



CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS,
URBANOS Y AMBIENTALES

Envejecimiento, condiciones de salud y redes familiares de la
población indígena mexicana en los albores del siglo XXI.
Características a nivel nacional y estudio de caso en una
comunidad náhuatl de la Sierra Norte de Puebla.

Tesis presentada por

JOSÉ LUIS CASTREJÓN CABALLERO

Para optar por el grado de

Doctor en Estudios de Población

Directores de Tesis

Dra. Verónica Z. Montes de Oca Zavala
Dr. Manuel Ordorica Mellado



CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS,
URBANOS Y AMBIENTALES

Constancia de aprobación

Directores de Tesis: Dra. Verónica Z. Montes de Oca Zavala
Dr. Manuel Ordorica Mellado

Aprobaba por el Jurado Examinador:

1. Dr. Manuel Ordorica Mellado _____

2. Dra. Verónica Z. Montes de Oca Zavala _____

3. Dra. Olga Lorena Rojas Martínez _____

4. Dr. Sergio López Alonso _____

5. Dra. María Estela Rivero Fuentes (suplente) _____

México, D.F.

Diciembre 2010

Dedicatorias

A quien ha estado compartiendo conmigo 18 años de vida, los logros son gracias a su apoyo afectivo e instrumental, no podría dar cuenta de mi entorno sin la presencia de ella. Para Tere con todo mi amor.

A mi mamá quien ahora transita por esa etapa de la vida que me acerqué a conocer con este trabajo.

A Lucio porque en el año 2070 estará ingresando a la tercera edad o como la sociedad de ese momento denomine esa etapa de la vida, en tanto habrá que disfrutar los momentos de la infancia con él, su abuelita, su mamá, papá, tíos y tías a quienes también les dedico este trabajo.

A mis hermanos y hermana, sobrinas y sobrinos y mis cuñadas; aunque lejos, siempre estarán conmigo. Dedicación especial a Urbano por que le tocó asumir responsabilidades que nos deberían corresponder a todos.

A quienes son el motivo cotidiano de mi realización humana y profesional: mis alumnos.

Agradecimientos

Mi primer reconocimiento es para los individuos que son la razón de existir de este documento, la población indígena mexicana, esperando que este pequeño aporte pueda servir para que en el futuro mejoren sus condiciones de vida, en particular agradezco las facilidades dadas por la comunidad indígena de Atla, Pahuatlán, Puebla para la realización del estudio de caso, y desde luego al pueblo mexicano que hace posible, vía sus impuestos, la existencia de escuelas públicas de alta calidad como es el caso de El Colegio de México.

Mi lenta trayectoria de formación académica formal parece estar concluyendo con el Doctorado en Estudios de Población cursado entre 2003 y 2007 en esta gran institución pública que es El Colegio de México. En esta etapa tuve la fortuna de contar con excelentes académicos tanto en el año de prerequisites como en la etapa del doctorado, a los cuales les reconozco su calidad y agradezco la transmisión de sus conocimientos, mis profesores fueron, en orden del semestre donde los conocí, Alejandro Mina, Manuel Ordorica, Silvia Giorguli, Carlos Echarri, Fátima Juárez, Alejandro Aguirre, Manuel Ángel Castillo, Beatriz Figueroa, Ema Liliana Navarrete, Verónica Montes de Oca, Patricio Solís, Ricardo Yocelzky, Olga Rojas, Edith Pacheco, Ivonne Szasz, Cecilia Gayet y Fernando Cortés. También agradezco a mis profesoras y profesores de los cursos de inglés por la paciencia que tuvieron con mi persona.

Agradezco a los profesores Verónica Montes de Oca y Manuel Ordorica por la dirección conjunta de este trabajo y a Olga Rojas quien acompañó todo el proceso de elaboración de la tesis formando parte del Comité Tutorial y como profesora de los cursos de Metodología II y Métodos Cualitativos, sus comentarios y sugerencias fueron muy importantes para la realización del trabajo, quedo en deuda con ella.

Agradezco a mi profesor y amigo el Dr. Sergio López Alonso de quien siempre he recibido apoyo desde que decidí incursionar en esa emocionante disciplina que es la Antropología Física y quien generosamente es parte del jurado de la tesis, gracias por sus comentarios y recomendaciones para mejorar el trabajo.

