flor, eres sol, eres día, eres fiesta, eres calor. Dondequiera que esté tu “sombra” atrapada, retenida, debe volver. Así como el murmullo cobra fuerza y la luz ilumina la oscuridad, de igual manera tu sangre debe volver y correr con fuerza de nuevo, porque eres vida, eres calor.

Trece son tus “espíritus”, trece son tus “almas”, todos ellos fuertes, todos ellos llenos de valor, de coraje. Eso eres tú y no lo toleran quienes te envidian. Tu sangre es valiente, tus «almas» son fuertes, tus espíritus son arrojados. Tus enemigos no pueden contra ti. Juntemos nuestras fuerzas. Te protejo, te procuro, estoy pendiente de ti. Cuenta conmigo, que yo cuento contigo.

Don Miguel fue “barrido”⁵ y colmado de bendiciones, con la encomienda que tomara caldo de pata de res y mucha verdura, bajo el argumento que la fuerza del ganado reside, justamente, en las patas. En la segunda sesión de terapia el paciente aceptó sentir mejoría y que ya estaba comiendo y las fuerzas habían vuelto a él. Don Juan supo, a través de sus sueños, quién o quiénes habían enviado el mal, pero no quiso revelarlo a su paciente para no hacer más grande el problema. Protegió al paciente con un amuleto confeccionado con trece granos del árbol colorín (*Erythrina americana*) para evitar envidias en el futuro. Finalmente, Don Juan no quiso cobrar por sus servicios.

La etiología del padecimiento, desde la perspectiva local, nada tiene que ver con la asociación de origen microbiano o viral, sino está estrechamente vinculada con la cultura, por tanto, las ceremonias terapéuticas dan respuesta a la creencia del ambiente en que se desarrolla la enfermedad: la envidia, de origen térmico caliente, considerado potencialmente dañino, con riesgo de muerte.

Caso 2: pérdida de memoria a corto plazo. Demencias.

Paciente: don Juan, 89 años.

Sintomatología: momentos extraordinarios de lucidez mental y pérdida de memoria temporal, especialmente la de corto plazo. Causa angustia, enojo y alucinaciones visuales y auditivas.

Diagnóstico: enfermedad “de viejo”.

Terapia: ninguna.

Chapultenango, Chiapas. Diciembre de 2010.

La cabecera municipal de Chapultenango tiene una población de tres mil habitantes. Aproximadamente 60 por ciento declaró hablar lengua zoque. Cuenta con servicio de clínica rural y dos médicos particulares. En el pueblo gozan fama de curanderos tres hombres y una mujer y se registran cinco parteras empíricas. Los servicios hospitalarios más cercanos están a

⁵ Técnica terapéutica que consiste en “limpiar” o “barrer” el cuerpo del paciente la envidia -de origen caliente- con la planta aromática de albahaca o basilica —de clasificación fría— (*Ocimum basilicum* L). Se cree que esta acción permite, entre otras cosas, retirar los males que aquejan al organismo, bajo el principio de acción de contrarios, buscando el balance térmico del organismo.

una hora (Pichucalco) y a tres horas y media la capital de estado, Tuxtla Gutiérrez.

Don Juan no fue a la escuela y no sabe leer ni escribir. Cuando joven, practicó la medicina herbolaria y era partero. Como médico tradicional ganó fama de excelente curandero y gozaba de alto estatus social, sin embargo, en los últimos tres años ha dado muestra de acelerada pérdida de memoria de corto plazo. Ahora Don Juan es visto como una persona no cuerda y que no razona adecuadamente. La gente supone que su enfermedad deriva de que cuando era joven abusó de la ingesta de alcohol,⁶ y por haber criado a su familia con rudeza. Entre Don Juan y sus hijos hay relación de conflicto, de hecho no se hablan, pues cuando llegan a coincidir, invariablemente pelean. Las más de las veces Don Juan sufre de alucinaciones tanto visuales como auditivas y ello genera agresiones físicas de Don Juan hacia sus hijos. Son los nietos encargados de hacer llegar los alimentos a los abuelos, quienes viven solos en una choza en el terreno común.

La salud física de Don Juan es envidiable, el problema es mental. A veces Don Juan goza de momentos extraordinarios de lucidez y es el platicador de antes. La gente ya no acude a él para solicitar sus servicios médicos, pues lo identifican bajo la figura de viejo, “malo de su cabeza”. Ya no distingue las denominaciones de dinero, en consecuencia es incapaz de hacer transacciones comerciales menores, sin embargo pide a sus hijos le den algunas monedas para que, al caminar, hagan el sonido característico del metálico en su bolsa y eso le da mucha seguridad, pero sus hijos le niegan la petición, pues invariablemente las pierde.

La pérdida de memoria a corto plazo dio signos de alarma varios años atrás, sin embargo, a decir de los familiares no consideraron grave, por ejemplo, el hecho que a Don Juan se le olvidara retirar el tasajo que había puesto en el fuego, o que buscara insistentemente su caballo, cuando lo tenía sujeto al lazo. Estas y otras muchas acciones eran motivo de risa por parte de los suyos y generaban cierta angustia y enojo a Don Juan.

Las cosas fueron de mal en peor, hasta que a Don Juan ya no se le permitió salir a laborar a su “trabajadero” (cafetal, milpa, potrero), pues la última ocasión no sólo se perdió en el camino de regreso a casa, sino que olvidó que llevaba montura y, angustiado, se sentó en el camino hasta que alguien lo orientó y condujo al pueblo. Este evento fue motivo de risa y burla por parte de la comunidad. El problema de pérdida de memoria fue

⁶ Es importante señalar que Don Juan utilizó en el cuadro de tratamiento herbolario plantas alucinógenas que inhibían el dolor y provocaban alucinaciones, tales como toloache (*Datura meteloides*) y floripondio (*Brugmansia arborea*).

empeorando, a tal grado que ahora Don Juan no es capaz de encontrar el camino de regreso cuando va a la iglesia, que está a un par de cuadradas de su casa. Cuando esto sucede, es auxiliado por algunos vecinos. Incluso se pierde al interior de su vivienda y esto le causa mucha angustia, desesperación y enojo.

Don Juan las más de las veces inspira miedo, especialmente en los niños, pues se vuelve agresivo. Habla solo con personas imaginarias. En sus momentos lúcidos platica amablemente y es capaz de recordar eventos de mucho tiempo atrás con lujo de detalles, sin embargo, la memoria a corto plazo es el problema. Por ejemplo, a menudo olvida que ya tomó alimentos y entra en conflicto con Doña Mari, su esposa, reclamando que lo quiere matar de hambre; hace berrinche y sale a la calle con sus vecinos a pedir algo de comida. Otras veces sufre de delirio de envenenamiento acusando a su esposa que le da de comer víbora de cascabel, para que muera envenenado.

Don Juan prácticamente ya no sale de su casa, salvo los domingos para asistir a oficios religiosos. Siempre se le ve solo o trabaja en el jardín del traspatio cultivando sus plantas medicinales. No recibe visitas, es visto con lástima y desdén. El estatus social de que antes gozaba como curandero ha venido a menos. La demencia se apoderó de él y no cuenta con tratamiento alguno, pues se cree que esta enfermedad es propia de la vejez y es “natural” hasta el desenlace del evento. Su enfermedad, se cree, tiene origen “caliente”; aunque no hay amenaza de muerte directa por esta causa, sí perturba terriblemente su estilo y calidad de vida.

Cuando sufre alucinaciones, a menudo platica con Cristo y lo hace en lengua zoque. Don Juan se molesta mucho porque los demás no ven a Jesús parado en una nube y quiere que todos se hinquen para adorarlo. Como podrá advertirse, Don Juan es tachado de loco y ante tal diagnóstico no recibe tratamiento alguno, por el contrario, lo aíslan, pues se torna agresivo. El panorama se complica cuando sufre de alucinaciones auditivas, pues a menudo agrede verbalmente a la gente. Don Juan es aislado y sufre cuadros depresivos agudos o experimenta cambios repentinos de humor. Desea morir pronto, pues su vida es un martirio. En sus rezos pide: “que Dios se acuerde de mi. Ya quiero descansar”.

Caso 3: complicaciones diabéticas.

Paciente: doña Rosa, 75 años

Sintomatología: mareo, sed extrema, accesos de vómito, poliuria, pérdida paulatina de la vista, pérdida de conciencia.

Diagnóstico: *Pá'ak pa'am* (“Mal de azúcar”).

Terapia: al inicio nada. En fase terminal es canalizada al hospital. Colonia Hidalgo, Copainalá, Chiapas. Marzo de 2010.

Colonia Hidalgo pertenece a la jurisdicción municipal y distrital de Copainalá, Chiapas. Cuenta con escasos 700 habitantes y se conecta por camino de terracería, a una distancia de ocho kilómetros. En la Colonia no hay servicio médico, cuenta sólo con un comité de salud, pero sin medicamentos. El servicio hospitalario más cercano es la cabecera municipal, que está a veinte minutos por carretera. El 45 por ciento de la población declaró hablar zoque. Cuenta con dos comadronas que atienden los partos.

Doña Rosa ignoraba por completo estar enferma. Sin embargo, hacía tiempo que experimentaba mareo, vista nublada, sed extrema y debilidad. La situación de su salud cambió radicalmente cuando durante catorce noches no pudo dormir bien, pues iba al baño prácticamente a cada rato, hasta que la decimoquinta noche perdió la conciencia.

Don Efrén, su esposo, buscó ayuda médica en el pequeño poblado, sin conseguirla. Muy de madrugada fue trasladada al hospital de Copainalá y tampoco contaba con médico, así que fue turnada al Hospital Regional de Tuxtla Gutiérrez que se ubica a dos horas y media por carretera. Los médicos lograron estabilizarla. El hospital no contaba con medicamentos suficientes, de forma tal que varios de ellos fueron adquiridos en farmacias particulares.

Tarde se enteró que estaba enferma de *diabetes* y que el padecimiento estaba muy avanzado, de hecho en fase terminal. Ante tal situación Doña Rosa pidió a sus hijos que la regresaran a la Colonia, pues no quería morir fuera de su comunidad; instruyó, además, que ya no gastaran en medicamentos, que la encerraran para que muriera de inanición y que el poco dinero que tenían lo destinaran a los nietos. Específicamente ordenó: “Enciérenme en casa. Si me vuelvo loca, amárrenme y déjenme morir de hambre y sed. No me tengan lástima, es una ley que dicto”.

Es muy importante referir que la diabetes fue diagnosticada por el médico, pues en la comunidad no se conoce tal padecimiento. Últimamente la gente la ha nombrado “azúcar”, seguramente porque el médico informa al paciente que sus niveles de glucosa se han elevado en el torrente sanguíneo,⁷ y en consecuencia debe bajar la ingesta de calorías y por esta información ha sido nombrada “*pa’ak pa’am*”, que se traduce literalmente como “mal de azúcar”. Como es un padecimiento que en su fase inicial no

⁷ Según la Asociación Americana de Diabetes recomienda metas específicas de glucosa: de 80 a 120 mg/dl antes de los alimentos; niveles inferiores a 160 mg/dl dos horas después de los alimentos y entre 100 y 140 mg/dl antes de irse a dormir (Opinión Médica).

provoca dolor, ha sido clasificada como *ka'kuy* y su identificación térmica no está del todo definida, pues tiene componentes tanto “fríos” (“aires”) como calientes (vértigo, mareo, debilidad, sed extrema, etcétera) que provoca malestares indoloros en su fase inicial, asociada a alto riesgo de muerte. La diabetes es una enfermedad relativamente nueva y es preciso brindar mayor información respecto a su etiología, prevención o tratamiento.

La diabetes, como muchas otras enfermedades que se manifiestan sin dolor, no es percibida como problema prioritario de salud. El diagnóstico se conoce en forma tardía, cuando prácticamente no se puede hacer mayor cosa en su tratamiento debido a lo avanzado del padecimiento.

Gracias a que los hijos de Doña Rosa trabajaban como peones en Cancún, Quintana Roo, pudieron costear los gastos que generó la hospitalización. Doña Rosa regresó a su colonia, donde sobrellevó su enfermedad, pero un par de meses después murió por complicaciones diabéticas y, al año, su esposo Don Efrén, dicen que “se dejó morir de tristeza”.

Palabras finales

Alcanzar edades avanzadas es cada vez más común y el crecimiento demográfico de la población envejecida trae consigo modificaciones en la forma de percibir y atender la vejez. Otro tema es la incipiente infraestructura en servicios de salud y los programas sociales de apoyo.

En el proceso salud, enfermedad y atención del anciano, especialmente respecto a la caracterización de los achaques y de las enfermedades crónico-degenerativas en la vejez, habrá de considerar la concepción de los procesos mórbidos en torno a cuadros neurálgicos (dolorosos/indoloros en fase inicial) y térmicos (frío/caliente) para determinar si una enfermedad es importante en su atención o no. En este plano deben trabajar en forma conjunta tanto médicos “tradicionales” y médicos alópatas, como los geriatras, para atender en forma integral al paciente anciano. La etiología mágica de las enfermedades es otro aspecto que debe ser respetado desde el plano cultural y generalmente es la opción más cercana que tiene el paciente para su atención. Otro tanto sucede con aquéllos padecimientos propios o asociados a la vejez que requieren ser tratados por terapeutas especializados, pues generalmente en la comunidad dejan que la enfermedad siga su curso “normal”, por ser considerada enfermedad de “viejo”. Así, por ejemplo, el problema de debilidad visual podría ser atendido y seguramente corregido con un programa oftálmico.

El problema de la diabetes es un flagelo que sufren los pueblos y es preciso brindar información oportuna principalmente en lengua nativa res-

pecto de su etiología, prevención y tratamiento. Sin duda alguna, un buen programa preventivo ayudará en mucho a su combate.

Muchos de los achaques registrados en realidad tienen cura y/o control, pero existe un estigma de que el viejo enferma por su naturaleza etaria. Esta idea debe ser superada en definitiva.

El anciano “principal” hombre o mujer, caracterizado por una serie de habilidades y conocimientos que maneje (curandero, comadrona, músico, danzante, consejero, cuentista, artesano, casamentero, rezador, hechicero, orador, lector de oráculo, mago, líder, adivino, etc.) ostentará su alto estatus social en tanto se mantenga lúcido. Una vez que pierde la lucidez mental es despojado del reconocimiento social y puede sufrir incluso burla pública, toda vez que deja de ser una persona importante en los planos mágico, religioso o social y pasa a ser del común de la gente, sin mayor amenaza ni influencia cultural como antes lo tenía. La demencia marca, en definitiva, el ingreso a la vejez completa disfuncional y el sujeto se vuelve dependiente en cuidados y atenciones, tarea depositada culturalmente en la mujer (Treviño *et al.*, 2006).

El hecho de que las comunidades estén marginadas no justifica el abandono en que se encuentran respecto a la cobertura de salud, por el contrario, merecen ser atendidos con servicios especializados en Gerontología y Geriátrica. Hoy día el servicio de salud existente en los pueblos rurales corresponde a los de atención primaria a la salud, donde poco o nada puede hacerse respecto a las enfermedades crónico-degenerativas. La formación de recursos humanos (gerontólogos, geriatras, enfermeras geriatras, investigadores en gerontológica, etcétera) para la atención del sector envejecido es una tarea urgente.

El proceso de envejecimiento ha iniciado y la presencia de población indígena mayor crece por arriba del promedio nacional. Necesitamos crear las condiciones necesarias para brindar una atención de calidad para el sector envejecido.

Bibliografía

APARICIO Pérez, Trinidad, 2008, *La crisis de los cuarenta*, disponible en http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=9478&TIPO_CONTENIDO=Articulo&ID_CATEGORIA=103893. Consultado el día 30 de octubre de 2012.

ARGANIS Juárez, Elia Nora, 2009, “Experiencia de envejecer con enfermedades crónicas”, en Florencia Peña Saint-Martin (coordinadora), *Salud y sociedad: perspectivas antropológicas*, Escuela Nacional de Antropología e Historia, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, PROMEP, pp. 31-51.

BARRAGÁN Solís, Anabella , 2009, “Cuerpo experiencial: el drama del dolor crónico”, en Florencia Peña y Saint-Martin (cords.), *Salud y Sociedad: perspectivas antropológicas*, Escuela Nacional de Antropología e Historia, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, PROMEP, pp.263:286.

DICCIONARIO MÉDICO, s/f, *Definiciones de términos médicos*, disponible en <http://www.diccionario-medico.com.ar/agerasia-p-36.html>, consultado el día 26 de octubre de 2012.

GONZÁLEZ García, Alicia, 2012, *Antojos durante el embarazo; mito o realidad*, disponible en <http://www.onsalus.com/antojos-durante-el-embarazo-mito-o-realidad/166/articulo>. Consultado el día 10 de octubre de 2012.

FOSTER, George, 1972 *Tzintzuntzan: los campesinos mexicanos en un mundo en cambio*, Fondo de Cultura Económica, México.

OPINIÓN MÉDICA, s/f, *¿Cuáles son los niveles normales de glucosa?*, disponible en <http://opinionmedica.com/noticia.cfm?n=112#axzz2ASLoFAKe>. Consultado el día 26 de octubre de 2012.

PELCASTRE Villafuerte, Blanca Estela, 2011, *Modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas*, Instituto Nacional de Salud Pública.

POSADA Hurtado, Eduardo, 2000, *Los antojos de las mujeres embarazadas*, disponible en <http://aupec.univalle.edu.co/informes/diciembre00/embarazadas.html>. Consultado el día 04 de octubre de 2012.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 1984, *Diccionario de la Lengua Española*.

REYES Gómez, Laureano, 2002, *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque*, Instituto de Estudios Indígenas-UNACH, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste PROIMMSE-UNAM, México.

REYES Gómez, Laureano y Ruperta Bautista Vázquez, 2007, “Ancianos indígenas en situación de mendicidad en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas”, en *Anuario de Estudios Indígenas XII*, Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, pp. 163-179.

TREVIÑO Siller, Sandra, Blanca Pelcastre Villafuerte y Margarita Márquez-Serrano, 2006, “Experiencias de envejecimiento en el México rural”, en *Salud Pública*, 48: 30-38. México.

Laureano Reyes-Gómez

Doctor en Ciencias Sociales por El Colegio de la Frontera Norte de Tijuana, Baja California. Realizó estudios de licenciatura y maestría en antropología social en la Escuela Nacional de Antropología e Historia de la Ciudad de México. Desde 1985 es investigador de tiempo completo y exclusivo, adscrito al Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH). Ha dedicado su vida académica al estudio de la cultura zoque, investigando diversos tópicos, como Antropología Médica, Lingüística, Migración forzada por erupción volcánica del Chichonal, Cosmovisión zoque. Últimamente, desde 1997, se ha dedicado básicamente al estudio de la etnogerontología, esto es, la investigación de la vejez y el proceso de envejecimiento de la población indígena en Chiapas, y en particular de los zoques, del cual tiene varias publicaciones. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I.

Correo electrónico: reylau2001@hotmail.com

Los retos de la atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas

Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte, María Guadalupe Ruelas-González, Hortensia Reyes-Morales, Sergio Meneses-Navarro y Maritza Alejandra Amaya-Castellanos

Instituto Nacional de Salud Pública, México

Introducción

México enfrenta hoy día un acelerado proceso de envejecimiento. De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en 2010 se registraron 10.5 millones de mexicanos y mexicanas de 60 años o más, esto representaba 9.2 por ciento de la población total. Siete millones de estas personas adultas mayores, vivían en situación de pobreza (INEGI, 2010). De acuerdo con las proyecciones, para el año 2050 habrá 33.8 millones de personas adultas mayores en el país, representando 27 por ciento del total de la población (CONAPO, 2007) y en el caso de América Latina, tanto en Brasil como en México se registrará el mayor incremento de la población de personas mayores en las próximas décadas (CELADE, 2006: 22).

Este crecimiento genera al mismo tiempo necesidades específicas de la población en todos los ámbitos —salud, económico, social— que se irán incrementando de manera paulatina. Desde el punto de vista de la salud pública, este panorama poblacional coloca al envejecimiento como un proceso muy importante que es necesario vigilar de cerca, toda vez que se asocia también a una transición epidemiológica que genera necesidades de salud particulares, que demandan la formación permanente de recursos humanos especializados, así como también sociales, tecnológicos y económicos para cubrirlos.

El envejecimiento es un proceso que se vive de forma diferente en la población, dependiendo de las características que definan el entorno de vida. Para estar en condiciones de hacer frente a este acelerado crecimiento, es

necesario distinguir este proceso de acuerdo con los diversos contextos territoriales, por ejemplo la ruralidad frente a la urbanidad, o bien considerar otras características sociodemográficas como la etnicidad. El interés del presente trabajo se centra en esta última característica, toda vez que los ancianos y ancianas indígenas constituyen un sector de la población que ha sido *descuidado* tanto desde la academia, como desde la acción operativa y de intervención de los distintos sectores gubernamentales.

Para justificar la necesidad de generar estrategias dirigidas hacia las personas adultas mayores indígenas, debemos partir de la caracterización de su contexto de vida. En las comunidades indígenas del país convergen condiciones sociales que hacen a estas poblaciones altamente vulnerables. Una considerable proporción de la población indígena se ubica en localidades con un alto grado de marginación, 80 por ciento vive por debajo de la línea de pobreza y generalmente habita en localidades rurales de menos de 2 500 habitantes (PNUD, 2010), sin acceso a servicios básicos de saneamiento.

Entre los pueblos indígenas se registra también un rezago en materia de salud con respecto al resto del país. Por ejemplo, se registra una diferencia de hasta diez años en la esperanza de vida entre los estados de mayor y menor desarrollo y en el caso de las poblaciones indígenas, esta esperanza apenas supera los 65 años. Según lo refiere el Plan Nacional de Salud 2006-2012; 20 por ciento de los indígenas está afiliado al Seguro Popular de Salud y sólo nueve por ciento cuenta con acceso a servicios del IMSS-Oportunidades (Secretaría de Salud, 2006). La falta de derechohabiencia a servicios de salud entre la población indígena todavía es alta, registrándose en 41.8 por ciento (CDI-PNUD, 2010), con el consecuente incremento de los riesgos de enfermar y morir.

Un factor que contribuye a agudizar la dañada situación de salud de la población indígena, es que los servicios de salud que se ofrecen no suelen tomar en consideración la condición étnica como factor diferencial en su organización y para el diseño de sus acciones. Esta es la causa por la que la población indígena muchas veces no utiliza los servicios de salud, cuando el acceso geográfico no es un problema, produciéndose un desencuentro entre la oferta y la demanda. La población no se identifica con el modelo de atención que se le ofrece y su búsqueda recurre entonces a otras opciones más acordes con su cosmovisión, usos y costumbres, sin tener la oportunidad de beneficiarse de los avances en materia de prevención y terapéutica del modelo biomédico. Desde el ámbito de los sistemas de salud, esta situación se reconoce como una barrera de tipo cultural (DEGPLADES, 2006).

El proceso de envejecimiento en las comunidades indígenas adquiere así un perfil particular. Se envejece de forma diferente a la población que vive en zonas urbanas y a la población no indígena. La falta de un esquema de jubilación que haga posible un ejercicio real del derecho a la salud, se suma al contexto de vulnerabilidad descrito anteriormente, produciendo condiciones deterioradas de salud para este grupo, reflejo de su contexto estructural de vida que se combina con una falta de atención médica oportuna que incluya una estrategia específica con base en las características socioculturales y necesidades de la población.

De este panorama se desprende la necesidad de ensayar nuevos esquemas de atención para población adulta mayor indígena, tomando en cuenta las características socioculturales y necesidades particulares de esta población. En algunos trabajos precedentes se señala la necesidad de llevar a cabo estudios que permitan comprender la experiencia de envejecimiento de los pueblos indígenas y el impacto de la transformación de prácticas culturales, entre las que se identifican las relativas al cuidado de la salud (Villasana y Reyes, 2006). En el mismo sentido, el desarrollo de un modelo de atención a la vejez indígena ha sido recomendado por algunos autores que han investigado la especificidad de este proceso. Bajo una perspectiva etnogerontológica, un modelo con estas características debe partir del conocimiento del contexto específico de vida, de manera que a partir de ello se identifiquen necesidades y se propongan acciones, esquemas generales que no partan de esta estrategia podrían no tener el éxito deseado ya que el proceso de envejecimiento en la población es heterogéneo (Reyes, 2001).

El desarrollo de estrategias de atención para las necesidades de salud de una población que envejece con características específicas y que tiene un perfil sociodemográfico y cultural igualmente específico, como es el caso de los grupos indígenas, demanda la incorporación de una perspectiva intercultural, entendida como la relación de culturas diferentes que promueve la comprensión mutua y propicia la comunicación (DGPLADES, 2006) y que requiere una mayor competencia técnica y humana para brindar atención en contextos indígenas (Lerín, 2004). De esta manera los recursos humanos y materiales y las acciones en salud desarrollados desde el modelo de la medicina biomédica, pueden enriquecerse con los conocimientos y prácticas derivados de la medicina tradicional y viceversa, potenciando un mayor beneficio para la salud de la población.

Interculturalidad en salud

La sociedad globalizada, señala Salaverry (2010), demanda cada vez más una nueva práctica profesional y los sistemas de salud deben responder a este reto incorporando una visión que tome en cuenta las diferencias culturales en la organización y prestación de servicios dirigidos a la atención de la población.

Salud Intercultural o Interculturalidad en Salud es el conjunto de acciones basadas, en primer lugar, en la toma de conciencia de la cultura del paciente o usuario de servicios de atención a la salud para poder, a partir de la comprensión, incorporarla en el proceso de atención de salud (Carrero, 2004). De esta manera, una política intercultural en el área de salud debe incorporar tanto en la planeación como en la oferta de los servicios el reconocimiento de la diversidad cultural para disminuir la discriminación que se puede traducir en diferenciales de salud por este motivo y generar brechas entre los grupos poblacionales; la interculturalidad implica una relación en la que diversos grupos y poblaciones culturales se vinculan, compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos, fomentando la horizontalidad, la comunicación, el respeto, la inclusión, la equidad y la reciprocidad, entre otros aspectos.

Este concepto considera la participación de la comunidad, el Estado y la sociedad civil organizada; en el caso de los grupos indígenas, se ha reconocido un conjunto de recomendaciones a partir de la reunión de la Organización Panamericana de la Salud en Winnipeg en las resoluciones CD37.R5 (1993) y CD40.R6 (1997), que establecen cinco principios para el trabajo en salud con estas comunidades, a saber:

1. Enfoque integral de la salud.
2. Derecho a la autodeterminación de los pueblos.
3. Respeto y revitalización de las culturas indígenas.
4. Reciprocidad de las relaciones.
5. Derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas (OMS, 2008).

El proceso de envejecimiento de la población indígena plantea desde este momento retos y desafíos para las políticas sociales, pues no sólo se trata de ampliar la oferta de servicios ya existentes (lo que en sí mismo resulta complicado son los costos, sobre todo en aquellos lugares de difícil acceso) sino que deben incorporarse nuevas estrategias y programas que

permitan satisfacer las necesidades emergentes con oportunidad y equidad (CONAPO, 2008: 8).

Ante este panorama se propone aquí la necesidad de generar nuevos esquemas de atención con enfoque intercultural que procuren un mayor beneficio a esta población. Con esta meta en mente, un equipo del Instituto Nacional de Salud Pública, con el subsidio del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, llevó a cabo una investigación con el fin de identificar un modelo de atención integral en salud, interculturalmente apropiado, que respondiera a las necesidades de las y los indígenas adultos mayores de 60 años o más, desde el punto de vista de prestadores de servicios de salud, formales e informales y de los propios adultos mayores indígenas. Uno de los objetivos específicos de la investigación fue la identificación de las principales necesidades de salud que tenían hombres y mujeres adultos mayores indígenas que viven en zonas rurales.

Metodología

Diseño

La estrategia metodológica empleada fue un diseño cualitativo con entrevistas semiestructuradas a personas indígenas adultas mayores de 60 años o más; a prestadores de servicios de salud y a recursos locales de atención a la salud. Esta estrategia se complementó con una descripción etnográfica encaminada a la caracterización del contexto estructural de las comunidades, además de una revisión documental sobre algunos indicadores socio-demográficos pertinentes y modelos ya existentes para poblaciones indígenas; de manera que este diseño integró la triangulación intra-método, es decir, la combinación de técnicas de levantamiento de información bajo una misma perspectiva de estudio (Arias, 2000) con el fin de enriquecer la información obtenida.

Comunidades de estudio

De acuerdo con las regiones indígenas identificadas en el país (CDI, 2006b) así como con la densidad de población adulta mayor indígena en esas regiones (CDI, 2006a) y el número de municipios indígenas y con presencia indígena (CDI, 2006b) se propuso Chihuahua para la región norte del país identificada como Tarahumara, Guerrero para la región centro identificada como Montaña de Guerrero y Quintana Roo para la región sur identificada como Maya, trabajando respectivamente con los grupos étnicos mayorita-

rios en cada región: tarahumara, náhuatl y maya. A estas regiones corresponden municipios de alta y muy alta marginación (CDI, 2006a).

De acuerdo con el lugar que ocupan en el contexto estatal respecto a su grado de marginación (primeros diez lugares) (CONAPO, 2005), al porcentaje de la población que vive en localidades rurales de menos de cinco mil habitantes, la densidad de población indígena y la cercanía geográfica, se ubicaron en Chihuahua los municipios de Guachochi (6° lugar estatal) y Balleza (8° lugar estatal); en Guerrero, los municipios de Acatepec (2° lugar estatal) y Atlixac (6° lugar estatal) que se ubican en la región geográfica de la montaña; en Quintana Roo, los municipios de Felipe Carrillo Puerto (1° lugar estatal) y José María Morelos (2° lugar estatal).

La mayoría de los informantes fueron hablantes de lengua indígena, por lo que se contó con el apoyo de traductores de las respectivas localidades para la realización de las entrevistas.

Se entrevistaron también profesionales de la salud que prestaban sus servicios en centros de salud de cada región. Se identificaron médicos tradicionales por región quienes también fueron entrevistados con el apoyo de los traductores, por ser hablantes de lengua indígena.

El proyecto contó con las aprobaciones de las comisiones de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública.

Análisis de la información

La información de las entrevistas, así como las anotaciones de campo a partir de la observación y el análisis de documentos, fue capturada en formato de texto para su organización y tratamiento, que se llevó a cabo con el apoyo del software para análisis cualitativo Atlas.ti v.5.2.® siguiendo los pasos propuestos por la Teoría Fundamentada.

Uno de los insumos para la propuesta de un modelo de atención, fue la caracterización de las principales necesidades de salud de esta población, lo que a continuación se presenta como principales resultados.

Resultados

Percepción de los adultos mayores de Quintana Roo (Grupo maya)

Bienestar

Hubo dos percepciones diferenciales respecto al estado de bienestar, por un lado los que consideran que no es muy bueno debido a que padecen de molestias no especificadas, que los médicos no han podido identificar,

de manera que no tienen un tratamiento para disminuirlas. En el mismo sentido y aunque no reportan enfermedades crónicas diagnosticadas, sí mencionan, por ejemplo, que se sienten débiles, condición que describen precisamente como crónica por el tiempo prolongado que la han padecido, lo que hace que consideren que tiene un mal estado de salud:

Y ¿cómo se ha sentido ahorita?

Que sí se siente enfermo.

¿De qué se enferma?

Es debilidad.

Debilidad, ¿a qué cree que se deba?

Que no, no sabe...

No sabe. ¿Es algo temporal o de mucho tiempo que se siente así, débil?

Es de mucho tiempo.

Las enfermedades que reportan las mujeres difieren del perfil epidemiológico para adultos mayores en el país. Su principal padecimiento es la pérdida de la vista, seguido de dolores de cabeza, espalda, piernas y enfermedades gastrointestinales, estas últimas probablemente debidas a que el agua no es potable.

Las raíces culturales dan explicación a los padecimientos: indican que éstos son debidos a los malos vientos, al paso del tiempo (refiriéndose a la época de calor y de huracanes). Existen otros síntomas como tos, sensación de falta de aire (que ellos refieren como asma) y flemas, que también mencionaron y que relacionaron con el clima.

Por otro lado, hubo adultos mayores que dijeron gozar de buena salud aunque refirieron también la presencia de tos y fiebre. La diferencia respecto a los anteriores es que estas condiciones no les generan preocupación y las vinculan a los cambios de temperatura.

Un padecimiento que fue comúnmente referido fue problema en los oídos, particularmente algún grado de sordera. También mencionaron malas experiencias con los servicios de salud, vinculadas a una atención deficiente. Asimismo señalaron problemas de vesícula, con perfil crónico de varios años, que se acentúan cuando comen algo irritante y que llegan a afectar también la visión.

Atención

Ante los problemas de salud que presentan, los adultos mayores acuden a los servicios de salud en primera instancia y cuando no resuelven su pro-

blema ahí, consultan a médicos privados, aunque en ningún caso se trata de especialistas en el área geriátrica y/o gerontológica.

Una opción también disponible para los adultos mayores en su comunidad son los llamados hierbateros (*menes*), que son médicos tradicionales que curan con hierbas y a quienes consultan cuando el médico alópata no puede resolver sus problemas de salud, no obstante reconocen que el hierbatero tiene un poder mayor.

- Que cuando a veces no le cura el doctor, siempre va con el hierbatero porque es más, él más cura las enfermedades que, que porque tiene el poder directo del cielo.
- ¿Acude al médico privado?
- No.
- ¿Acude al centro de salud?
- Que sí va de vez en cuando.
- ¿Cómo le atiende ahí?
- Pues que le atienden muy bien, pero que no hay remedio para él.

Lo común es que acudan al médico alópata primero y como segunda opción al hierbatero. No obstante a veces esta decisión depende más de su capacidad económica, pues en el centro de salud no les cobran y los servicios del hierbatero sí los tienen que pagar. La cercanía puede ser otro factor que influye en esta decisión.

En ocasiones ambas opciones, el médico alópata y el hierbatero, son consultados al mismo tiempo, pero se establece una diferenciación del tipo de padecimientos que cada uno puede curar:

- Bueno, a veces pienso ir [al curandero], porque una vez pues me dolía mi cabeza y [se me] empezó a quitar mi vista.
- ¿Con el dolor de cabeza se empezó a ir la vista?
- Pues ahorita pues ya [sentía] más como humo [se refiere al efecto que experimenta su vista]. Pienso que es este espíritu malo, lo pegó en mi cabeza.
- ¿Usted piensa que es un espíritu?
- El difunto de su abuela [que] pegó en su cabeza, [y] empezó el dolor [traductor].
- Porque el curandero con la hierba se llama [sichca]. Lo pega a su cabeza.
- ¿Para sacar el espíritu?
- Sí ese espíritu malo, lo quita.

Cuando los adultos mayores presentan alguna enfermedad grave que no puede ser atendida en el centro de salud, son remitidos a la cabecera municipal, asumiendo ellos o la familia el gasto que este traslado representa.

En ocasiones venden sus animales, como gallinas o puercos, para poder cubrir este gasto.

Obstáculos para la atención

Cuentan con un Centro de Salud, siendo el principal problema el idioma, debido a que los médicos no hablan lengua maya y requieren del apoyo de algunas enfermeras (os) y principalmente de personas de la comunidad que hablen un poco más el español para traducir. Es probable que este problema dificulte la relación médico-paciente, ya que refieren malos diagnósticos (corregidos, en opinión de las personas, por los médicos particulares) escasez de medicamentos, largos tiempos de espera bajo el rayo del sol (a pesar de acudir por alguna urgencia) malos tratos y falta de personal que atienda en horario continuo, como bien dicen los adultos mayores:

(...) en años pasados no [había nadie en el centro de salud después de las tres de la tarde], por eso necesita unos doctores auxiliares, aunque sea para atender cualquier hora, porque la enfermedad no sabemos en [qué momento se presente], a qué hora, no tiene hora, no tiene día.