Reconozco la ayuda proporcionada por Lauro González, amigo y compañero profesor de la ENAH por la revisión y corrección de este trabajo.

Esta tesis no podría haberse realizado sin el apoyo en mis etapas académicas anteriores de la Dra. Guillermina Eslava profesora de la Facultad de Ciencias de la UNAM, directora de mis tesis de licenciatura, especialización y maestría, gracias por todo el apoyo brindado desde hace más de quince años.

Dos alumnas egresadas de la licenciatura en Antropología Física de la ENAH a finales de la década de 1990, pusieron a mi vista por primera vez el tema del envejecimiento al solicitarme ayuda estadística para su tesis, eso fue trascendental a la hora de decidir la investigación que desarrollaría en mis estudios de doctorado, gracias a Albertina Ortega e Itzel Landa, es un placer que ahora Tina sea mi compañera profesora en la licenciatura en Antropología Física.

Agradezco los apoyos académico-administrativos brindados por los coordinadores del Doctorado en Estudios de Población, los profesores Carlos Echarri, Fátima Juárez, Silvia Giorguli y Estela Rivero. De manera particular agradezco a Estela Rivero formar parte del jurado examinador de la tesis. Al pensar en la coordinación del doctorado no puedo pasar por alto todo el apoyo brindado por Alejandra Franco quien me atendió desde la primera vez que me acerqué a preguntar sobre el doctorado y hasta ahora me sigue orientando sobre el proceso de conclusión de la tesis, gracias Ale y a todos los trabajadores administrativos de El Colegio de México, que no conozco de nombre, quienes con su trabajo cotidiano proporcionan las facilidades para que se realicen las actividades académicas y de investigación.

Agradezco a Gabriel, Lorena, Sagrario, Alejandro y Alfonso desde el año de prerrequisitos y a Nina, Salvador, Julián, Telésforo, Mauricio, Allan, Maritza, Hugo y Carmen, quienes fueron mis compañeros en el doctorado y me hicieron disfrutar de nuevo la etapa de estudiante.

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) a través de una beca para los estudios de Doctorado y la extensión por medio de una Beca Mixta que me permitió realizar una estancia en el *Centre d'Estudis Demogràfics* (CED) de la *Universitat Autònoma de Barcelona* (UAB) entre septiembre de 2006 y marzo de 2007.

En el CED tuve la oportunidad de ser recibido por el excelente profesor y amigo Julio Pérez, gracias a sus pláticas y reflexiones me permitió vislumbrar aspectos sobre el envejecimiento poblacional que no había percibido. Agradezco también a la Dra. Anna Cabré, directora del CED quien amablemente me cedió un espacio y permitió el uso de la infraestructura del Centro y la convivencia con sus investigadores. Recuerdo con mucho afecto en particular a Julián López,

Albert Esteve y Daniel Devolder, con los últimos tuve la oportunidad de tomar un curso de análisis demográfico. Mi estancia en Barcelona se tornó más agradable por la convivencia con estudiantes que estaban iniciando sus estudios de doctorado, en particular recuerdo con afecto a Daniela Vono, Eloi, Luis López, Mon, Núria, Omar, Sara, Xiana, Thaís y Pablo. De manera particular agradezco a Brenda por haber coincidido en esta época y con quien desde entonces me une una sólida amistad que espero consolidar en el futuro, ahora en este lado del mundo.

Agradezco también a la Subcomisión de Capacitación y Becas del Instituto Nacional de Antropología e Historia las facilidades para la realización de este trabajo, asimismo el apoyo recibido por el Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP) de la SEP.

RESUMEN

En el marco del envejecimiento demográfico por el que México atraviesa y de la desigualdad social en que se está produciendo, en esta tesis se analizan características de la población indígena mexicana de edad mayor (50 años o más), siendo los objetivos generales profundizar en el conocimiento de las condiciones desiguales de salud, estado funcional y redes familiares de apoyo de este grupo poblacional respecto al género y edad y otras características sociodemográficas. Asimismo se busca analizar los significados y las percepciones de los indígenas de edad mayor en torno a su estado de salud y apoyos familiares. Las fuentes de información utilizadas son tres: la muestra del 10% del Censo de Población y Vivienda del año 2000, la información recolectada en el Estudio de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) ronda del 2001 y, por último, los datos recolectados en trabajo de campo realizado en el año 2006 en Atla, Pahuatlán, Puebla, comunidad indígena de habla náhuatl. Se utilizan métodos estadísticos descriptivos, inferenciales (pruebas de asociación) y multivariados (análisis de correspondencia y regresión logística).