Los hierbateros, al ser personas de la misma comunidad, suelen hablar en la lengua local, lo que facilita la comunicación con ellos. Sin embargo, los costos van desde 50 hasta dos mil pesos, dependiendo del tipo de padecimiento que tienen que curar, lo que hace que ellos prefieran el centro de salud porque “lo regañan, pero no le cobran”.

Los gastos que tienen los adultos mayores en medicamentos se ubican en un rango entre 130 y 800 pesos; el centro de salud les da algunos gratuitos, pero mencionan que compran otros porque consideran que éstos son insuficientes y aquéllos son mejores.

Percepción de los adultos mayores de Chihuahua (Grupo tarahumara)

Bienestar

Los adultos mayores perciben un buen estado de bienestar, al mismo tiempo que mencionan enfermarse de tos, fiebre, gripe, dolor de cabeza, síntomas que pudieran estar asociados a las características del contexto, ya que la sierra es una zona fría, boscosa, con vientos constantes.

Atención

Los adultos mayores refirieron acudir siempre al centro de salud o clínica más cercana cuando tienen algún problema de salud. Este lugar en oca-

siones se ubica a una distancia considerable, que implica varias horas de camino, sobre todo cuando no se dispone de transporte público o de algún conocido que tenga vehículo.

- ¿Y dónde está la clínica?
- Ahí mero Tecorichi, le dicen su nombre, mero Tecorichi onde está la clínica
- Pero estamos hablando que de aquí a Tecorichi ¿cómo cuánto tiempo es?, caminando, porque no hay transporte.
- ¿Aquí, aquí onde vivo yo? Media hora pa' llegar.
- Media hora caminando para llegar a Tecorichi.
- Sí, sí.
- ¿Y ahí va al centro de salud?
- Sí.

En las comunidades no cuentan con prestadores de servicios de salud permanentes y los servicios funcionan en un esquema de visitas regulares que se mueven en un rango de entre cinco y quince días, periodo en el cual acuden a la comunidad y dan consulta médica a la población.

El curandero, aunque esté presente en la comunidad, no es un recurso al que los adultos mayores refieran acudir frecuentemente, al menos no lo hacen como primera opción, sino hasta que tienen un problema de salud persistente o ante la imposibilidad de trasladarse al centro de salud.

Es común que los propios adultos mayores tengan conocimiento sobre hierbas medicinales y sean ellos mismos quienes busquen y preparen algún remedio para sus malestares.

El miedo también es un sentimiento que está presente cuando deciden a quién consultar para atender algún problema de salud. Perciben una suerte de distancia cultural que hace que no se sientan cómodos con el médico alópata que los visita y en este caso prefieren la automedicación tradicional para resolver su problema de salud.

- (...) comenta él de que muchas veces ellos no acuden a un centro de salud por miedo, a pesar de que los doctores pues sí dan buen, buen medicamento. Comenta él que, que muchas veces no acuden a un centro de salud, ya lo comentaba ahorita, de que bajan pues, médicos a curar aquí dentro de la comunidad, entonces no pueden ir, no pueden ir porque allá los dejan solos (...) y, este, cuando hay así como, [cuando tienen alguna enfermedad], algunas camionetas [van a la cabecera] o [transportan] algún mueble [aprovechan] para acercarse a Guachochi.
- ¿Por qué, por qué tiene miedo, a qué tienen miedo?

- Dice él que uno de los miedos puede ser que ellos están así, están acostumbrados. A pesar de que hay pues, médicos, médicos buenos, saben pues, ellos de que, de que hay un médico, así están pues, acostumbrados.
- Y entonces cuando tienen algún problema como el que me mencionó de tos o algún dolor, ¿qué es lo que hacen ellos para, para poderse cuidar eso o para poderse curar?
- Comenta él que existen algunas hierbas, que hay otras hierbas que sirven pues, que están más, más arriba, entre los cerros. Hay hierbas pues, que [sirven para curar].
- ¿Él conoce esas hierbas o tiene que consultar a alguien para saber qué tomar?
- Sí [él las conoce].

Obstáculos

Los médicos que llegan a la comunidad, además de que no lo hacen con mucha frecuencia, por lo general no son hablantes del rarámuri, lo que dificulta la comunicación con la gente. Esta situación les hace consultar al curandero (*owiruame*), quien sí habla su misma lengua, aun cuando la consulta represente un costo para ellos. Las grandes distancias se convierten también en un obstáculo para poder recibir atención, muchas veces tienen que recorrerlas a pie debido a que no hay transporte público disponible.

Percepción de los adultos mayores de Guerrero (Grupo náhuatl)

Bienestar

Los adultos mayores refirieron como principales padecimientos los siguientes: calambres, hipertensión arterial, gripa y tos, fiebre, artritis, dolor de huesos, molestias en la espalda, dolor en los pies al caminar y pies hinchados. En este sentido, perciben su estado de salud como regular. El hecho de que tengan hijos no se traduce en un apoyo para atender sus padecimientos; opinan que la red familiar no siempre es garantía de contar con ese apoyo.

Se percibe en ellos la presencia de secuelas de alguna enfermedad o dolencia no atendida en su momento. Los problemas de los huesos, producto de caídas muchas veces o accidentes en el campo, forman parte de su cotidianidad y con ellos continúan realizando sus actividades domésticas y laborales.

Atención

En aquellas comunidades donde no hay centro de salud, una unidad móvil hace visitas mensuales, en las que revisa a todos los adultos mayores. Si

antes de la visita ellos tienen alguna necesidad de salud por atender, consultan con la auxiliar de salud que es una mujer de la comunidad. Si ella no puede resolver su problema, entonces van a la cabecera de la comunidad o al lugar más cercano donde haya centro de salud; este viaje a veces lo hacen a pie, tardando alrededor de una hora, que es lo que demoran en atravesar el cerro que los separa de la cabecera.

No refieren la visita a médicos tradicionales o curanderos, de manera que dependen totalmente de estas acciones, ante la posibilidad de elegir dijeron preferir al médico alópata.

Han tenido que recurrir a la consulta médica privada, cuyo costo, refieren, es de entre 300 y 400 pesos. En la comunidad donde hay centro de salud, los adultos mayores acuden a ella pero no siempre resuelven sus problemas de salud; algunos dicen que no siempre hay quien los atiende y otros, cansados de tanta visita sin resultado favorable, eligen usar remedios naturales o automedicarse.

- (...) una vez me caí y no podía sentarme, pues; como vive un hermano ahí cerca, ellos me llevaron pa' llá bajo, pues, porque allá atienden, pues, más rápido.

- Allá ¿aquí no atienden bien?

- No, es que aquí pues, le dan una calmadita pues, no' más, (...) a veces no está la doctora, como vive en Acapulco y se va de viernes y sábado, el domingo y hasta el lunes en la mañana llega y a veces pa' decir una está enfermo; pues no, no: tiene que esperar hasta el otro día, o tres días cuatro días.

- ¿Si se presenta aquí el fin de semana no hay servicios de salud?

- No, na' más en la semana pues.

- Nada más en la semana ¿entonces ustedes a dónde se van, a Zapotitlán?

- No, aquí luego, aquí en Acopexco también hay un [doctor] (...).

- ¿Y cuánto cobra?

- 40 pesos cada inyección (...).

Identifican en la comunidad a pocos médicos tradicionales (entre ellos un sobador, al que acuden para atender sus malestares del cuerpo) o curanderos, quienes no siempre están disponibles. No obstante, el principal obstáculo es el costo de la consulta.

Obstáculos

Uno de los principales problemas que identifican es la falta de medicamento disponible para venta en la comunidad o cerca de ella, de manera que tienen que buscarlo en comunidades alejadas, lo que incrementa el gasto

de bolsillo al sumarse el costo del transporte. Esta situación los orilla a situaciones extremas como lo que se menciona en este testimonio:

—(...) ellos dicen que se ponga algo donde haya medicamento para que, este, la gente [que] se enferma lo van a comprar, pero saben que les va a servir., Ellos no quieren comprar las cosas lejos como es Chilapa, Tlapa porque, este, dicen que es un gastadero de dinero y aparte el medicamento y entonces, si están las cosas aquí, pues aquí las pueden comprar.

- Ah ¿entonces les gustaría que hubiera más, pero aquí?

- Ajá, sí, donde pudieran comprar.

- (...) Y ahora entonces, si tienen ese problema para conseguir medicamento ¿cómo le hacen?

- Pues la gente en veces se deja morir pues, no se quieren curar; se deja morir la gente porque como no tienen dinero dicen -voy a ir, ahora pa' que me atiendan... y el medicamento está bien caro, comprarlo está bien carísimo y luego salir fuera de aquí—.

Para hacer frente a estos gastos algunos deben vender lo que siembran: maíz o haba.

Otro de los obstáculos a los que se enfrentan es que los prestadores que los visitan (el médico y la enfermera) no hablan lengua náhuatl, lo que hace difícil la comunicación con la población. La auxiliar médica, que es una persona de la comunidad, es la que apoya con la traducción.

Cuando deben acudir a otros lugares, como por ejemplo para comprar medicinas, donde tampoco hablan náhuatl, las personas se llevan a sus hijos, quienes por lo general son bilingües, para que les apoyen; cuando esto no es posible, los hijos les anotan lo que necesitan en un papel y entonces los adultos mayores muestran este papel al empleado o encargado del lugar.

Percepción de los prestadores de servicios de salud

Los prestadores de servicios mencionaron como necesario para la atención de los adultos mayores lo siguiente:

- Un consultorio bien equipado, con nebulizador, baumanómetro y medicamentos específicos para diabéticos e hipertensos.
- Un médico y una enfermera exclusivos para los adultos mayores.
- Más promotores para ir a los domicilios, organizar actividades que necesitan, como por ejemplo ejercicios o pláticas dedicadas a la alimentación.
- Actualización del personal para la atención de los adultos mayores.

- Un nutriólogo que implemente un programa de alimentación.
- Aprender la lengua indígena local.
- Apoyo de ambulancia o transporte gratuito para cuando se les refiere a las unidades de atención especial para la atención a enfermedades crónico-degenerativas y grupos de autoayuda.
- Contar con alguna casa en las cabeceras municipales, que brinde atención integral.
- Un internista o un gerontólogo.
- Un psiquiatra o psicólogo y un odontólogo.

Conclusiones

En el Plan Nacional de Salud 2007-2012 (Secretaría de Salud, 2006) en su apartado sobre la organización e integración de la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud, se refiere como estrategia específica, impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas y atender con un enfoque intercultural la demanda de servicios de salud en poblaciones indígenas. En su referencia a la población de adultos mayores, señala también la necesidad de extender la atención más allá de los servicios, a los espacios comunitario y domiciliario (Secretaría de Salud, 2006: 62).

La generación de modelos de atención a la salud dirigidos a poblaciones específicas es un reto que deben encarar hoy en día los sistemas de salud, pues la literatura científica aporta cada vez mayor evidencia de que el proceso salud-enfermedad-atención no es homogéneo para toda la población, haciendo referencia a que es el resultado de un contexto particular que no sólo se basa en la disponibilidad de servicios, sino que también está vinculado a un marco propio de creencias y percepciones, a partir de las cuales se definen necesidades y se elige la forma de satisfacerlas (Salleras, 1985; Laurell, 1994; Berenzon *et al.*, 2006; Wong y Díaz, 2007; Caballero *et al.*, 2008).

Los aspectos relacionados con la búsqueda y obtención de atención en salud, están vinculados de alguna forma con el proceso de la utilización de servicios; sin embargo, existen muchos problemas de subutilización de estos servicios relacionados con barreras geográficas, económicas y culturales (Family Care International, 1998); percepciones por parte de la comunidad sobre la calidad y la capacidad resolutoria de los mismos; influencia de complejos modelos de toma de decisión de las comunidades para llevar a cabo las medidas necesarias y oportunas y los factores técnicos de cali-

dad y acceso (Mendoza *et al.*, 2002; Checa, 1996; Salcedo, 2000; Mendoza *et al.*, 2000; Szasz y Lerner, 1999).

La utilización de servicios de salud es un proceso dinámico y complejo, en el cual interactúan tanto el prestador de servicios como la población demandante. Este proceso está rodeado a su vez de una serie de variables que constituyen su entorno y que pueden influir en el comportamiento del otorgante del servicio y el usuario; de esta forma se puede decir que la utilización de servicios de salud constituye un fenómeno de connotaciones sociales (Donabedian, 1998).

En este sentido, entre las recomendaciones marcadas por organismos internacionales, señalan explícitamente la necesidad de “abordar las barreras de clase, culturales y otros obstáculos para recibir atención” (MacDonald y Starrs, 2003). Esto demanda el desarrollo de estudios encaminados a la generación de modelos de atención pertinentes a las características específicas de los grupos poblacionales, haciendo posible la identificación de acciones que deben ser implementadas de manera prioritaria, para mejorar la respuesta social organizada, tanto de los servicios formales de salud, como del sistema en su conjunto.

El enfoque intercultural que aquí se propone, responde a la necesidad de lograr la equidad en salud, como meta prioritaria para este sector. Algunos de los retos que identificamos para la atención de las personas adultas mayores en zonas indígenas son los siguientes:

- Impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas.
- Atender con un enfoque intercultural la demanda de servicios de salud en poblaciones indígenas.
- Desarrollar modelos de atención pertinentes a las características específicas de los pueblos indígenas.
- Promover el acceso a condiciones de equidad (jurisdiccional, de salud, de desarrollo).
- Construir y consolidar una agenda pública que posicione la interculturalidad en salud a nivel nacional.

Bibliografía

ARIAS, MM, 2000, “La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones”, en F. Mercado, D. Gestaldo y C. Calderón (comp.), *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud*, Universidad de Guadalajara, México.

BERENZON-GORN, S, E. Ito-Sugiyama, LA. Vargas-Guadarrama, 2006, “Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapeutas tradicionales de la Ciudad de México”, en *Sal Púb Méx*, 48(1): 45-56.

CABALLERO, M, R. Leyva-Flores, SC. Ochoa-Marín, A. Zarco y C. Guerrero, 2008, “Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud”, en *Sal Púb Méx*, 50(3): 241-250.

CARREAZO, J., 2004, “Salud intercultural: atisbos de un enfoque multidisciplinario”, en *Paediatrica* 6(2), 101-107.

CDI-PNUD, 2010, *Sistema de indicadores sobre la población indígena de México con base en INEGI Censo de Población y Vivienda*, México.

CDI, 2006a, *Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores indígenas de México*, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México.

CDI, 2006b, *Regiones indígenas de México*, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, coord. Enrique Serrano Carreto, CDI, PNUD, México.

CELADE, 2006, Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, Naciones Unidas, Santiago de Chile.

CHECA, S., 1996, “Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad”, en *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 1996; 15(1): 12-16.

CONAPO, 2005, *Índices de marginación a nivel de localidad 2005*, Consejo Nacional de Población, disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/> Consultado el 5 de junio de 2008.

CONAPO, 2007, *Proyecciones de la población de México 2005-2050*, Consejo Nacional de Población, disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm> Consultado el 6 de marzo de 2008.

CONAPO, 2008, *Programa Nacional de Población 2008-2012*, Consejo Nacional de Población, en http://www.normateca.gob.mx/Archivos/32_D_1729_05-11-2008.pdf

CONAPO, 2010, *Informe de México: el cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México, 2008*, Consejo Nacional de Población, disponible en <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2008/02cepal.pdf> consultado el 18 de mayo de 2010.

DEGPLADES, 2006, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, disponible en <http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/Enfoque%20intercultural.pdf> /http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/dmtidi/barreras_culturales.pdf Consultado el 2 de junio de 2008.

DONABEDIAN, A., 1998, *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*, Fondo de Cultura Económica, México.

FAMILY CARE INTERNATIONAL, 1998, *Mortalidad materna*, disponible en: http://www.safemotherhood.org/resources/pdf/s_tech_facts.pdf. Consultado el 3 de mayo de 2005.

INEGI, 2010, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, disponible en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx>, consultado el 21 de octubre de 2012.

INEGI, 2012, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, disponible en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx>, consultado el 21 de octubre de 2012.

LAURELL, C., 1994, “Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad”, en Organización Panamericana de la Salud, *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*, Washington, D.C.

LERÍN, S., 2004, “Antropología y salud intercultural. Desafíos de una propuesta”, en *Desacatos*, (15-16): 111-125.

MACDONALD, M. y A. Starrs, 2003, *La atención calificada durante el parto. Recomendaciones para políticas*, Maternidad Sin Riesgo/Family Care International, New York.

MENDOZA, D., AG. Nájera, L. De la Cruz, J. González y M. Madrazo, 2000, *Encuesta de salud reproductiva con población derechohabiente: documento metodológico*, Dirección de prestaciones médicas. Coordinación de Salud Reproductiva y materno infantil, México.

MENDOZA FLORES ME, B. Sánchez Jiménez, M. García Cardona y H. Ávila Rosas, 2002, “Morbilidad percibida y control prenatal. Estudio de campo”, en *Perinatología y Reproducción Humana*, 16(1): 26-34.

OMS (Organización Mundial de la Salud), s/f, *Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas. Lineamientos estratégicos y plan de acción 2003-2007*, Washington, D.C.

OMS (Organización Mundial de la Salud), 2008, *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*, Washington, D.C.

PNUD, 2010, *Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México. El reto de la desigualdad de oportunidades*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

REYES L., 2001, “Población indígena mayor. El envejecimiento de la población zoque de Chiapas”, en *Demos* 14, 29-30.

SALAVERRY, O., 2010, “Interculturalidad en salud. La nueva frontera de la medicina”, en *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 27(1): 6-7.

SALCEDO ROCHA A., 2000, “La experiencia del embarazo y su atención en adolescentes de estratos medio, popular y marginal”, en C. Stern, C. Echarri, *Salud reproductiva y sociedad, resultados de investigación*, El Colegio de México, México.

SALLERAS SL., 1985, *La salud y sus determinantes*, Díaz de Santos, Madrid.

SECRETARÍA DE SALUD, 2006, *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, Secretaría de Salud, 20, México.

SZASZ I y S. Lerner, 1999, *Para comprender la subjetividad*, El Colegio de México, México.

VILLASANA, Susana y Laureano Reyes, 2006, *Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores indígenas de México*, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México.

WONG, R. y JJ. Díaz, 2007, "Health care utilization among older Mexicans: health and socioeconomic inequalities", en *Sal Púb Méx*, 49 (sup 4): 505-514.

Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte

Doctora en Psicología Social por la Universidad Autónoma de Barcelona. Es profesora-investigadora en la Dirección de Determinantes y Retos de los Sistemas de Salud en el Instituto Nacional de Salud Pública de México, en donde imparte los cursos de ciencias sociales en Salud Pública e investigación cualitativa en sistemas de salud. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1 y líder de la línea de investigación institucional Salud y Grupos Vulnerables. Entre sus últimas publicaciones destacan "Community-based health care for indigenous women in Mexico: a qualitative evaluation" (coautora) en *International Journal for Equity in Health*, 2014; *Políticas públicas para el empoderamiento de las mujeres indígenas. Evaluación del acuerdo de colaboración CDI-ONU Mujeres en el marco del PAIGPI* (coautora) Instituto Nacional de Salud Pública, 2013; *Modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas, resumen ejecutivo* (coautora) Instituto Nacional de Salud Pública-CONACyT.

Correo electrónico: blanca.pelcastre@insp.mx

María Guadalupe Ruelas-González

Doctora en Ciencias de la Salud Pública con área de concentración en Sistemas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Es investigadora, académica y consultora en áreas de Salud Pública en la línea de grupos vulnerables, adultos mayores, indígenas: género, factores sociales, violencia/maltrato, lesiones físicas, medicamentos, uso de servicios de salud y sistemas de salud de las cuales tiene varias publicaciones en revistas y capítulos de libros. Es investigadora en el INSP y actualmente

sus proyectos de investigación versan sobre el maltrato al adulto, mayor, adultos mayores indígenas y atención de servicios de salud y sociales en los adultos mayores.

Correo electrónico: guadalupe.ruelas@insp.mx

Hortensia Reyes-Morales

Doctora en Ciencias en Salud Pública con área de concentración en Sistemas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Actualmente es Directora General Adjunta de Calidad en Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en salud de la Secretaría de Salud. Es Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II. Entre sus últimas publicaciones destacan “Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México”, (coautora) en *Salud Pública Mex* 2013; “Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y del parto en México”, en *Salud Pública Mex*, 2013; y “Gasto en salud, la desigualdad en el ingreso y el índice de marginación en el sistema de salud de México” (coautora), en *Revista Panamericana de Salud Pública* 2014; 35(1) como coautoría.

Correo electrónico: hortensia.reyes@salud.gob.mx

Sergio Meneses-Navarro

Doctor en Ciencias de la Salud Pública con área de concentración en Sistemas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública, maestro en antropología médica por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y médico cirujano por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Es investigador en ciencias médicas del Instituto Nacional de Salud Pública. Entre sus últimas publicaciones destaca: *Community-based health care for indigenous women in Mexico: a qualitative evaluation.*

Correo electrónico: sergio.meneses@insp.mx

Maritza Alejandra Amaya-Castellanos

Maestra en Salud Pública con concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Comunicadora Social. Periodista egresada de la facultad de Comunicación Social de la Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Colombia. Se ha formado en periodismo investigativo y creativo en la Universidad Complutense de Madrid, España. Es investigadora del Departamento de Vigilancia de la Nutrición, del Centro de Investigación en Nutrición y Salud (CINyS), del Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos. Entre sus publicaciones destacan *Modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas*, resumen ejecutivo, Instituto Nacional de Salud Pública, 2011 y *The role of the relationship between parent's BMI, overweight and obesity among Mexican school-age children as part of a comprehensive prevention strategy* (Chapter: Obesity Epidemic), 2012.

Correo electrónico: maritza.amaya@insp.mx

Evaluación de salud y estado nutricional de adultos mayores en tres poblaciones indígenas de Jalisco

Carlos Villarruel-Gascón

*Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades,
Universidad de Guadalajara, México*

Presentación

El interés en estas poblaciones se basa en el trabajo que en años anteriores se había ido realizando en la cobertura de los programas de apoyo dirigidos por diversas organizaciones sociales, instituciones universitarias e investigadores sociales, interesados en la problemática territorial e identitaria de los pueblos indígenas. Principalmente parte de los estudios sobre la memoria y los procesos organizativos y de resistencia, como de la experiencia de vida de los adultos mayores, lo que permitió ir estableciendo vínculos a través de la Universidad y por medio de la UACI (Unidad de Apoyo a Comunidades Indígenas), como de los procesos de educación abierta y de las estrategias de salud tradicional, lográndose establecer un acuerdo inicial de elaborar estudios psico-antropológicos con los ancianos indígenas desde su propia perspectiva.

El propósito general del proyecto de investigación ha sido configurar un diagnóstico sociocultural de los adultos mayores indígenas, sobre sus condiciones de vida/bienestar, salud/nutrición e identificar su memoria semántica sobre sus procesos de vida. El trabajo de campo inició en agosto de 2009 y finalizó en marzo de 2012.

Propósitos

A partir del consentimiento informado, evaluar las condiciones de vida del adulto mayor indígena, mediante la percepción de salud, el estado nutricional y el análisis de redes semánticas naturales.

El documento que se presenta ‘resultados preliminares’, es el trabajo llevado a cabo en los pueblos indígenas de Jalisco: Ayotitlán (Náhuatl), Tuxpan (Náhuatl) y Mezcala (Coca), en relación con los resultados obtenidos del Proyecto de Investigación: “Envejecimiento: cultura y salud indígena” —condiciones de vida, redes de apoyo, tradiciones y prácticas del adulto mayor indígena en Jalisco— [1° parte]. Con registro PROMEP/103.5/09/4015.

- *Percepción de salud*: es la descripción que realiza el adulto mayor hacia su persona, identificando las características esenciales sobre su desempeño social y riesgos de salud.
- *Estado nutricional*: es la descripción sobre su consumo de alimentos, características físicas y parámetros dietéticos.
- *Redes Semánticas Naturales*: es la descripción de los significados que construye el adulto mayor sobre su experiencia de vida.

Material y métodos

Este es un estudio transversal, que se ha desarrollado principalmente en cuatro poblaciones: Ayotitlán, (municipio de Cuautitlán) Tuxpan (cabecera municipal) Mezcala (municipio de Poncitlán) y en una comunidad con un conflicto actual de usurpación de sus tierras e inundación masiva de su poblado (presa El Zapotillo) el caso de Temacapulín, municipio de Cañadas de Obregón. Son comunidades con alto índice de envejecimiento de la población del estado de Jalisco, realizando procesos diversos de vinculación, evaluación y atención a un grupo aproximado de 400 ancianos (Adultos Mayores), dentro del lapso de agosto de 2009 hasta marzo de 2012. Cabe resaltar que en este trabajo omitimos los resultados de Temacapulín.

En este estudio se incluyeron adultos mayores indígenas que participaron voluntariamente en la investigación y que firmaron el consentimiento informado. Se utilizaron principalmente dos instrumentos de análisis, primero, un ‘Cuestionario de Percepción de Salud y Estado Nutricional de Adultos Mayores’. Este cuestionario incluye cuatro partes: una evaluación de salud, una valoración del estado nutricional, una escala de depresión de Yesavage abreviada y una evaluación del estado nutricional MNA (Mini Nutritional Assessment) y segundo, una Entrevista Estructurada de ‘Redes Semánticas Naturales’ (RSN): estudio cualitativo de valoración sobre sus experiencias de vida: significados y sentidos, acerca de expresiones: ser viejo, ser pobre, ser saludable.

Para este trabajo se estableció una muestra social de 300 ancianos, lográndose un total de 287 registros en la base de datos, 130 eran hombres y 157 mujeres.

Se hizo un muestreo no probabilístico por conveniencia en el que se evaluaron a todos los ancianos indígenas que quisieron participar en el proyecto. Estos participantes se obtuvieron de las asambleas ejidales, como del ‘Consejo de Mayores’ (Ayotitlán/Mezcala), de las asambleas comunitarias del ‘Consejo Parroquial’ (Ayotitlán/Mezcala/Tuxpan) y de los ‘jubilados y pensionados’ (Tuxpan). Se aplicaron las entrevistas y cuestionarios en di-

versos espacios, como son las instalaciones que la Universidad/UACI tiene en la sierra de Manantlán, como en la Casa del ‘Consejo de Mayores’ y en el salón comunitario, en los comedores comunitarios del DIF, así como en el salón anexo al templo, a las que se asistió en diversos periodos de 2009 a 2012, según las localidades y que cumplieron los criterios de inclusión.

La estrategia de intervención se estableció por la relación que se tiene con la UACI, el Centro de Estudios de Género, el Departamento de Historia y el Departamento de Educación del CUCSH, de la Universidad de Guadalajara, como por la relación con el CIESAS y por los vínculos establecidos anteriormente en las comunidades. Con previa invitación por la asamblea del ‘Consejo de Mayores’ y de la asamblea del comisariado ejidal, como de los gobiernos municipales, principalmente a los delegados municipales, se presentó el proyecto con las características del trabajo por desarrollar, así como también del equipo de trabajo de estudiantes de Antropología y Nutrición y de los asesores. Luego se presentó el proyecto a la Parroquia, que fue aceptado por parte del Consejo Pastoral. Esta iniciativa también se presentó como una propuesta de desarrollo a la Dirección del Adulto Mayor del DIF Estatal, a la Dirección del DIF Municipal, como a la Coordinadora Estatal de Comedores Municipales y el proyecto fue aceptado. Asimismo, se enunciaron las condiciones del trabajo de campo y los criterios de inclusión para la participación de los ancianos en el estudio, también se programaron las visitas a la comunidad mensualmente y se estableció como límite de trabajo para recabar la información en año y medio por población.

Se recopilaron los datos sociodemográficos por medio de una entrevista, que sirvió como ficha de identificación. Se cuestionó sobre la actividad física y se procedió a hacer una evaluación sobre la percepción del estado de salud así como las conductas de riesgo para la salud (alcoholismo y tabaquismo) y se aplicó la escala de depresión de Yesavage abreviada.

A continuación, se hizo la evaluación de la presión arterial y nutrición. La presión arterial sistólica, diastólica y la frecuencia cardiaca se midieron con la ayuda de un monitor de presión arterial automático. Posteriormente, se procedió a realizar la evaluación nutricional mediante antropometría y el MNA. De la evaluación antropométrica se tomaron las siguientes mediciones: circunferencia media de brazo (CMB), circunferencia de la pantorrilla (CP) y los datos que arrojó la báscula (peso, porcentaje masa grasa, porcentaje agua corporal, masa muscular, masa ósea). También se midió la altura talón-rodilla (ATR), con la que se calculó posteriormente la talla y el Índice de Masa Corporal (IMC).

El análisis estadístico se realizó con ayuda del programa SPSS versión 17 para Windows. Se consideró $p < 0.05$ como significativa. Las variables cuantitativas se presentan como promedio (desviación estándar) y las variables cualitativas se presentan como frecuencia (porcentaje).

Trabajo de campo

Se eligieron tres poblaciones indígenas, por ser comunidades con altos índices de pobreza y por tener en su conjunto más de 1 300 adultos mayores. Son comunidades de origen indígena, que tienen tradiciones arraigadas como rituales festivos, vestuario, musicalización y gastronomía, principalmente. Poseen una fuerte experiencia de organización comunitaria en defensa de su territorio, con años de resistencia y de actividades reivindicativas sobre su pasado y legado histórico, en relación con su proceso identitario. Poseen una organización tradicional: un ‘Consejo de Mayores’ con la organización comunitaria ejidal, con asamblea ejidal, que realizan prácticas culturales diversas en relación con el proceso histórico de su espacio territorial.

Otro factor para la elección de estas comunidades fue que se tenía un contacto previo a la realización de la investigación, ya que anteriormente hubo acercamiento con cada una de las poblaciones por experiencias diversas por las que han cruzado las comunidades desde hace más de diez años, en las que se ha realizado investigación sobre sus procesos organizativos, que junto con los adultos mayores han desarrollado en estas comunidades, lo cual atrajo el interés y fue así como se comenzó a asistir a sus reuniones mensuales de la ‘asamblea ejidal’ como del ‘Consejo de Mayores’, donde se llevaban a cabo tareas de denuncia, organización y de actividades de reivindicación de su pasado y de actividades de apoyo a la población envejecida de la comunidad.

A partir de octubre de 2009 se llevó a cabo la evaluación del estado nutricional de los adultos mayores. El trabajo de campo se dividió en varias etapas, según las características de los acuerdos y por las condiciones de los espacios designados. El trabajo terminó hasta 2012. Dicha evaluación se tuvo que realizar en tres etapas ya que inicialmente no se contaba con presupuesto. De esta manera la primera etapa se realizó con presupuesto personal, sin embargo la realización de la segunda etapa se postergó por varios meses por dos razones: esperar la recepción de los recursos PROMEP y porque se presentaron actos de violencia en las comunidades, lo que interrumpió el trabajo de campo, que se completó en la tercera etapa.

Las evaluaciones se realizaron en el turno matutino los sábados y domingos de 10:00 a 15:00 horas, inclusive hasta el anochecer. Los entrevistadores fueron alumnos de la carrera de Antropología previamente entrenados como auxiliares de investigación y se contó con asesores del proyecto: Doctora del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Maestro Psicólogo y Educador del Centro de Estudios de Género de la Universidad de Guadalajara (UDG), quienes brindaron ideas y apoyos para mejorar el proyecto.

Los entrevistadores fueron capacitados para la realización de las entrevistas en el trabajo de campo. Antes del levantamiento de la información, se diseñó una propuesta de organización del trabajo de investigación; posteriormente, se presentó la propuesta con las autoridades correspondientes y líderes de las comunidades y se establecieron las citas de trabajo (días y horas de atención), así como el calendario de las etapas. Se estableció un programa de actividades para las sesiones por cada comunidad por atender; se diseñó una ruta de los traslados del equipo y también se determinó la forma de participación del equipo de investigación en las sesiones de la 'asamblea ejidal' y del 'Consejo de Mayores' (gobierno tradicional), así como en las reuniones de pastoral social de los mayores en la parroquia.

Estas sesiones y asambleas que realizaba la comunidad cada determinado tiempo, eran los lugares estratégicos donde se encontraban grupos de adultos mayores reunidos para abordar los temas de expropiación de tierras y límites de sus propiedades, esto en el caso de la 'asamblea ejidal' y en el caso del 'Consejo de Mayores', se trataban asuntos de la organización social de su comunidad. Se les explicó en qué consistiría la investigación y se les invitó a participar. Ahí se hizo un registro de los adultos mayores participantes y de la atención a los mismos. También se atendió a las asambleas/reuniones de los mayores en la parroquia y se invitaba a los adultos mayores de la comunidad por las calles (en el caso de Tuxpan y Mezcala), a participar en el estudio, visitando algunas casas de las manzanas retiradas del centro.

El inicio de las sesiones se realizó conforme al plan de trabajo establecido:

1. Se llegaba al lugar de la cita de manera anticipada y en equipo.
2. Se asignaba turno de acuerdo con el arribo de las personas a las instalaciones, previo al registro de su nombre, edad y una breve explicación de la investigación.
3. Se remitía al entrevistador.

4. El entrevistador, previa entrega del ‘consentimiento informado’, llenó el formato de recopilación de datos por medio de una entrevista, que sirvió como ficha de identificación (datos sociodemográficos).
5. Se cuestionó sobre antecedentes de alcoholismo y tabaquismo.
6. Después, se aplicó la escala de depresión de Yesavage abreviada.
7. A continuación, el adulto mayor pasaba con la auxiliar de investigación (nutrióloga), quien hacía la evaluación de la presión arterial y la frecuencia cardiaca.
8. Posteriormente, de manera personalizada y con mucho cuidado, la nutrióloga procedió a realizar la evaluación nutricia mediante antropometría y el MNA (evaluación del estado nutricional).
9. De la evaluación antropométrica se tomaron las siguientes mediciones: circunferencia media de brazo (CMB), circunferencia de la pantorrilla (CP) y los datos que arrojó la báscula (peso, porcentaje masa grasa, porcentaje agua corporal, masa muscular, masa ósea). También se midió la altura talón-rodilla (ATR), con la que se calculó posteriormente la talla y el Índice de Masa Corporal (IMC).
10. Finalmente, la nutrióloga hacía una determinación del estado nutricio del adulto mayor y le daba recomendaciones generales: cuidados para mejorar sus condiciones de salud.

Resultados

Los resultados muestran descriptivamente los datos obtenidos del trabajo de campo en las tres poblaciones de Adultos Mayores Indígenas.

Datos sociodemográficos

Fue entrevistado un total de 287 ancianos, 130 (45.3 por ciento) eran hombres y 157 (54.7 por ciento) mujeres, reportándose en los registros recabados que la edad de la población fue de un mínimo de 60 años y un máximo de 99 años, con un promedio de la población de 73 años.

Un 38.7 por ciento de la población no había asistido a ninguna institución educativa, sólo 15.3 por ciento tenía la primaria terminada y 39 por ciento tenía la primaria sin terminar (Tabla 1). El estado civil más frecuente fue casado (50.9 por ciento), seguido de los viudos (36.2 por ciento) donde sobresale que más de 24 por ciento son mujeres.

Tabla 1. Municipios

Municipios	N	%
Ayotitlán	58	26.2
Tuxpan	107	48.4
Mezcala	104	36.2
Cuautitlán	18	8.1
Total	287	100

Fuente: elaboración del autor.

Tabla 2. Escolaridad

Escolaridad	N	%
Sin escolaridad	111	38.7
Primaria terminada	44	15.3
Primaria sin terminar	112	39
Secundaria terminada	6	2.1
Secundaria sin terminar	4	1.4
Técnico	1	0.3
Bachillerato	2	0.7
No contestó	5	1.7
Otro	2	0.7
Total	287	100.0

Fuente: elaboración del autor.

La ocupación

La mayoría de los ancianos se dedica fundamentalmente al hogar (46.3 por ciento), recalcando que más de 44.9 por ciento son mujeres y 19.5 por ciento se dedica al campo, como el 'jornal' y las 'milpas' que se realizan en sus propias parcelas, donde las mujeres comparten algunas actividades, caracterizándose por el cultivo del maíz, del frijol y de algunas otras hortalizas, algunos cultivos son de café y otros de flores silvestres.