Para cumplir con los objetivos de la tesis, el trabajo inicia con una revisión de conceptos relacionados con la categoría *indígena*, sobre *vejez* y *envejecimiento individual*, y se discute sobre la pertinencia del uso de la frase “envejecimiento demográfico” para denominar la nueva estructura de la población. Adicionalmente, se presentan algunas nociones del eje teórico que inspira el análisis empírico, la *demografía de la desigualdad* haciendo énfasis en la diferenciación por cuestiones de edad, género y etnicidad. Se realiza también la revisión de trabajos de investigación que abordan los principales temas relacionados con la dinámica sociodemográfica de la población indígena, la salud de las personas de edad mayor y las relaciones de apoyos y transferencias hacia y de este grupo de edad entre otros tópicos.

Como se muestra en el trabajo, la información de la muestra del censo del año 2000, permite inferir que en la población indígena de edad mayor no se presenta el fenómeno de la feminización de la vejez; como en el resto de la población, la mayoría habita en viviendas en condiciones paupérrimas y cohabitan principalmente en hogares nucleares o ampliados. Sin embargo cuando se incrementa la edad existe cierta tendencia a vivir solos, particularmente en el caso de las mujeres. En el plano de la educación las desigualdades son sistemáticas, los datos indican que las generaciones de indígenas más antiguas tuvieron pocas posibilidades de acceso a cualquier tipo de educación, siendo más perjudicadas las mujeres, propiciando que la vejez

indígena se presente con grandes carencias económicas aunado a que la mayoría no cuenta con el derecho a la jubilación o pensión, ocasionando que nunca se deje de trabajar. La atención sanitaria que reciben los indígenas de edad mayor es poca y de mala calidad, propiciando que enfermedades evitables puedan ser mortales por la falta de atención médica oportuna. En general, los resultados indican que la población indígena mexicana vive la vejez de una manera desventajosa en relación con el resto de la población, agudizándose en edades más avanzadas, siendo las mujeres indígenas las que viven aún en peores condiciones.

Respecto al estado de salud, los resultados obtenidos por ENASEM indican la presencia de un patrón multifactorial ya que coexisten enfermedades propias de la edad y la actividad realizada a lo largo de la vida, por ejemplo problemas relacionados con la vista y oído, enfermedades transmisibles como las respiratorias y gastrointestinales, crónicas degenerativas como diabetes, hipertensión y artritis entre otras, advirtiendo desigualdades por edad y género. La situación adversa de salud se manifiesta en una tendencia creciente respecto al aumento de edad, del porcentaje de indígenas que tienen dificultad para realizar las actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida cotidiana, siendo aproximadamente los setenta años un punto de inflexión donde se incrementa la presencia de estas dificultades. En el caso, del género los resultados encontrados permitieron inferir mayor prevalencia de diabetes, hipertensión y artritis en mujeres, siendo más propensas a presentar dificultades para realizar ABVD las mujeres indígenas que viven solas en mayor precariedad económica. En tanto, los hombres indígenas que han sido diagnosticados con artritis o reumatismo presentan mayores dificultades para seguir realizando sus actividades cotidianas.

En relación a las redes de apoyo, los resultados encontrados con información de ENASEM indican que la relación se da en ambos sentidos, es decir, los indígenas de edad mayor reciben ayuda económica y no económica de sus hijos pero alta proporción de ellos también la otorgan. Las relaciones de intercambio expresadas por la ayuda recibida y proporcionada por los indígenas de edad mayor están basadas en aspectos de solidaridad y arraigos familiares ancestrales y son la explicación para la supervivencia no sólo de las personas de edad mayor sino del conjunto de la población indígena mexicana ante la situación social y económica adversa que enfrentan. En el caso de la ayuda que los mayores otorgan, resaltan la no económica expresada en actividades como el cuidado de los nietos, la realización de quehaceres del hogar, la

construcción y el cuidado de las viviendas de los hijos emigrantes, así como la siembra y cosecha en tierras de los hijos.