En el caso de las mujeres dedicadas al hogar, también realizan actividades de sobrevivencia apoyando labores del campo, orientadas hacia los cultivos de hortalizas y, principalmente, de plantas medicinales. Otros comercializan productos del campo.

Apoyo asistencial

Más de la mitad de la población recibe algún apoyo asistencial del gobierno (71.8 por ciento). Los programas que más destacan son el Programa 70 y Más, con 27.5 por ciento de la población y con 11.1 por ciento el Programa Oportunidades. Asimismo, los ancianos que no reciben ningún tipo de apoyo suman un total de 23 por ciento (Tabla 3).

Tabla 3. Apoyo asistencial

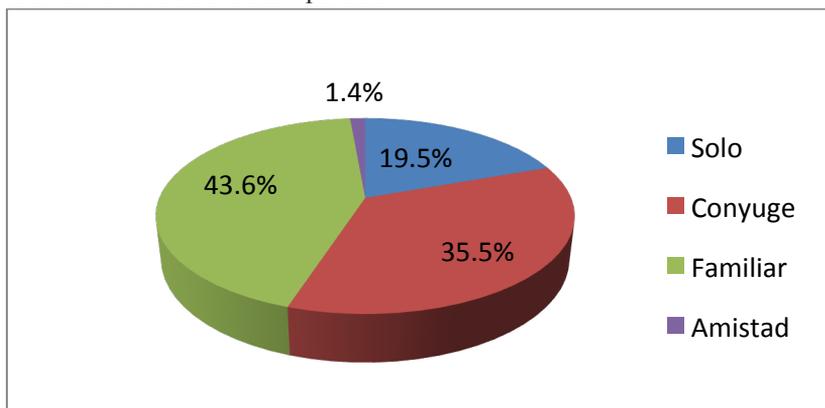
Apoyo asistencial	N	%
Programa 70 y Más	79	27.5
Seguro Popular	20	7.0
Programa Oportunidades	32	11.1
DIF	5	1.7
Seguro Popular + Oportunidades	8	2.8
Programa 70 y Más + Seguro Popular + Oportunidades	7	2.4
Programa 70 y Más + Oportunidades	4	1.4
Programa 70 y Más + Seguro Popular	26	9.1
Programa 70 y Más + Procampo	2	0.7
Otros	23	7.9
No recibe apoyo asistencial	66	23.0
No contestó	15	5.2
Total	287	100.0

Fuente: elaboración del autor.

Del cuidado y del cuidador

Según los registros, la mayoría de la población vive con su cónyuge o con algún familiar (79.1 por ciento), principalmente con algún familiar (43.6 por ciento) y 19.5 por ciento vive solo (Gráfica 1).

Gráfica 1. Vive solo o acompañado



Fuente: elaboración del autor.

Redes sociales

En general, por las condiciones intrínsecas de los poblados y/o por las distancias entre caseríos, colonias y rancherías, los vínculos están separados, alejados unos de otros, lo que hace difícil el establecimiento de las redes sociales de apoyo.

Ingresos y gastos

Alrededor de 49 por ciento de la población gasta entre 200 y 500 pesos a la semana en alimentos, 24.7 por ciento gasta menos de 200 pesos y 15.6 por ciento gasta más de 500 a la semana en alimentos.

Expresión de sentimientos

En general, los ancianos tienden a manifestarse todavía con caricias verbales y ciertos apapachos. Destaca su cercanía física en lo cotidiano como lo más importante. Las mujeres ‘dicen’ que quieren a sus viejos a través de la atención que les otorgan. También, se muestran ‘normales’ en su relación como viejos, cada quién con lo suyo. Los ‘tratos’ son conforme a la edad, según lo expresan así las mujeres.

Su actividad física

Los pobladores se auto observan totalmente independientes y autónomos, en el vestirse, en su arreglo personal, al bañarse y en el andar, como en sus traslados. Sobresalen las actividades externas en casa, destacando los ‘caminares’ que los ancianos de Ayotitlán desarrollan cotidianamente; algunos ‘gastan’ de cuatro a seis horas en sus actividades cotidianas y hasta ocho horas en sus traslados, principalmente para las reuniones mensuales de sus asambleas, ya que tienen que trasladarse desde su hogar hasta la asamblea que se encuentra en otra comunidad dentro de la sierra y la caminata es por medio de brechas a través del monte.

Los de Tuxpan y Mezcala refieren traslados menos amplios, aunque otros más tienen encargos y desarrollan sus tareas de atención y apoyo en la comunidad y entre los diferentes poblados y rancherías de la región, desarrollan sus caminatas diarias y, en ocasiones más esporádicas, con distancias recorridas de media hora hasta dos horas.

Condiciones de salud

Las condiciones de salud están integradas en la percepción del anciano sobre su estado de salud y de sus conductas de riesgo, de la evaluación de la depresión, de la evaluación antropométrica, como de la evaluación global del estado nutricional (evaluación general).

Percepción del estado de salud

En general, en las poblaciones estudiadas, consideran que su salud es de buena a regular (79.8 por ciento) sólo 2.8 por ciento de la población consi-

dera que su salud es muy buena y 16.7 por ciento considera que su salud es mala o muy mala; tienen pocas dificultades para dormir, manifiestan cierta fatiga y agotamiento, se observan con dificultad para morder, masticar y deglutir; tienen dificultad para escuchar, para ver y en ocasiones para leer, sin embargo, poseen buena vista y no usan lentes; pocos diabéticos encontrados.

Conductas de riesgo

En la actualidad sólo siete por ciento de la población evaluada fuma y 27.2 por ciento refiere haber fumado más de 100 cigarros en su vida. 25.1 por ciento de la población consume actualmente alcohol y 18.5 por ciento informó que lo ha hecho en el transcurso de los últimos 30 días, principalmente por el régimen de reuniones frecuentes, alrededor de las fiestas del pueblo y celebraciones en la comunidad.

Automedicación

El uso de medicamentos se da en 15.7 por ciento de la población, ya que algunos toman más de tres medicamentos por día. 19.9 por ciento refirió presentar alguna enfermedad aguda o vivir en una situación de estrés al momento de la encuesta. Se muestra que 23 por ciento de los ancianos presentaba úlceras o lesiones profundas.

La ingesta de algún medicamento está más restringida en Ayotitlán, ya que el servicio médico institucional, aparte de dar consultas espaciadas en sus 'casas de salud', cada 10 a 15 días y hasta cada 30 días inclusive, 'nunca' tiene medicamentos, entrega sólo los 'genéricos' o paliativos (se comenta que para diferentes síntomas dan lo mismo) receta medicamentos para su compra en la ciudad y en su caso, por alguna urgencia se tienen que atender en la clínica de la cabecera municipal, donde se les otorga 'algún' otro medicamento.

Sin embargo, existen los curanderos tradicionales, junto con la práctica de la herbolaria, microdosis y masajes, en la que se sigue confiando y prescribiendo y hay un fuerte arraigo tradicional sobre esta práctica ancestral (destacando Ayotitlán en el movimiento nacional de medicina tradicional). En Tuxpan como en Mezcala, refieren atención médica institucional y/o con el médico familiar, casi siempre de Guadalajara, aunque hay restricción en la 'canasta básica' de medicamentos. Se observa que hay tratamientos caros y amplia referencia de enfermedades crónico-degenerativas. Manifiestan alto nivel de automedicación, con 'menjurjes' caseros y familiares.

Evaluación de depresión

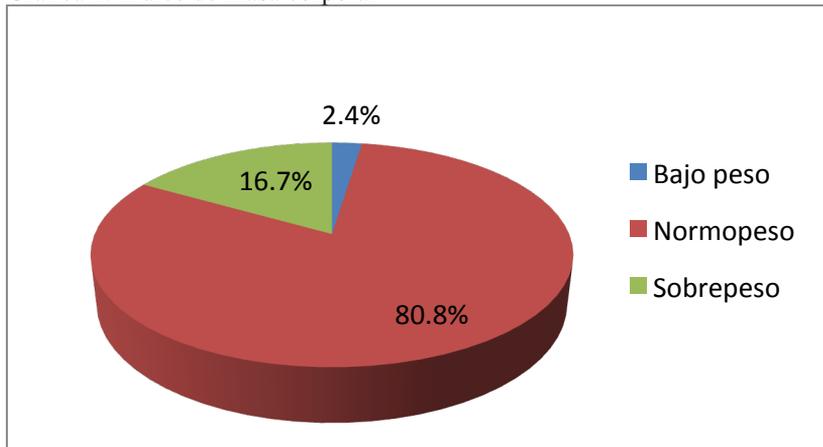
Según la escala de Yesavage abreviada, que está relacionada con el estado de ánimo, los resultados nos muestran que la valoración de 94.5 por ciento de la población no presenta depresión, sólo 5.5 por ciento presenta depresión moderada (en su mayoría son mujeres). Nos describe que casi la totalidad de los ancianos tienden a manifestarse con más ánimo ante la vida.

Evaluación antropométrica

El promedio de peso de la población en mujeres fue de 59.6 kg y 66.3 kg en hombres. La talla en promedio para mujeres fue de 1.52 m y de 1.62 m en hombres. Respecto del porcentaje de grasa fue mayor en mujeres (32 por ciento) que en hombres (16.2 por ciento) y en cuanto a la masa muscular y a la altura talón-rodilla fue mayor en hombres.

Se observa que 80.8 por ciento de la población evaluada se encontraba en normopeso, 16.7 por ciento se encontraba en los rangos de sobrepeso y sólo 2.4 por ciento presentaba bajo peso. Es importante señalar que ningún miembro de estas poblaciones presentó obesidad por medio del indicador del Índice de Masa Corporal (IMC).

Gráfica 2. Índice de masa corporal



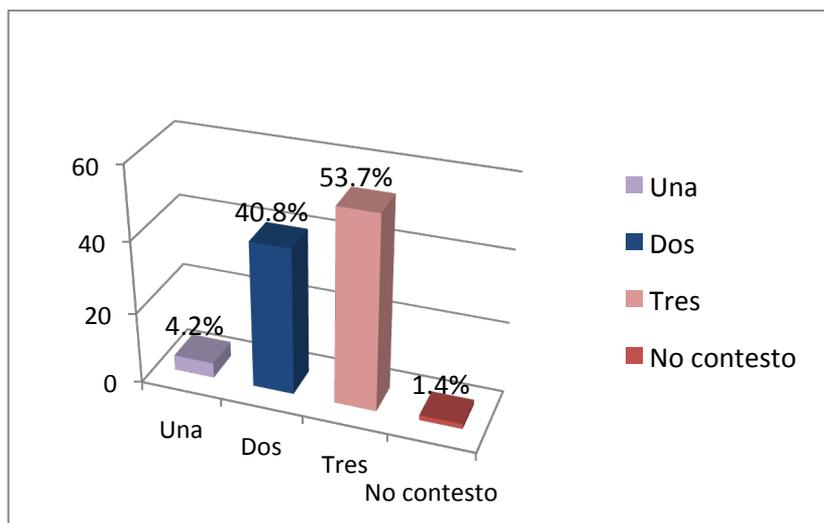
Fuente: elaboración del autor.

Evaluación global del estado nutricional

Parámetros dietéticos

El 53.7 por ciento de la población total refirió hacer las tres comidas diarias, 40.8 por ciento realiza dos comidas al día y sólo 4.2 por ciento hace una sola comida al día.

Gráfica 3. Comidas completas al día



Fuente: elaboración del autor.

El 43.9 por ciento consume productos lácteos al menos una vez por día, 91.6 por ciento come huevo o leguminosa una vez por semana y sólo 35.5 por ciento de los ancianos consume carne, pescado o aves diariamente. El consumo de frutas y verduras es de 54 por ciento, al menos dos veces al día.

Sobre la disminución de apetito, 34.5 por ciento refiere una disminución moderada y 56.1 por ciento reconoce no haber presentado disminución en la cantidad de alimentos consumidos. En cuanto a la cantidad de vasos de líquidos ingeridos al día (agua, jugos, café, té, leche vino, etc.) 29.3 por ciento toma más de cinco vasos por día, 45.3 por ciento toma de tres a cinco vasos y sólo 24 por ciento ingiere menos de tres vasos de líquidos diarios.

También se anota que 95.1 por ciento de la población se alimenta solo, pero 2.8 por ciento se alimenta solo con dificultad y 3.5 por ciento de la población necesita ayuda para alimentarse. Estas referencias nos muestran los hábitos nutrimentales, asociados a la cultura del consumo cotidiano. Los ancianos de las tres poblaciones estudiadas, no completan las tres comidas al día; el consumo de productos cárnicos está en una ingesta moderada; el consumo de frutas y verduras en más de la mitad de la población es adecuado; sin embargo, se presentan problemas digestivos y dificultad para masticar/tragar y, por su forma de alimentarse, aunque no tienen necesidad

de ayuda y sólo algunos tienen cierta dificultad para hacerlo, se manifiestan independientes.

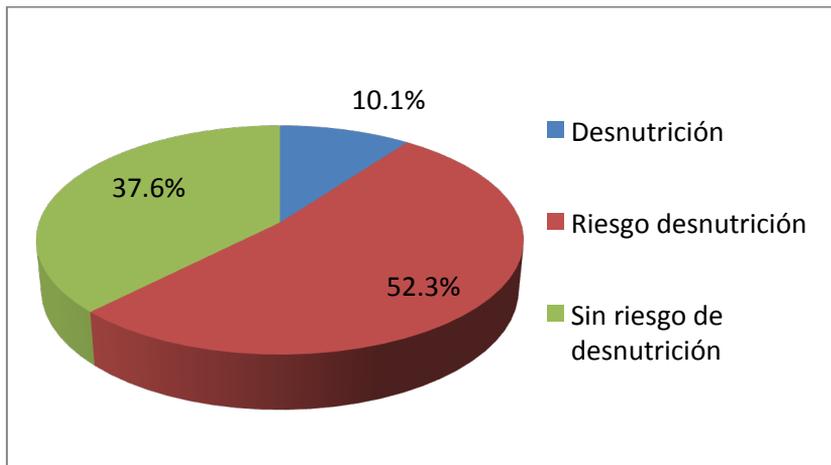
Por lo anterior, en cuanto a su alimentación se puede concluir que la mitad de los adultos mayores evaluados tenía un bajo consumo de frutas y verduras, como del consumo de productos de origen animal y lácteos, lo que nos hablaría de que probablemente exista un grave problema de deficiencia de micronutrientes, de hierro, de calcio y de proteínas.

De la valoración subjetiva sobre su condición nutricional, los ancianos en general se consideran sin problemas de desnutrición (57.8 por ciento), 35.9 por ciento se clasifica a sí mismo con desnutrición moderada y sólo 4.9 por ciento se considera con desnutrición severa; y, en comparación con otras personas de su misma edad, consideran que su estado de salud se encuentra mejor que los demás (44.6 por ciento), igual que los demás 27.5 por ciento y peor que los demás o no lo saben 11.8 por ciento.

Evaluación del estado nutricional (MNA: Mini Nutritional Assessment)

Encontramos un índice de desnutrición en 10.1 por ciento de la población, con riesgo de desnutrición 52.3 por ciento y 37.6 por ciento no presentó riesgo de desnutrición. La desnutrición en los ancianos interfiere con su bienestar social y con sus formas de relacionarse e interactuar, lo que impide un desenvolvimiento social adecuado.

Gráfica 4. Estado nutricional por MNA



Fuente: elaboración del autor.

Conclusiones

Es necesario considerar a la vejez como una construcción cultural y como fenómeno multidimensional, a partir de las condiciones sociales (convivencia-relación) de la tradición y las prácticas que se manifiestan en los adultos mayores (ancianos), principalmente de los indígenas. Sin embargo, estas experiencias de vida matizan formas diversas de discriminación, exclusión y abandono, así como de condiciones extremas de pobreza, deterioro de salud y riesgo nutricional.

A esta falta de atención y de consideración social, se agregan actos y conductas discriminatorias por parte de la sociedad en general, existiendo un desprecio hacia sus expresiones culturales diversas, así como hacia sus procesos de organización social, desposeyéndolos de toda aceptación y reconocimiento humano, que afectan la convivencia y deterioran las relaciones sociales.

Según la identificación de los datos de este estudio, los tres pueblos: Ayotitlán, Tuxpan y Mezcala son considerados comunidades con índices de pobreza sobresaliente del estado de Jalisco. Pueblos con relaciones cercanas a metrópolis y alejadas también de sus beneficios. La llegada de la 'modernización' ha trastocado los hábitos alimenticios de la población de patrones de autoconsumo, de elaboración de alimentos y comidas tradicionales, a la adquisición de productos externos y a consumos industrializados, influenciados por los procesos migratorios, donde ninguno de ellos está excluido, con procesos de migración sobresaliente tanto a regiones cercanas como a poblaciones y ciudades circunvecinas, principalmente a Guadalajara, siendo mucho mayor hacia Estados Unidos.

A su vez, las costumbres y expresiones en el diario convivir muestran transformación de procesos y estilos de vida de los ancianos, que han llevado a cambios significativos en sus trayectorias. La existencia misma de los ancianos ha sufrido modificaciones en sus expresiones de afecto, de atención y cuidado; en sus relaciones sociales se entrecruzan otros intereses externos y han cambiado el manejo de su entorno. Aún conservan ocupaciones básicas como el cultivo y la siembra y se hacen todavía acompañar de manera alterna por compañeros de la edad.

Sin embargo, se ven atropellados por los cultivos modernos y el uso de la tecnología, sintiéndose apartados de los procesos de producción, tendiendo a cambiar de actividad, agudizándose sus condiciones de trabajo y aumentando su vida precaria. Se perciben vulnerables con la edad y manifiestan estrés por invasión de su entorno, aunque no se registran datos de

depresión significativa, porque muestran destacado ánimo, sin embargo, se sienten excluidos de su propio territorio y abandonados a su suerte por las autoridades e instituciones. Afirman que son 'usados' sólo con fines electoreros.

Los más allegados al proceso reivindicativo de su territorio y de sus derechos ancestrales, se ven más afectados en sus relaciones con el entorno; aunque se muestran entusiastas, dinámicos y comprometidos, también están preocupados por su devenir, intencionando nuevas formas de organización y de sobrevivencia.

Manifiestan enfermedades agudas y llagas en sus piernas, muestran alto agotamiento y cansancio. Tienen altos índices de presión arterial, que los hace más vulnerables a las enfermedades y al aumento de la medicación. A pesar de ello, consideran que su salud es buena a regular. Se auto observan como independientes en su actividad física (cuidado personal). Se muestran con altos riesgos de desnutrición en más de la mitad de la población. Tienden a percibir a los demás de su edad como amigables, describiendo inseguridad del entorno social hacia ellos. No existen espacios de convivencia social ni comunitarios, más que los referidos al conflicto comunal y a la actividad de la iglesia, algunos más, incluidos en la dinámica del comedor comunitario (que no atiende a la totalidad de los adultos mayores de la población). Muchos otros están excluidos de la relación social/familiar común. La dinámica de los pueblos ha cambiado, siendo más activa, ruidosa, bullangera, pero menos atractiva para los ancianos.

Estas referencias, aunadas a los datos obtenidos, muestran que los hábitos nutrimentales, asociados a la cultura del consumo cotidiano se han trastocado. En general los resultados nos muestran que casi la mitad de los Adultos Mayores no completan las tres comidas al día, se cuantifica que la tendencia de la otra mitad es de dos alimentos por día y de manera frugal; pocos realizan sólo una comida al día; el consumo de productos lácteos está en la ingesta más baja; a su vez, es alto el consumo de huevo y leguminosa por lo menos una vez a la semana y es significativo que alrededor de la mitad de la población consume carne, pescado o aves diariamente; a su vez el consumo de frutas y verduras está al menos dos veces al día en la mitad de la población; hay una disminución significativa de alimentos por pérdida de apetito, problemas digestivos y dificultad para masticar/tragar y por su forma de alimentarse, aunque no tienen necesidad de ayuda y sólo algunos tienen cierta dificultad para hacerlo, se manifiestan según su expresión, independientes.

En el poblado de Ayotitlán, por las condiciones intrínsecas del territorio y de organización social, prevalecen condiciones adversas para sus relaciones y apoyos, como de sus redes sociales, pues las distancias son mayores en la sierra.

El pueblo de Tuxpan es considerado como una de las comunidades con pobreza moderada y según los indicadores de migración, tiene un grado significativo de intensidad migratoria.

A su vez en Mezcala, pueblo ribereño de Chapala, se encuentran distribuidos por colonias y pequeños ranchos y sus casas están separadas entre sí y están alejados de núcleos de población más amplios.

En general, en los tres poblados las relaciones se dan principalmente en los linderos de la convivencia festiva, celebratoria y en las asambleas comunitarias: en el Consejo de Mayores y/o en las asambleas ejidales, o en el consejo parroquial, donde conviven más los ancianos.

A ello se agrega una agudización de la tenencia de la tierra (devastación de recursos naturales y contaminación a cielo abierto; inseguridad provocada por intereses inmobiliarios y de gobernanza, como del poder político) que hace difícil el establecimiento de las redes sociales de apoyo, que existen, pero deterioradas, fragmentadas por múltiples intereses.

Asimismo, la vida comunitaria se ha ido deteriorando y se han agudizado las diferencias, principalmente las desigualdades intergeneracionales, estableciéndose relaciones asimétricas, donde los ancianos son los más afectados, excluidos, ‘ciudadanos de segunda’. Esto nos lleva a plantear que los ancianos cruzan entre el reconocimiento y la aceptación, como del rechazo y el olvido, ya que carecen de apoyos institucionales y no son reconocidos y aceptados por la mayoría de la población mexicana. Se expresan ‘como pobres entre los pobres’, principalmente las mujeres.

Aportes sociales

Nuestro trabajo se inscribe en la línea de los nuevos estudios sobre el envejecimiento en México, desde la perspectiva de los diagnósticos socioculturales sobre la percepción de la salud en el occidente del país.

El estudio muestra un nuevo argumento sobre las condiciones de vida en las que se desempeñan las comunidades indígenas, atendiendo a regiones amplias con población abierta y que no se suscriben a parámetros institucionales, sino que muestran nuevas caracterizaciones sobre la pobreza, marginación y exclusión.

Los resultados del estudio pueden ayudar a la implementación de políticas públicas que desarrollen nuevos proyectos de atención para favorecer

una distribución equitativa del gasto social del gobierno en beneficio de la población desprotegida, como en este caso son los Adultos Mayores Indígenas.

Agradecimientos

Este trabajo no habría sido posible sin la apertura del ‘Consejo de Mayores’ y de la asamblea del ‘comisariado ejidal’ de Ayotitlán; del Centro de Día, su comedor comunitario, del salón anexo al templo de la parroquia, la explanada de la Plaza Principal de Tuxpan y de la asamblea del ‘comisariado ejidal’, así como de la ‘Reunión de Mayores’ del Consejo Parroquial y del Comedor Comunitario del DIF de Mezcala. Principalmente reconocemos el esfuerzo y la disposición de los presidentes de los ‘consejos de mayores’, y de la mesa directiva ejidal (integrados en su totalidad por adultos mayores), así como de los párrocos comprometidos para la realización y el desarrollo del proyecto en su comunidad y del apoyo otorgado por los delegados municipales.

Asimismo, extendemos un modesto reconocimiento a cada uno de los mayores, mujeres y hombres que nos permitieron convivir y conversar de manera grupal en las múltiples sesiones que tuvimos con ellos en su pueblo. Eso nos permitió observar y aprender sobre sus propios procesos de vida, pues de manera individual atendimos a cada uno de ellos. Agradecemos la confianza otorgada al equipo de trabajo por abrirnos las puertas de sus historias personales, así como por la manera cordial de responder a la entrevista y de aceptar ser medidos y evaluados, lo que nos ha permitido tener resultados fidedignos en la evaluación nutricional.

También agradecemos el interés que tuvo la Universidad de Guadalajara a través del PROMEP, a las autoridades tradicionales, a los tres municipios como a sus delegados y también a los consejos pastorales de la Iglesia Católica en dos de los tres pueblos, en la realización de este proyecto principalmente por permitirnos los espacios para realizar el trabajo de campo, brindar el apoyo en la difusión de los resultados del proyecto.

Carlos Villarruel-Gascón

Doctor en Ciencias Sociales con especialidad en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Es profesor-investigador de tiempo completo en el Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades, docente en Política Social, Comunidad y Actores Locales y Taller de Proyectos, con adscripción al Departamento de Derecho Privado. Entre sus publicaciones recientes se encuentran: *Celebración, compadrazgo e identidad: la festividad de la 'Santa Cruz' en Tuxpan, Jalisco* (CIESAS); “Concepciones sobre el quehacer del historiador”, en *Historiadores en formación de la Universidad de Guadalajara* (REDDIEH) y *Lectura social de los adultos mayores de Temacapulín, Jalisco: la desaparición de un Pueblo* (STAUDG).

Correo electrónico: ctapatio@yahoo.com.mx

Tejiendo los factores de vulnerabilidad en la vejez desde una casa hogar

Violeta González-Acosta

Escuela Nacional de Antropología e Historia, México

Introducción

Este trabajo inicia a partir de un análisis antropológico para examinar los factores que intervienen para que los adultos mayores queden en situación de vulnerabilidad social y económica y los lleven a residir en una casa hogar. Para ello se parte de la premisa de que esta situación se relaciona con los procesos de urbanización —que hacen evidentes los cambios en la estructura y composición de los hogares— y el papel de la familia hacia el cuidado de los ancianos, el cual se ha visto afectado por la condición urbana, la insuficiencia de recursos, la falta de tiempo y de asistencia social, situación que ha obligado a algunos de ellos a dejarlos en asilos.

También se expone la vulnerabilidad socio-cultural que se da en torno a las relaciones sociales que se generan en la casa hogar, así como factores que condicionan y hacen que el adulto mayor deje de transitar los espacios de la ciudad, replegándose espacial y temporalmente en su nueva condición de confinamiento.

Antecedentes

Los antecedentes de los asilos en México los podemos encontrar en el artículo *Los hospitales para locos inocentes* de Carmen Viqueira (1970) quien abre paso a un primer panorama sobre los asilos en Hispanoamérica. Nos habla sobre la necesidad de construir estos espacios y sobre su doble función: proteger a los “enfermos” de la sociedad y proteger a la comunidad de éstos, ya que en un principio los asilos eran lugares donde se recluía a las personas que tenían enfermedades contagiosas. Sin embargo, con el

paso del tiempo, las personas que ingresaban a estos lugares atravesaban por una etapa de decadencia física y mental; ancianos que no tenían quien cuidara de ellos y que podrían llegar a dañarse a sí mismos o involuntariamente a terceros.

En 1986 María de Lourdes Herrasti presentó su tesis de licenciatura en Antropología Social, *Los asilos de ancianos en México*. Este trabajo gira en torno a las instituciones totales que menciona Goffman, pretendiendo caracterizar la institución (asilo) y hacerse de una mayor comprensión de las relaciones de autoridad y de los procesos de aculturación que viven los internos. Su objetivo fue mostrar el espacio físico donde se desarrollaba su vida y las relaciones de poder que ejerce la administración hacia los ancianos.

En el año 2002 Albertina Ortega y Erica Landa realizaron un estudio de corte antropofísico para obtener el grado de licenciatura. En este trabajo se hizo una valoración del estado nutricional de los ancianos de un asilo en el Distrito Federal, con el fin de observar cómo los cambios en la composición corporal del anciano pueden medirse a partir de su historia de vida o factores socioculturales.

Finalmente, uno de los trabajos más recientes en Antropología fue realizado por Francisco Jaimes (2007). Su tesis de licenciatura en Etnología *Una mirada antropológica sobre la vejez en el asilo St. Antonius en Munich, Alemania* tiene como objeto comprender qué implica envejecer en un contexto occidental europeo, así como determinar qué es lo que enfrenta y enfrentará la vejez en la modernidad y en un mundo cada vez más globalizado. Aunque este trabajo se realizó en Europa, da pautas de comparación con nuestra realidad. Plantea la importancia que exige este tipo de investigaciones a nivel mundial, donde países como España ya han empezado estudiar la institucionalización en la vejez. No obstante, en México todavía hay pocas investigaciones con respecto a los establecimientos que cuidan de los ancianos.

Marco teórico

El análisis de este trabajo parte de una serie de conceptos como institución total, casa hogar, vejez y adulto mayor.

La categoría “institución total” planteada por el sociólogo Erving Goffman (1970) refiere a un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Este autor clasifica las instituciones totales en cinco

grupos, sin embargo para los fines de esta investigación sólo mencionaremos el primer grupo, que son los establecimientos erigidos para cuidar de las personas que parecen ser inofensivas e incapaces, como los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes, un establecimiento que se encarga de cuidar personas con cierto grado de vulnerabilidad.

Aunque esta clasificación ha brindado un enfoque particular para estudiar la cultura de los internos y la administración, es importante hacer algunas acotaciones que son significativas para este trabajo. El “encierro” es relativo en una casa hogar, ya que los ancianos tienen la posibilidad de salir a visitar a sus familiares y amistades, pueden salir a caminar y recorrer lugares cercanos o en los que se ha vivido; esto depende de la condición de cada uno para poder desplazarse.

Si bien todos los residentes se encuentran en la misma situación vulnerable de necesidad de asistencia (unos en mayor grado que otros) todos están en situación de “relativo aislamiento”. Goffman (1970) menciona que esta situación de aislamiento de la sociedad es sólo por un periodo de tiempo; haciendo referencia a lugares como las prisiones o psiquiátricos; sin embargo, en la casa hogar no es principalmente de esta forma, sino por el contrario, la mayoría permanece en la institución por el resto de su vida; la institución funciona como un umbral entre la vida y la muerte.

En este sentido los “hogares de ancianos”, como Joseph Fericgla (2002) menciona, constituyen el territorio específico en el que queda patente la comunidad anciana. Dichos lugares han sido creados por entidades financieras, religiosas y administraciones públicas. Los “asilos de ancianos” son territorios que simbolizan de forma externa el desarraigo familiar y el abandono que sufren los ancianos. Hasta 2004 señalan Ralph Hakkert y J. Miguel Guzmán no existía una marcada demanda hacia este tipo de instituciones, a diferencia de los países más industrializados.

En Canadá (1991) por ejemplo, el porcentaje de personas institucionalizadas es de dos a -2.5 por ciento en el grupo etario de 60-74 años, pero llega a 11.2 por ciento de los hombres y 19.1 por ciento de las mujeres con más de 75 años. En Dinamarca (1991) el porcentaje pasa poco de uno por ciento en el grupo de 60-74 años, pero llega a siete por ciento de los hombres y 11.6 por ciento de las mujeres mayores de 75 años. Aun en Japón (1990) donde se supone que la solidaridad familiar intergeneracional es un valor cultural fuerte, estos porcentajes llegan a 5.4 y 8.9 por ciento, respectivamente. La semejanza entre las cifras de los cuatro países citados sugiere que el patrón de institucionalización de adultos mayores se relaciona más con factores económicos que con diferencias de origen cultural (Hakkert y Guzmán, 2004: 483).

No obstante, en México no existe un censo que proporcione datos sobre estos establecimientos a nivel nacional (Profeco, 2003).

Hay que resaltar que la vejez es un fenómeno bio-socio-cultural, que ha sido objeto de una gran elasticidad de sinónimos, rodeándose de atribuciones y segmentos conforme a las circunstancias e intereses de cada tipo de organización social y en cada momento dado. Esta categoría en sí, no es un compartimiento que haya permanecido inamovible a lo largo de la historia entre las diversas civilizaciones y culturas, sino que se ha ido modificando constantemente de acuerdo con los valores socioculturales pertenecientes al grupo humano interpretador; quien determina su posición dentro de la comunidad, su aceptación o rechazo, así como su propio cuidado en salud. Por lo tanto el concepto de *adulto mayor*, *adulto en plenitud*, *personas de la tercera edad*, *personas de edad* son vocablos que se refieren a lo mismo —al sector de la población con más de 60 años— lo que difiere es el momento histórico-político en el que se han nombrado (Asatashvili y Borjón, 2003). El cambio en la retórica tiene que ver con un proceso en la historia, son conceptos construidos socialmente, por lo que cada país tiene su particular criterio cultural, histórico o social para englobar a este sector de la población, dependiendo de la edad.

Metodología

Este trabajo se realizó en una casa hogar al sur de la Ciudad de México, dirigida por una congregación religiosa, de la que se prefiere omitir el nombre por respeto a su privacidad.

Se hicieron entrevistas a una población de 16 personas entre hombres y mujeres del total de 120 residentes. Se eligió con base en un rango de 72 y 89 años de edad, a su tiempo de residencia en la casa hogar (días, meses, años) su nivel de escolaridad, sus salidas actuales, el lugar de nacimiento y con respecto a sus capacidades cognitivas, ya que en muchos ancianos se ha deteriorado la memoria o sufren de demencia senil.

Por otro lado, la observación participante nos permitió realizar una descripción de los usos del espacio ahora habitado, de las relaciones que existen entre la administración y ellos y las que se dan entre ellos mismos.

Factores de vulnerabilidad: de la calle al encierro

Algunos de los elementos que intervienen para que los ancianos lleguen a un estado de desamparo, tienen que ver no sólo con la falta de una estructura familiar (nunca se casaron o son viudos) sino también con factores de naturaleza demográfica como la prolongación en la esperanza de vida y la

disminución de la fecundidad, así como también según Verónica Montes de Oca (2004) con una serie de modificaciones en el papel de las generaciones en los hogares mexicanos.

Algunas de las causas por las que la familia deja de cuidar a sus ancianos se pueden resumir en los siguientes puntos:

1. El distanciamiento y desplazamiento de los centros de trabajo con respecto al hogar, así como los procesos migratorios que incrementan su descuido.
2. La reducción del espacio físico en las nuevas viviendas urbanas. La construcción de unidades habitacionales donde los espacios son muy reducidos, dista mucho de las necesidades de cuidar y albergar a las personas de la tercera edad.
3. La poca disponibilidad de tiempo por parte de las mujeres que se han visto en la necesidad de incorporarse a los centros de trabajo.
4. Los pocos recursos económicos.
5. La transformación en las percepciones y en los valores que se generan dentro y alrededor de la familia.

Pero esta situación no es particular de México. En España “el ingreso a una residencia puede ser impuesto por una salud precaria, por dificultades psicomotoras, de autonomía, o bien es forzado por el olvido o lejanía de la familia” (Barenys, s/f: 123). No hay que olvidar que todos estos factores económicos y sociales están relacionados con un proceso de urbanización que ha hecho evidente cambios en la estructura y composición de los hogares, lo que ha contribuido a un abandono parcial o total de ancianos.

Pensar que la sociedad mexicana está olvidando a sus viejos puede parecer una invención; sin embargo, la mitificación de la familia en la conciencia colectiva, según Vania Salles y Rodolfo Tuirán (1996) encubre las múltiples desigualdades entre sus miembros (de acuerdo con la edad, el sexo y el parentesco) así como niega la dinámica emocional de las relaciones familiares (el temperamento y la personalidad, los conflictos, las hostilidades y las negociaciones).

Si bien la familia representa una continuidad simbólica que trasciende a cada individuo y a cada generación, donde se enlazan los tiempos (pasado, presente y futuro) y se articulan las líneas de parentesco, en la sociedad contemporánea mencionan los autores, las creencias acerca de la familia han devenido en una serie de mitos y estereotipos estrechamente relacionados entre sí, que proporcionan una visión idealizada y distorsionada de algunas de sus realidades. Entre esta serie de creencias y mitos arraigados

sobre la familia en la conciencia colectiva, que mencionan Vania Salles y Rodolfo Tuirán (1996), sólo se explicarán aquellos que tengan una relación directa con el tema.