El enfoque cualitativo aplicado en el estudio de caso realizado en Atla ofrece un panorama de cómo la población indígena percibe la vejez en un contexto rural y de pobreza, entrelazándose la desigualdad de género y edad con la desigualdad socioeconómica, dando como resultado una representación del envejecimiento en términos de vulnerabilidad y débil estado de bienestar donde los individuos además de enfrentar la vejez y posibles enfermedades, deben preocuparse por resolver la situación cotidiana de necesidades básicas como la alimentación. Las personas de edad mayor en Atla se auto-perciben como individuos que están en actividad y, por lo tanto, productivas y valiosas. Sus obras pasadas y su experiencia presente así lo confirman, en tanto realizan trabajos de diversa índole y se sienten útiles e independientes. En términos generales, la edad adulta en Atla se vive bien; sin embargo, debido al contexto de pobreza y a que las fuerzas no son las mismas por diversas dolencias y otros problemas de salud, se "deja de ser" todo lo activo que se desea, "se sufre". Es decir, el tránsito hacia edades mayores implica un proceso de cambios físicos, sociales y emocionales que muchas veces conllevan sufrimiento y exigen adaptaciones.

A primera vista en Atla no se percibe un conflicto entre las generaciones de viejos con la de jóvenes debido a la ausencia de éstos por efecto de la emigración, propiciando que los ancianos tengan que ser tan productivos como antes aunque muy probablemente se cambien los trabajos rudos y esforzados por labores simples que no requieren mayor fuerza. En este sentido, las personas de edad mayor con su experiencia siguen contribuyendo a la dinámica económica y social de la comunidad en concordancia con los más jóvenes (hijos y/o nietos), quienes todavía están aprendiendo y trabajan con más fuerza. En cuanto a los intercambios económicos y de ayudas instrumentales en Atla entre las personas de edad mayor y sus descendientes se advierte el rol fundamental que asumen los primeros debido a la precariedad en la que viven sus hijos y nietos. Se puede decir que en esta comunidad el proceso de envejecer no se relaciona con la interrupción del funcionamiento del intercambio económico y de apoyo, ni mucho menos con la salida de las personas mayores de la actividad laboral. Por tanto, el que las personas en edad avanzada dejen de ser productivas puede ser un mito, sobre todo cuando se comprueba que sí hacen algo, que sí trabajan, mantienen y hacen funcionar sus propiedades, siendo su actividad sumamente importante para su salud física y emocional.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	9
Capitulado e interrogantes guías	13
I. MARCO REFERENCIAL	17
Introducción	17
La categoría indígena	17
Vejez, envejecimiento individual	19
Vejez en sociedades antiguas	20
Vejez en el México prehispánico	23
Vejez en sociedades no occidentales, vejez en población indígena mexicana	26
Vejez y edad	30
Enfoques sobre envejecimiento	34
Envejecimiento demográfico	38
Demografía de la desigualdad – Diferencias Sociales	40
Diferencias por género	41
Diferencias por edad	42
Diferencias por etnicidad	43
II. DINÁMICA DE LA POBLACIÓN INDÍGENA Y ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO EN MÉXICO	45
Introducción	45
Demografía de la población indígena mexicana	46
Salud en personas de edad mayor	52
Transferencias, redes familiares y sociales de las personas de edad mayor	59
Otros tópicos relacionados con vejez	65
III. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE EDAD MAYOR, CENSO 2000	67
Introducción	67
Contexto histórico	67
Fuente de información y muestra de estudio	74
Localidad de residencia	77
Características de la vivienda	78
Composición de los hogares	81
Escolaridad	84

Situación conyugal	87
Religión	88
Aspectos económicos	90
Atención de la salud	95
Discapacidades	96
Conclusiones	100
IV. CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE EDAD MAYOR Y DIFICULTADES PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA, ENASEM 2001	107
Introducción	107
Salud en edad avanzada	107
Aspectos metodológicos	110
Diferencias por edad y sexo en la dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria: análisis bivariado	112
Relación multivariada entre actividades básicas de la vida diaria, edad y género	117
Actividades instrumentales de la vida diaria, relación con edad y género: análisis bivariado	119
Actividades instrumentales de la vida diaria, edad y género: análisis multivariado	124
Actividades de la vida diaria, enfermedades crónicas, edad y género	125
Actividades de la vida diaria, enfermedades crónicas, edad y género: análisis multivariado	132
Factores que afectan la dificultad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria: modelos de regresión logística	133
Edad	136
Localidad de residencia	140
Tipo de hogar	140
Agua entubada en la vivienda	141
Escolaridad	142
Situación laboral	142
Número de hijos vivos	143
Ayudas recibidas de hijos	143
Estado de salud auto percibida	144
Enfermedades crónicas	145
Variables no significativas	145
Conclusiones	146