1. El primero, es “el mito de la familia estable del pasado”. Refiere a que existe la memoria nostálgica de las generaciones pasadas, donde los hogares eran más felices y estables; sin embargo, la supuesta prevalencia de hogares de gran tamaño, que cobijan en un mismo techo a varias generaciones, cae más en el mundo de los mitos, que en el campo de los hechos. El abandono de niños y el nacimiento de hijos fuera del matrimonio no son fenómenos privativos de los tiempos modernos, sino que también existieron en el pasado.
2. Por otro lado el “mito de los mundos separados” representa la imagen de la familia como el espacio de relaciones de naturaleza íntima y de expresión de la afectividad, que trae consigo la creencia de que sólo en ella los individuos pueden satisfacer sus necesidades vitales de amor y protección, lo que conduce a glorificarla como ámbito privilegiado de satisfacción y realización personal y como santuario íntimo frente a un mundo público, impersonal, frío, deshumanizado y despiadado. No obstante, el hecho de pensar que los adultos mayores están mejor con su familia, no significa que sea una garantía de bienestar.
3. El “mito del consenso familiar” conduce a la creencia de que las familias viven cotidianamente en un cuadro de felicidad y armonía, negando las múltiples contradicciones que le son intrínsecas. Algunas de esas contradicciones se originan en dos condiciones básicas: la desigualdad entre sus miembros y la dinámica emocional de las relaciones familiares, las cuales están cargadas también de dosis variadas de conflicto, lucha y hostilidades. De tal suerte, es posible que las relaciones familiares sean con frecuencia cálidas y satisfactorias, pero igualmente pueden estar colmadas de las tensiones más agudas.
4. Y por último el “mito de tal palo astilla” que a pesar de ser más amplio, se hará sólo alusión a las diferencias generacionales que en los últimos tiempos cobran una gran relevancia.

Esta serie de creencias que teníamos sobre la familia toman auge y salen a relucir para mencionar que no es sólo el aspecto urbano lo que ha fracturado el papel de la familia, sin embargo sí lo ha evidenciado, como anteriormente se ha mencionado. Por lo tanto y después de dar cuenta sobre la situación familiar y los cambios por los que ha atravesado esta estructura, se puede decir que la causa de ingreso a las casas hogar de muchos de ellos,

tiene que ver con una necesidad de cuidados, incluyendo las dimensiones social y emocional.

Los factores de vulnerabilidad previas al ingreso a una casa hogar, según Joseph Fericgla (2002) provocan que la mayoría de los ancianos se rehúse a la idea de asilarse. Según este autor existen tres factores de rechazo previo a entrar a una institución de beneficencia:

1. El primer factor tiene que ver con causas simbólicas, donde el anciano cuenta con una imagen socialmente desprestigiada de la institución y del concepto de “casa hogar”, ya que ingresar a este lugar representaría la pérdida del prestigio, del estatus o del rol que anteriormente ejercía el anciano, lo que lo lleva a estigmatizarlo.
2. El segundo aspecto abarca los factores inmediatos y afectivos; esto es, que el nuevo residente va a atravesar por una ruptura de la vida pasada y que con el tiempo —si no sale de la institución— perderá sus referentes y tendrá una sensación de desarraigo, que podrá ser acrecentada por el abandono de la familia.
3. Y finalmente los factores materiales, como la pérdida de sus pertenencias, que también podría ser una causa para rehusarse a ingresar a una institución de asistencia.

Si bien estos tres factores representan grandes razones para rechazar el asilo y quizá muchos de los ancianos recluidos atraviesan por este proceso, no todos los residentes que fueron entrevistados mencionaron sentir un rechazo por el factor simbólico, por el contrario llegaron a asilarse por decisión propia, por razones familiares, económicas, de salud y falta de asistencia.

Jorge:

¿Cómo fue la decisión de estar aquí?

“Por mi familia, parece que estoy de sobra, todo lo que digo vale bolillo, todo lo que he hecho bolillo, no cuento para nada. No tenía ni voz, ni voto.” (80 años, tiempo de residencia ocho días).

María Luisa:

Vine aquí porque me caí y cada que tendía la ropa me persignaba. Le pedía yo a Dios que si me caía me cayera con alguien, eso fue lo que me decidí a venirme para acá (83 años, siete meses de residencia).

Aurora:

Nadie me trajo, yo vine por propia convicción. Una señora que vivía en mi edificio la encontraron cuando tenía cinco días de muerta y pensé en mí, que estaba sola y por eso me vine (80 años, ocho años de residencia).

Vulnerabilidad en la Casa Hogar

Rito de ingreso

El estudio de las etapas de transición de la juventud a la adultez, se ha estudiado a través de los ritos de paso o ceremonias de iniciación. Por muchos años, antropólogos de diferentes corrientes teóricas estudiaron la adolescencia casi exclusivamente como una posición liminar entre la niñez y la adultez, marcada en muchas culturas (pero no la mayoría) por medio de algún tipo de ceremonia de iniciación o rito de paso. Se ha señalado la enorme diversidad de éstos, tanto en su duración como en el contenido de las pruebas de iniciación, segregando a los jóvenes en espacios liminares al grupo.

Siguiendo la propuesta de Víctor Turner (1999) los ritos de paso se dividen en tres fases: separación, margen o limen y agregación.

Con base en lo anterior, se puede comparar la llegada del anciano al asilo como un rito, aunque el fin de éste no es incorporar al individuo en otra etapa, ni tampoco pretende una mejora en el rol que tiene; por el contrario, el anciano pierde todo poder y rol social al ingresar a una institución liminal, que sólo tiene como fin brindar un lugar en el que pueda transcurrir la última fase de su vida.

Liminalidad

Se puede considerar el proceso de admisión como un espacio liminal entre el estar afuera y seguir una serie de requisitos para estar adentro.

Para ingresar a la casa hogar los ancianos tienen que pasar una serie de requisitos, llevar una serie de análisis de laboratorio y pasar una evaluación socioeconómica. El trámite tarda de tres semanas a un mes; sin embargo para ingresar a la semanaria de mujeres es un poco más tardado, hay lista de espera; ha llegado a pasar casi un año antes de que una anciana sea aceptada. En algunas ocasiones —menciona la trabajadora social— “cuando se les marca para avisar que ya hay lugar, me han llegado a decir que falleció la anciana, que se fue a otra institución o se fue con algún familiar”.

En el proceso de admisión, el interno no sólo ha perdido ciertos roles, sino que al mismo tiempo acarrea otro tipo de pérdidas y mortificaciones, que tienen que ver con la “mutilación del yo”. A esta etapa también se le puede llamar “de preparación” o “programación” (instituir normas y asignar cuarto) donde el recién llegado va a ser clasificado en un área y en un determinado lugar y a través de una serie de reglas será moldeado y transformado paulatinamente, mediante operaciones de rutina (Goffman, 1970).

Incorporación a la institución

Una vez pasado el proceso de admisión, la persona tiene que empezar a adaptarse. El ingreso al asilo rompe con la programación cotidiana, con el ritmo de vida anterior y con las relaciones sociales que se tenían afuera. Estas relaciones no siempre se fragmentan inmediatamente al ingreso, muchas veces ya estaban fracturadas o se van deteriorando con el paso del tiempo, ya que los ritmos de la gente que se encuentra afuera son diferentes.

“El anciano es puesto a prueba un mes para ver si él se adapta y nosotros nos adaptamos a él” menciona la trabajadora social.

En esta primera fase, la situación de cada residente con respecto a la institución y a su trayectoria de vida, se verá confrontada con los momentos iniciales de socialización y con las reglas de obediencia. Por ello, a algunos residentes les tomará más tiempo adaptarse que a otros (Goffman, 1970: 29).

Según la trabajadora social, “algunas de las causas por las que adaptarse va a ser difícil para algunos de ellos, tiene que ver con el extrañamiento familiar, la dinámica de los tiempos y la nueva convivencia”.

El nuevo residente va a ser asignado por parte de las autoridades en un dormitorio con personas desconocidas y hasta el momento de establecerse en una cama, parece el único territorio personal. Puede sentir hostilidad o camaradería por parte de los habitantes, así que los periodos de aflicción y crisis lo tomarán de la mano un cierto periodo de tiempo.

Hilario

¿Cómo es su actitud con los nuevos residentes?

Entablamos amistad. Antes no era así, pero hay que saber comprender. Mire como yo, haga de cuenta que acabo de llegar, veo puras caras extrañas, necesito que alguien me hable para que vaya agarrando confianza (82 años, cinco años de residencia).

Un estudio sobre la percepción del estrés, por el paciente en una residencia de ancianos tras el ingreso, reveló que los tres primeros meses son los más estresantes. Durante el primer mes de ingreso, los pacientes están muy preocupados por temas generales como estar en la residencia, la comida, los demás pacientes y las condiciones de sueño. Y tras el segundo mes las preocupaciones derivan hacia temas como el espacio individual, la organización de las actividades diarias, el baño, las posesiones personales y la intimidad (Stein *et al.*, 1986).

Consecuencias a partir de la organización social y la relación con la institución

Los ancianos están sometidos a una estructura de poder, en la que las reglas dentro del encierro van a configurar las relaciones sociales que se dan. Esta serie de normas giran en torno a la disciplina, componente importante que regula el orden en las instituciones totales.

La implementación de las normas puede ser llevada a cabo a través del sistema panóptico “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 definición de los instrumentos de poder, así como de sus modos de intervención” (Foucault, 1976: 209). Este sistema de coerción juega simultáneamente dos papeles, ejercer una idea de vigilancia constante y la reproducción disciplinaria del propio individuo, convirtiéndolo en el principio de su propia subordinación.

En la casa hogar las reglas son las siguientes:

- La hora de levantarse es a las seis de la mañana y todos deben estar en el dormitorio a las ocho de la noche.
- Las tres comidas tienen un horario fijo, si no está presente la persona en el horario establecido ya no se le servirá y tendrá que esperar la siguiente comida.
- Si es que salen de la institución, deberán llegar antes de las seis de la tarde.
- No pueden salir todos los días, todo el día.
- No pueden llegar alcoholizados.
- No pelear ni agredir a sus compañeros.
- No se puede fumar en espacios cerrados.
- Sólo pueden llevar ropa y cosas de uso personal, medicamentos y artículos de limpieza (jabón, shampoo y papel). No electrónicos, no televisores.
- Los cuartos permanecerán cerrados hasta después de la comida.
- Después de tres amonestaciones el anciano pierde el derecho de permanecer en la casa.

Las personas que infrinjan estas normas serán merecedoras de sanciones. Para empezar se les hace una llamada de atención y dependiendo de la falta se les hace firmar una carta donde se comprometan a no reincidir. En caso de omisión se les comunica que esto puede ser causa de su baja.

Las reglas llevan consigo otra serie de limitaciones: una tiene que ver con el control sobre la televisión; las religiosas ponen los programas que consideran aptos para los ancianos y la otra es que toda actividad se interrumpe por los horarios de comida. El juego, las visitas, la televisión y las llamadas deben suspenderse.

Manuel

“...no podemos ver lo que queramos, porque la madre controla la tele. Puros programas celestiales y puras cosas que no ofendan al pudor de los ancianitos, que están más corridos que nada (carcajada)”, (89 años, un mes aquí y 12 años en otro asilo).

Una de las actividades formales, aunque no reglamentadas, es la asistencia al rosario y a la misa, que si bien en algunos fortalece el espíritu, en otros, causa una sensación de obligación. “No es obligatorio asistir al rosario, pero parece que ahora la madre quiere obligar a ir”, menciona una anciana.

No obstante, a medida que el interno se va amoldando al sistema, tiene una serie de “adaptaciones secundarias” menciona Erving Goffman (1970) y aprende que pueden existir ciertas concesiones en los horarios o en las cosas que pueden ingresar. Pero estas concesiones están dirigidas a unos cuantos, los que tienen un poder adquisitivo mayor o los que tienen un rol importante dentro de la institución.

Celia:

“Hay una señora aquí que tiene todos sus muebles diferentes a los de nosotros, hasta tocador y televisión tiene para ella sola. Ha de pagar más” (86 años, tres años de residencia).

Isabel:

“El favoritismo yo aquí lo veo con una señora que se llama Rosa. Una vez estuvo enferma y aquí vivían los dos hijos, a todas horas estaban aquí. Y cuando se fueron haga lo que haga Rosita está bien. Así que aquí también hay sus preferencias, depende de cuánto tienes, cuanto vales” (77 años, cuatro años de residencia).

Algunas veces las relaciones entre los ancianos y las hermanitas de la congregación son coercitivas y están impregnadas de subordinación. “A veces lo tratan a uno como un niño y no se dan cuenta de que se necesita libertad”, menciona un anciano y otras veces tratan de imponer actividades que no todos ellos pueden realizar.

Hilario:

La otra vez tuve un disgusto con una monja. El 15 de septiembre quería que me vistiera de un héroe, para caminar con la tambora, había que caminar dos vueltas o tres, yo no hubiera podido caminar ni cinco metros. ¡Camine!, me decía. No lo voy a hacer le dije, quiere verme caer, me caigo aquí adentro. Y se enojó conmigo, pero ya se contentó otra vez” (82 años, cinco años de residencia).

Sin embargo a pesar de las contradicciones que puedan existir entre ambos grupos, hay quien también encuentra una buena relación y despliega un sentimiento de aprecio por ellas.

Bertha:

Antes había unas madres preciosas españolas, sor Tomasa y sor Manuela, enérgicas a morir y al mismo tiempo amorosas, muy lindas. Cuando se fueron lloré. M. Luisa:

Muy buena que es la trabajadora social, se ha portado muy bien conmigo y con todas, se apura si pasa algo. Está en su papel y cuando puede nos hace algún panfletito ahí en el teatro” (83 años, siete meses de residencia).

Por otro lado, la relación que se da entre los adultos mayores con el personal de limpieza es cordial pero mantienen la distancia al asumir un papel de autoridad en sus labores. Esto es, el personal de limpieza obstruye el espacio a toda persona mientras desarrolla su actividad, la que se encarga de la ropería lava y distribuye la ropa a los ancianos, limitando la decisión de éstos a ponerse lo que quieran. Estas situaciones son una serie de limitaciones que llegan a provocar disgusto en la población, ya que son condiciones que tienen que ver con la supresión de la elección.

Manuel:

Qué si están trapeando, házte para allá y que para el otro lado, pues bueno, ¿para dónde se hace uno? Eso también es una restricción (89 años, un mes aquí y 12 años en otro asilo).

Jorge:

Hay muchas camisas que nunca me puse. A veces yo me las quería poner con tal o cual pantalón que combinara. ¡Y pues que no! uno se tiene que poner lo que aquí le den (80 años, tiempo de residencia, ocho días).

Pero en general las inconformidades principales por parte de los ancianos, tienen que ver con la alimentación y los extravíos. Con respecto a la primera, mencionan que la comida es insuficiente (situación que atribuyen a que la mayoría de los residentes estén siempre enfermos) y que muchos necesitan un régimen alimenticio especial, por la diabetes y otras

enfermedades. La dieta que deberían tener algunos ancianos no la llevan a cabo porque cocinan para todos igual, no importa la enfermedad, ahí todos comen de todo.

Isabel

La comida es muy poca, ahora nos toca un caldo que no es caldo, es pura agua. Por eso mucha gente está enferma porque no come bien, no es enfermedad es desnutrición. Soy diabética, pero con la alimentación que aquí dan es difícil llevar una dieta para cuidarse (77 años, cuatro años de residencia).

Otra forma de inconformidad es el extravío. Los registros y confiscaciones periódicas de objetos personales, refuerzan el sentimiento de despojo. Los ancianos se quejan de que les roban sus pertenencias. “Aquí se pierde todo” menciona una residente. Principalmente a las más grandes se les pierde la ropa, hay quienes con sus enfermedades, entre ellas la demencia senil, ya no saben qué es lo que les pertenece.

Anónimo:

Una vez en cama jamás ve uno prenda de su ropa, aunque la tenga. A las viejitas que ya no pueden defenderse, por aquí les entregan algo y por acá se los jalan. La ropa por arte de magia desaparece y le ponen a uno cualquier garra, pero no lo suyo aunque lo tengan.

Anónimo:

Traje tres camisas “Manchester” y en varios días no me daban ninguna. Hasta que un día que me la dieron, pensé mandarla a lavar por mi cuenta. Cuando al fin tuve dos las guarde en mi buró, ¿Y qué cree? ¡Que desaparecieron! ya no supe ¿y a quién le reclamo? a nadie. Qué casualidad que sabían que era buena, que era “Manchester”.

Básicamente, las relaciones entre la autoridad y el anciano son relaciones desiguales, a pesar de que el anciano tiene derecho a exigir el servicio que la institución le ofreció con un mínimo de calidad. No obstante, es importante resaltar que todo tipo de relaciones sociales se ven impregnadas de una carga social y cultural, que afecta de manera directa o indirecta las relaciones sociales.

Este tipo de relaciones subordinadas no sólo se dan con la institución, también hay una serie de relaciones jerárquicas entre los ancianos.

En la institución existe una división social en la estructura interna del grupo de los ancianos. Aunque parezca que todos los residentes son iguales, existen niveles jerárquicos que se expresan en relaciones de poder hacia los otros.

El rango o rol asumido se relaciona con una serie de cualidades individuales que define su posición en la estructura. Éstas tienen que ver con el género, el capital cultural, la trayectoria de vida, el trabajo desempeñado, el carisma o el carácter individual que tenga la persona. Todas estas cualidades son utilizadas para insertarse en la institución.

Las actividades que se desempeñan dentro de la casa hacen una visible distinción entre los que tienen un rol y los que no lo tienen. Estas labores han llegado a tener un valor simbólico sobre los demás residentes, situación que genera una disputa constante en la convivencia cotidiana y esto conlleva a que muchos ancianos busquen los mecanismos que les permitan lidiar con las formas de poder que entre ellos se establecen.

Una de las estrategias es no confrontarse con los demás, por el contrario dejar que tomen la palabra o asentir a lo que dicen.

Ricardo:

Luego ando lambisconeando a los que son más creditos, les doy una palmadita” (73 años, cinco días de residencia).

Manuel:

...lo que he hecho es aminorar mis comentarios, cosas así, para que no se sientan sobrepasados (89 años, un mes aquí y 12 años en otro asilo).

La otra táctica sugiere un distanciamiento en la convivencia. Algunos internos evitan las relaciones sociales, evaden el saludo y las conversaciones. “Esta situación me genera preocupación”, menciona el señor Julio “me da tristeza, inclusive cierta angustia verlos sentados dormidos, sin decir nada por horas” (75 años, cuatro años de residencia).

Pero evitar a otros no es casual, deriva de una serie de factores sociales como las diferencias culturales y sociales, el nivel de escolaridad, los trabajos realizados y el nivel socioeconómico que cada uno tenga. Por ejemplo, a pesar de la aproximación que se da en espacios como el comedor, algunos eluden la plática, “Ni el buenos días te dan. Cuando llegué a la sala pensé, ya no me voy a meter en problemas y con voz fuerte digo buenos días a todos. Y así al que le tocó le tocó, el que quiera que responda”, menciona un anciano.

Esta situación está presente en cada individuo y poco se relaciona con el tiempo de residencia.

Ricardo:

“Si me hablan está bien, pero yo ya no busco platicar” (73 años, cinco días de residencia).

José L.:

Aquí no se puede hacer relación y tampoco me agrada. Ya me di cuenta que no se puede convivir con los demás, cada quien tiene sus costumbres. Unos hablan puras groserías y otros hasta se quieren pelear y yo como no soy de esas costumbres mejor me aparto. Doy el saludo y si me contestan bien, si no, no (86 años, tres meses de residencia).

Aurora:

A veces les hablo a mis compañeras de mesa. Ellas hacen intercambio de comida, pero yo no tengo dinero. Hablan de lo que comen y de lo que gastan, pero como yo ni compro, para qué platico (80 años, ocho años de residencia).

Así, para poder manejarse dentro de la organización interna, es necesario tener conciencia de qué posición se ocupa a nivel jerárquico y a nivel espacial. De lo contrario se corre el riesgo de entrar en una disputa por la apropiación del lugar, situación que ocurre principalmente con los de nuevo ingreso.

Jorge:

Apenas estoy viendo el proceso de adaptación, tengo una semana de estarlo viviendo. Quién es quién y dónde está aquí. Ando viendo, como decimos nosotros, a ver cómo “calientan los camotes” (ríe) (80 años, ocho días de residencia).

En este tipo de instituciones, existe una necesidad de los internos por expandir su persona, en un territorio por mínimo que sea, esto se puede relacionar con la carencia de posesiones.

En los siguientes ejemplos se observan tres niveles de percepción que muestran el grado de apropiación con respecto al tiempo de residencia de la persona.

Jorge:

Cada uno tiene su silla, ya sea en la sala o en la capilla. Si te sientas en su lugar van y te quitan, tienen sus lugares fijos, pero separados unos de otros. Ya saben manganita va ahí, sutanita ahí. Yo como nuevo me senté en la última fila, y hasta el momento nadie me la ha reclamado. Igual en la sala, la única silla que no tocan, es la que yo tomé para estar en la computadora, todas las demás tienen su dueño (80 años, ocho días de residencia).

M. Luisa:

Aquí todos tienen su lugar, dicen “este sillón es mío”, aunque no sea. A los sillones de atrás no les hacen caso, porque no alcanzan a ver la televisión, por eso estoy acá. Donde está esa señora peinándose, en el siguiente me pongo yo (83 años, siete meses de residencia).

Hilario:

Cuando llegué a esta casa, aparté un lugar para mí en la capilla para ver el rostro de Cristo y me siento en ese mismo lugar desde que llegué,... mi lugar no se lo doy a nadie.

¿Y si un nuevo residente se sentara ahí?

El primer día, sí lo dejo, pero después le digo, ese es mi lugar y mañana no se sienta ahí. No soy tan malo de decir, levántese ya vine, eso no se vale (82 años, cinco años).

Como se ve en este último ejemplo, con el paso del tiempo, el espacio se defiende fuertemente y nada tiene que ver con una condición de maldad. Alude el señor Hilario “no soy tan malo”, cosa que podemos explicar, si pensamos en que sólo pretende proteger su territorio.

No obstante, no todo es una comunidad imposible, llena de relaciones tensas o donde se evitan las personas. También existen buenos lazos sociales entre algunos residentes y esto se expresa en elementos significativos, como la solidaridad o la amistad. La amistad lleva consigo un grado de confianza y de reciprocidad y ésta es posible cuando hay igualdad de carencias entre los marginados, menciona Larissa Lomnitz (1985), pero en una institución es importante señalar que al ingreso, la persona debe manejar su identidad personal; es decir, es necesario que sepa a quiénes debe dar una información abundante y a quiénes una información mínima de su vida, de lo contrario, podría correr el riesgo de que se corran rumores o chismes sobre su historia.

Una parte importante dentro de las redes sociales que se dan entre algunos miembros de la casa hogar, tiene que ver con el intercambio de bienes o de servicios. Algunas mujeres acompañan a las que ya no pueden salir solas, al doctor o a la tienda. Las que piden el favor, a cambio pagan el taxi y algunas veces hasta ofrecen una comida fuera del asilo. Este intercambio recíproco puede desprenderse del concepto de la “generosidad” que “no debe entenderse como una cualidad moral, sino como un efecto de la necesidad económica: es la escasez y no la abundancia lo que vuelve generosa a la gente” (Lomnitz, 1985: 205). Las redes sociales maximizan la seguridad y más estando en este lugar. De esta forma, para entablar una relación social, la confianza debe pasar por una serie de situaciones de lealtad que sólo a través del tiempo se puede solidificar, cosa que en la dinámica de la institución es difícil y poco probable, por la enfermedad y el deceso constante.

El encierro: repliegue espacial y temporal

Los elementos que tienen en común los relatos, son la serie de lugares ya desaparecidos, espacios que con el tiempo parecen desdibujados por la

falta de memoria y por el crecimiento y la transformación urbana. Palabras como “ya desapareció”, “está todo muy cambiado”, “lo tiraron”, “en aquel tiempo ahí estaba”, “quitaron todo eso”, son frases recurrentes. Aunado a esto, hay que señalar que los ancianos tienen muy poco o nulo desplazamiento actual que reconfigure su presencia en el entorno. Se han replegado en el espacio, desplegando su presencia en el adentro y limitando su relación con el afuera. Esto se relaciona a que muchos han perdido sus lazos de parentesco o de vecindad con quienes salían a recorrer la ciudad.

Ser un adulto mayor y ser parte de una institución, como lo es una casa hogar, implica una serie de restricciones para el desplazamiento. Primero, por cuestiones de edad y de enfermedad, segundo, porque existe una serie de normas y horarios que condicionan y confinan al sujeto y tercero porque se han acostumbrado a su realidad y algunos ya no quieren salir a una ciudad que parece desconocida.

Hilario:

Yo solo no salgo. Los que ya estamos viejos, pues no extrañamos lo de afuera, porque ya lo de afuera ya se perdió” (82 años, cinco años de residencia).

Ricardo:

...aquí no salgo y si salgo ¿a dónde voy? (73 años, cinco días de residencia).

No obstante, los que tienen la capacidad física para moverse, aún buscan salir del asilo aunque sea a los alrededores. Se ubican y orientan con los residentes que tienen más tiempo, para desplazarse a partir de su nueva residencia, lugar para algunos carente de significado.

Con base en lo antes expuesto se puede decir que el espacio se achica conforme al confinamiento y al deterioro de las relaciones sociales que se mantenían fuera, han dejado de transitar física y mentalmente sus lugares, ya que la memoria se ha ido deteriorando y con ella los recuerdos.

Asimismo la velocidad y el ritmo con los que se vive en la ciudad, han provocado que la dimensión del tiempo adquiera diferentes tonalidades; los tiempos son efímeros, la rapidez con que acontecen los sucesos ha provocado que poco podamos asirnos de los hechos, “es un mundo complejo de incertidumbres infinitas, donde los ritmos sociales se diluyen en un tiempo acelerado, difícil de medir” señala Melucci (2001); pero hay que convivir con las diversas velocidades. No obstante, existen lugares donde el tiempo parece detenerse, se cristaliza el pasado y el transcurso del presente se encuentra dentro de una esfera encapsulada; es el caso de la casa hogar, que va a funcionar como una estancia temporal incierta, que reconfigura la percepción del tiempo a partir del confinamiento.

Una de las cosas que van a marcar y ordenar el tiempo de los asilados son las cicatrices y las enfermedades. No obstante que computar el tiempo de un individuo mediante referencia al aspecto físico, a la condición de otros individuos y a los cambios en la historia de su propia vida, parecen no tener una validez colectiva amplia, menciona Evans-Pritchard (1977), es importante reconocer que las cicatrices o las enfermedades que aquejan al individuo no sólo limitan el espacio físico y el espacio social, sino que indudablemente estas similitudes físicas se convierten en puntos de referencia, el tiempo se hace cuerpo y calendariza las corporeidades. “Tengo un año cinco meses que me operaron”, “tengo consulta dentro de un mes”, “tengo 40 años diabético”, “la semana antepasada me operaron de un ojo”.

En la casa hogar la rutina que se establece entre los individuos a través de los días está restringida por un reglamento. El espacio, las actividades y las relaciones que se dan dentro de éste, serán determinados por el horario que establecen las autoridades para cada actividad. La hora de levantarse, de bañarse, de ir a la terapia, de comer, de dormir, al igual que el horario de visitas y de las actividades manuales serán establecidas por la institución; extendiendo ésta última su control a quienes salen, ya que hay un horario de salida y uno de entrada.

Joel:

Primero el día comienza con que me bañan, me cambio y después al comedor. A las ocho la misa y a las 9-9:30 la terapia. Después de eso la comida es a las 12 y a las 4-4.15 la merienda. Ya después el que quiera ir a ver la televisión la ve un ratito, ya después a las seis a dormir, hasta el otro día (82 años, tres meses de residencia).

Algunos ancianos organizan sus actividades personales dependiendo de sus preferencias; sin embargo, para muchos su cotidianidad no va más allá del horario reglamentado, por lo que los días llegan a ser iguales y a carecer de sentido. Este “sin sentido” genera que con el paso de los años algunos hayan perdido la noción del día en que viven, la poca actividad y la falta de memoria, hace que para muchos el tiempo sea impreciso.

Los días se tornan iguales y por ende el transcurso de las semanas, la misma rutina y los mismos actores. Una tumba es la metáfora que describe su situación, “una condición que no le deseo ni al peor de mis enemigos”, menciona un anciano.

Manuel:

¿Para usted hay diferencias entre la semana y los fines de semana?
No, no, no hay ninguna. No hay diferencias lo mismo. Es la rutina diaria.

Créame que aquí es una pequeña tumba de los que estamos esperando que nos saquen con los pies pa' fuera.

Cuando los ancianos platican sobre su historia y su vida disipan la sensación de encierro. Porque aquí como las jaulas de oro, muy bonitas y todo se podrá tener, pero al final seguirá siendo una jaula (89 años, un mes aquí y 12 años en otro asilo).

Encontrarse en una Casa Hogar implica un tiempo de espera, un espacio donde se rememora el pasado de manera nostálgica. El futuro se ve incierto, la demencia senil, enfermarse y ya no levantarse de la cama, son las ideas del futuro que están constantemente ligadas a la muerte. La muerte de todos nuestros contemporáneos, nuestros familiares, amigos o conocidos.

Joel:

El mes que viene, si es que llego, voy a cumplir años, digo porque ayer se murió otro compañero. Dicen que como a las dos de la mañana “se fue” (82 años, tres meses de residencia).

Ricardo:

Uno ve el tiempo de atrás, no el que viene, porque el que viene ya lo ve uno sombrío y ya no es que se lo vayan a platicar, es que ya uno lo empieza a vivir y no por ser amargado. Es natural que los años se vengan encima, la enfermedad. Todo eso uno lo está esperando (muerte) y luego ya sin amor. Se van los hijos y uno se queda solo. Vamos para abajo, pregunto por uno y ya se murió y ahí vamos echando carreras (73 años, cinco días e residencia).

Ni modo, diría una anciana, como dice Cristina Pacheco “aquí nos tocó morir”.

Consideraciones finales

En este trabajo se ha señalado que existe la necesidad creciente de estudiar a la población de ancianos, ya que como se ha mencionado la modificación de la pirámide poblacional indica que el aumento de este sector se verá intensificado en algunos años, así que es importante empezar a desarrollar una serie de medidas que se ocupen de su condición con el fin de dar soluciones a problemáticas como la seguridad social, la calidad de vida, el apoyo familiar, los cambios en el sistema de redes, estatus y posición social, entre muchas otras.

La vulnerabilidad económica, física, social e institucional son algunos elementos que se han abordado a través de este trabajo, con el fin de ubicar los factores que intervienen para que un adulto mayor llegue a residir a una casa hogar. Entre ellos, podemos destacar la progresiva transformación en

la estructura familiar, la falta de vivienda y de recursos, así como las condiciones urbanas (mayor desplazamiento a los centros de trabajo y menor tiempo para el cuidado de los adultos, así como una arquitectura espacial que limita el desplazamiento de éstos).

Los adultos mayores en situación de encierro, sufren una serie de pérdidas morales, materiales y físicas; lo que poco a poco genera que su desplazamiento por la ciudad se limite. La ruptura o pérdida de las antiguas relaciones sociales, así como la condición de enfermedad que cada uno tiene, es una situación que va a generar no sólo la confinación paulatina de un sujeto a determinado espacio, sino la fragmentación de una imagen de ciudad y con ello una pérdida de referentes espaciales y temporales que vulneran al sujeto.

Por lo tanto, hace falta que se reflexione cada uno de los factores antes señalados con el fin de que se genere una infraestructura adecuada para el futuro, donde se replantee la calidad de vida de los adultos que necesitan residir en una casa hogar. Para ello es necesario tomar en consideración la opinión de los adultos residentes, la necesidad de las familias —si es que tienen— y la posición de la institución.

Bibliografía

ASATASHVILI, Aleksí, e Inés Borjón López Corterilla, 2003, *Panorama actual de los derechos humanos de las personas de edad: la situación de México frente a los compromisos internacionales*, Comisión de Derechos Humanos, México.

BARENYS, María Pía, s/f, “Investigaciones sobre las residencias de ancianos. Cataluña y España, en *Sociología de la Vejez*, Unión Democracia de Pensionistas y Jubilados de España, pp. 115-32, Queimada, Madrid.

DE LOS REYES, María Cristina, 2007, *Familia y geriátricos. La realidad del abandono*, Espacio editorial, Argentina.

EVANS-PRITCHARD, E.E, 1997, “El tiempo y el espacio”, en *Los Nuer (1940)*, Editorial Anagrama, Barcelona.

FERICGLA, Joseph M., 2002, *Envejecer: una antropología de la ancianidad*, Ed. Átropos, España.

FOUCAULT, Michel, 1976, *Vigilar y castigar nacimiento de la prisión*, Siglo XXI, México.

GARCÍA JULIAN, María, 1994, “la residencia como alternativa necesaria”, en María del Carmen García Pérez y Alberto Pérez Fix (comp.), *Ancianidad, familia e institución*, pp.135-142, Amarú Ediciones, España.

GOFFMAN, Erving, 1970, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorroutu editores, Buenos Aires.

HAKKET, Ralph y José Miguel Guzmán, 2004, “Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina”, en Mariana Ariza y Orlandina de Oliveira (coord.), *Imágenes de la familia en el cambio de siglo. México*, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, pp. 453-508, México.

HERRASTI MACIA, Maria de Lourdes, 1986, *Los asilos de ancianos en México*, Tesis de Licenciatura en Antropología Social, Universidad Iberoamericana, México.

JAIMES ORDÓÑEZ, Francisco Javier, 2007, *Una mirada antropológica sobre la vejez en el asilo St. Antonius en Munich, Alemania*, Tesis de licenciatura en etnología, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

LOMNITZ, Larissa, 1985, “Reciprocidad y confianza”, en *Como sobreviven los marginados*, Siglo XXI, México.

MELUCCI, Alberto, 2001, “Tiempo interior y tiempo social en un mundo incierto”, en *Vivencia y convivencia. Teoría social para una era de la información*, Editorial Trotta, Madrid.

MONTES DE OCA, Verónica, 2004, “Envejecimiento y protección familiar en México: límites y potencialidades del apoyo en el interior del hogar”, en Mariana Ariza y Orlandina de Oliveira (coord.), *Imágenes de la Familia en el cambio de siglo*, Instituto de Investigaciones Sociales/UNAM, México

ORTEGA PALMA, Albertina y Erica Landa Juárez, 2002, *Evaluación del estado nutricional y los factores socioculturales que lo afectan en ancianos de un asilo del Distrito Federal: un estudio antropofísico*, Tesis de licenciatura en antropología física, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

PROFECO, 2003, “Lo que se debe saber acerca de los asilos”, en *Revista del consumidor*, núm. 317, pp. 18-25.

RONZÓN HERNÁNDEZ, Zoraida, 2003, *La concepción de la vejez en el discurso intergeneracional*, Tesis de maestría en antropología social, CIESAS, México.

SALLES, Vania y Rodolfo Tuiran, 1996, “Mitos y creencias sobre la vida familiar”, en *Revista Mexicana de Sociología*, Instituto de investigaciones sociales/ UNAM, año LVIII, núm. 2, abril-junio, pp. 117-146.

STEIN, S., Linn, M. y E. Stein, 1986, “Patients, perceptions of nursing home stress related to quality of care”, en *The Gerontologist*, núm. 26, pp. 424-430.

TURNER, Víctor, 1999, *La selva de los símbolos*, Siglo XXI, México.

VIQUEIRA, Carmen, 1970, “Los hospitales para locos inocentes”, en *Hispanoamérica y sus antecedentes Españoles*, Revista Española de Antropología, vol. 5, Madrid.

Violeta González-Acosta

Maestra en Antropología Social por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Actualmente es becaria de CONACyT y estudia el doctorado en Antropología social en esa misma institución. Entre sus publicaciones se encuentran “Nuevas propuestas antropológicas para la problemática de la vejez”, en la *Revista Sensacional de Antropología*, 2005; *Espacio y Tiempo. Imaginarios y trayectorias biográficas de los ancianos de un asilo*, Tesis ENAH 2010 y 2011 “Cuerpos, tacones, sombreros y danzón”, en la *Revista de Antropología INAH*.

Correo electrónico: violesocial@hotmail.com