V. ASPECTOS SOCIALES Y DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS CON LOS APOYOS OTORGADOS Y RECIBIDOS DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE EDAD MAYOR, ENASEM 2001	151
Introducción	151
Redes sociales y edad avanzada	152
Aspectos metodológicos	157
Transferencias por edad y sexo: análisis bivariado	158
Transferencias por edad y sexo: análisis multivariado	162
Relaciones de reciprocidad	164
Factores sociodemográficos y de salud relacionados con ayudas: modelos de regresión logística	167
Edad	177
Localidad de residencia	178
Tipo de hogar	178
Situación conyugal	179
Hijos vivos	180
Situación económica: disponibilidad de agua potable y posesión de refrigerador	181
Escolaridad	182
Situación laboral	183
Pensión	184
Experiencia migratoria	185
Estado de salud auto-percibido y enfermedades crónicas diagnosticadas	185
Dificultades para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	187
Conclusiones	187
VI. METODOLOGÍA CUALITATIVA: COMPLEMENTANDO LA INVESTIGACION SOBRE SALUD Y REDES DE RECIPROCIDAD DE LOS INDIGENAS MEXICANOS DE EDAD MAYOR	193
Introducción	193
Investigación cualitativa	196
Fenomenología	199
Entrevista en profundidad	201
VII. <i>“SERÉ UN BURRO VIEJITO, PERO YA NO AGUANTO MÁS MALETAS”</i> , ALGUNOS ASPECTOS DE LA VEJEZ EN ATLA	205
Introducción	205
Atla: Ubicación geográfica, población y hogares	206

Economía de producción, reproducción material y organización social	212
Características de la población de 50 años o más	215
La vejez en Atla a partir de testimonios de personas de edad mayor	222
Imágenes de la vejez	233
Escolaridad	235
Trabajo	237
Contexto familiar	242
Estado de salud actual	246
Antecedentes de enfermedad	249
Atención de salud	250
Transferencias institucionales	253
Ayudas familiares recibidas	255
Salud y ayudas familiares	258
Ayudas otorgadas	259
Ayudas cognitivas proporcionadas	262
Discusión y conclusiones	263
CONCLUSIONES GENERALES	
	271
ANEXO 1: Estimación de la esperanza de vida en población indígena	
	281
Introducción	281
Estimación de la mortalidad infantil	281
Estimación de la mortalidad adulta	283
Tablas de mortalidad	285
ANEXO 2: Cuestionario censal aplicado en Atla	
	291
ANEXO 3: Guión de entrevista aplicada en Atla	
	293
ANEXO 4: Glosario de abreviaturas	
	305
BIBLIOGRAFIA	
	307
ÍNDICE DE CUADROS	
	319
ÍNDICE DE GRÁFICAS	
	323

INTRODUCCION

Los primeros años del siglo XXI México se encuentran caracterizados por cambios importantes en el ámbito social, económico y político, en un marco mundial de globalización económica que por una parte en apariencia ofrece beneficios macroeconómicos, pero por otra prevalecen grandes rezagos aún sin resolver como la pobreza, desempleo, falta de cobertura de servicios de salud, bajos niveles de escolaridad, porcentajes importantes de analfabetas, lo que se traduce en desigualdad social cada vez más acentuada, producto del inequitativo reparto de los recursos que se generan, aunado a las interrogantes sobre los modelos económicos a seguir, entablando contradicciones entre los intereses nacionales y los externos en temas como la seguridad social, migración, políticas ambientales, etc.

En este contexto, la dinámica demográfica de la población mexicana vaticina tendencia hacia rápido envejecimiento¹. En las próximas décadas se vislumbra acelerado crecimiento de personas mayores de 60 años; las proyecciones del Consejo Nacional de Población indican que, hacia el año 2050, más de uno de cada cuatro mexicanos (28%) estará en este grupo de edad (Zuñiga *et al.*, 2003). Llama la atención que esta tendencia no es sólo ineludible sino que se produce en un contexto en el cual se carece de instituciones preparadas para cubrir las necesidades de la demanda creciente que se generará con el crecimiento de la población de adultos mayores; se empieza a vislumbrar que la sociedad tendrá que adecuarse a nuevas relaciones entre generaciones, tanto en el ámbito familiar como en el social.

En este trabajo se parte de la concepción de que el envejecimiento de la población es resultado del avance del conocimiento científico que ha logrado prolongar la vida a edades que no se habían alcanzado antes (Ordorica, 2004b:14), es decir, la vejez es expresión colectiva positiva que no debe ser vista en forma fatalista (CEPAL, 2003:1). Sin embargo, no se puede negar que esta nueva estructura por edad genera importantes retos para la sociedad y el Estado en la elaboración de políticas públicas en materia de salud, seguridad social, vivienda y urbanismo, violencia y discriminación, ambiente familiar y social, trabajo, esparcimiento, etc.

Este fenómeno demográfico ha llamado el interés de investigadores de distintas disciplinas, como economía, actuaría, medicina, sociología, antropología y, desde luego, la

¹ El envejecimiento de la población consiste en el cambio de la estructura por edad donde cada vez adquieren mayor peso relativo los grupos de mayor edad, en ocasiones se considera 60 años y más y en otras 65 años y más.

demografía. El envejecimiento demográfico implica una estructura particular de la pirámide poblacional, la cual tiende a ser rectangular e incluso de base menos amplia que la punta. Este fenómeno demográfico es explicado como consecuencia de la disminución de las tasas de mortalidad, en primer lugar, y de fecundidad después; estos dos cambios han sido resumidos en un sólo término: transición demográfica.

Desde finales del siglo XVIII, en los países europeos se dieron cambios en las formas de producción y reproducción de la sociedad, proceso conocido como modernización. En los aspectos demográficos, estos cambios transforman la estructura por edad de la población que se reflejaron en incrementos de la población mayor. En algunos de esos países el proceso de transición demográfica-envejecimiento ha tardado cerca de 200 años, en contraste con lo que sucede en países en desarrollo, como México, donde se está presentando de manera acelerada.

La población mexicana atraviesa por una fase de plena y acelerada transición demográfica, proceso cuyo inicio podría ubicarse en la década de 1930, con el descenso paulatino de la mortalidad², acentuándose a mediados de los setenta al declinar la fecundidad³. Estos cambios implican profundas transformaciones en la distribución por edades de la población, lo cual propicia que el país transite actualmente de una población joven a otra más entrada en años⁴.

Sin embargo, aun cuando se observa declinación de la fecundidad y de la mortalidad en la totalidad del país, se presentan diferencias entre las entidades. Por ejemplo, para el año 2000, el número de hijos por mujer en Chiapas es de cuatro, mientras que en el Distrito Federal y Nuevo León es de poco más de dos hijos, lo que muestra que estas dos últimas entidades ya llegaron al nivel del reemplazo. Asimismo, la esperanza de vida al nacer en Chiapas y Oaxaca es de casi 70 años, en contraparte con el Distrito Federal y Nuevo León donde se supera levemente los 75 años. De acuerdo con estos datos, a nivel entidad, podríamos decir que en el país hay dos escenarios demográficos claramente diferenciados: uno tiene estructura por edad joven, alta natalidad y alta mortalidad, con fuerte migración interna e internacional, y el otro presenta baja

² En 1930 la esperanza de vida en hombres era de 35.5 años mientras que en mujeres era de 37 años. En 1970 estas cifras eran de 59.7 y 63.6 años respectivamente y para el año 2000 de 73.1 y 77.6 en hombres y mujeres respectivamente (Ham Chande, 2003).

³ La tasa global de fecundidad en 1930 era de 6.2 hijos por mujer (Mier y Terán, 1982), en 1980 de 4.7 (Mier y Terán y Partida, 2001) y en 2000 de 2.4 (Tuirán *et. al.*, 2002).

⁴ El porcentaje de personas de 60 años y más en 1950 era de 5.4%, cifra que en el año 2000 fue de 7.1%. La población absoluta de este grupo de edad creció de 1.4 a 6.9 millones de personas en el mismo lapso de acuerdo a cálculos realizados con base en información del Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI, 2005).

mortalidad, baja natalidad, estructura por edad en acelerado proceso de envejecimiento y crecimiento demográfico muy lento (Ordorica, 2004a).

La coexistencia de diversos escenarios demográficos prevalecientes en nuestro país a nivel entidad induce a reflexionar sobre la existencia de patrones demográficos diferentes en otros niveles de agrupación de la población. Es el caso de la población hablante de lengua indígena, donde el promedio de hijos nacidos vivos es de 3.9, en contraste con el 3.2 de la población total. Respecto a la mortalidad infantil, en población hablante de lengua indígena, la tasa es de 48.3 muertes por cada mil nacidos vivos, cifra que en la totalidad de la población es de 28.2 (CNDPI, 2002). De acuerdo con estimaciones propias, presentadas en el anexo 1 de la tesis, en 1997 la esperanza de vida de la población indígena es de 67.9 años lo que marca una diferencia de casi cuatro años respecto a la población no indígena (71.6), lo cual permite vislumbrar un patrón de salud desigual, tanto en enfermedades como en su atención, permeado por la desigualdad social que afecta notoriamente a la población hablante de lengua indígena, acentuándose en la población que vive en zonas rurales, como puede verse en los datos del anexo 1.

Estos datos permiten considerar que la transición demográfica en la población indígena presenta ritmo diferente respecto a la población no indígena, lo cual se expresa en mayores niveles de mortalidad y fecundidad, menor esperanza de vida, inicio más temprano de la unión o matrimonio y estructura etaria más joven que la población no indígena (Vega y Martínez, 2003:165). Si se parte del supuesto expresado líneas atrás de que el envejecimiento demográfico es consecuencia de la transición demográfica y si se conviene que en la población indígena esta transición conlleva ritmo diferente, se puede suponer que el proceso de envejecimiento es disímil en este grupo.

Los patrones demográficos no son sólo las características que diferencian a los indígenas del resto de la población; la población indígena de México se determina por valores culturales, idioma e identidad propios, así como por sus formas de organización social y modalidades específicas de vincularse con la naturaleza, de organizarse para el trabajo y de regirse por normas y leyes dictadas por su tradición.

Los aspectos que despiertan mayor preocupación de instituciones gubernamentales y de algunos estudiosos del proceso de envejecimiento, por sus implicaciones económicas y sociales son, en primer lugar, la deficiente cobertura de la seguridad social, donde se argumenta la

aparente imposibilidad económica y financiera para cumplir con el pago de pensiones y, en segundo lugar, el patrón epidemiológico particular del grupo de personas de edad mayor, caracterizado por enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes que implican deterioros funcionales que van en detrimento de la calidad de vida de los sujetos al verse impedidos de realizar las actividades de la vida cotidiana como son caminar, alimentarse, vestirse, etc., lo que aumenta los requerimientos de apoyo de familiares o conocidos (Solís, 1999).

En el año 2000, del total de población económicamente activa en México, sólo el 39.3% puede acceder a algún tipo de seguridad social, en tanto que sólo el 22% de las personas mayores de 60 años contaba con ella (Ham, 2003:238). Estas cifras adquieren mayor importancia por el retiro paulatino del Estado en aspectos de seguridad social, reformas de fondos de pensiones, emerge el Sistema de Ahorro del Retiro (SAR) y las AFORE, para cotizantes del IMSS e ISSSTE y se desintegran los programas de bienestar social, con lo cual se trasladan las responsabilidades a las capacidades individuales, la solidaridad en el hogar y los lazos de parentesco. Como consecuencia, parte importante de los adultos mayores, en el colectivo de la población de edad mayor mexicana, quizás en mayor medida entre la población indígena, dependen y dependerán de manera parcial o exclusiva, del apoyo económico y no económico otorgado fundamentalmente por la familia.

Desde el momento del contacto español con América, la población indígena mexicana vive en situación de marginalidad, lo que en tiempos recientes se palpa en la pobreza de la mayor parte de este grupo poblacional. Sin embargo, las diferencias no se deben sólo a aspectos económicos, también las atraviesan aspectos sociales, donde los indios mexicanos aún son considerados como inferiores, por la única razón de ser indígenas. Situación similar a la desigualdad de género, que en muchas culturas y sociedades padecen las mujeres por el sólo hecho de serlo. Es en este contexto, debido al cada vez mayor peso porcentual, que hoy día cobra relevancia la emergencia de otro grupo que, por lo que se vislumbra, está por generar otra categoría de desigualdad social: el de la personas de mayor edad. Por tanto, el objetivo general de este trabajo es explorar algunas características de la situación de los indígenas mexicanos de edad mayor, en el encuadre de tres ejes de desigualdad social: por cuestiones de etnicidad, género y edad.

Capitulado e interrogantes guías

Los objetivos, las preguntas que se desea responder e hipótesis de investigación que orientan el trabajo de tesis son de tres niveles de análisis: a) comparar las características del envejecimiento debido a circunstancias desiguales de etnicidad, sexo y edad; b) profundizar en el conocimiento de las condiciones de salud, estado funcional y redes familiares y sociales de apoyo en la población indígena mexicana de edad mayor y c) analizar los significados y percepciones de los indígenas de edad mayor sobre las características de salud y los apoyos familiares en una comunidad indígena particular.

Para cubrir estos aspectos la tesis se estructura en siete capítulos. El primero está dedicado a aspectos teóricos, allí se plantean algunas reflexiones en torno a la categoría indígena, a diferentes conceptos de vejez y cómo ésta se ha abordado en la antigüedad por diferentes culturas, además se trata el concepto de envejecimiento demográfico. Finalmente, se presentan enfoques de diferencias sociales, o demografía de la desigualdad, los cuales, al hacer énfasis en las desigualdades debidas a edad, género y etnicidad, son el marco teórico general que sustenta a este trabajo.

El capítulo II se dedica a revisar trabajos bibliográficos que abordan los principales temas relacionados con la dinámica sociodemográfica, la salud de las personas de edad mayor y las relaciones de apoyos y transferencias hacia y de la población indígena de edad mayor entre otros tópicos interesantes desde la óptica sociodemográfica.

En el capítulo III se presentan los resultados del análisis estadístico descriptivo de los datos correspondientes a la población indígena mexicana de 50 años y más recolectados en la muestra de 10% del XII censo de población y vivienda realizado el año 2000, con objeto de dar respuesta a la interrogante ¿Son diferentes las características sociodemográficas (escolaridad, estado civil, lugar de residencia), económicas (trabajo, ingresos), familiares (parentesco, ayudas), de seguridad social (pensiones, jubilaciones acceso a servicios de salud) y condiciones de salud (enfermedades, discapacidades) en la población indígena mexicana de edad avanzada respecto a la edad y sexo?

En el capítulo IV se analizan algunos aspectos del estado de salud de los indígenas de 50 años y más con base en los datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). En particular se examinan las dificultades para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo cual se considera como índice de la salud de los indígenas

mexicanos de edad mayor, así como las enfermedades crónico degenerativas de mayor prevalencia, además se investigan las características sociodemográficas que pudieran estar relacionadas con las variables de salud con el fin de responder a las interrogantes: ¿Existen diferencias por edad y sexo en el nivel de dificultad para realizar las actividades de la vida cotidiana y en la prevalencia de enfermedades degenerativas? ¿Qué factores sociodemográficos están relacionados con el estado funcional y de salud de los indígenas mayores?

En el capítulo V, al retomar la información de la ENASEM, se analizan las características de las transferencias, económicas y no económicas, recibidas y otorgadas a los y por los individuos indígenas mayores, así como las características sociodemográficas relacionadas con estas variables, por una parte y, por otra, se ponderan las relaciones entre el estado de salud (funcional) de los adultos mayores indígenas y el otorgamiento o recepción de las ayudas, de tal suerte que se pueda dar respuesta a las interrogantes: ¿Cómo influyen la edad y el sexo de los individuos mayores indígenas para recibir u otorgar ayudas de y a sus hijos? ¿Qué características sociodemográficas están relacionadas con el apoyo (material, instrumental o emocional) que reciben u otorgan los adultos mayores indígenas? ¿Existe relación entre las condiciones de salud, expresado por el estado funcional, y las transferencias de apoyo en la población indígena de edad mayor? ¿Existe alguna relación de reciprocidad en este tipo de apoyos?

En el capítulo VI se reflexiona sobre la importancia de utilizar métodos cualitativos a fin de complementar y profundizar los temas abordados en los capítulos III, IV y V, donde se privilegia el enfoque cuantitativo-estadístico. En particular se reconoce la importancia de la entrevista a profundidad como técnica para aproximarse a los significados y percepciones que los indígenas de edad mayor poseen en torno a algunos aspectos de su vida, en particular con los temas de interés de este trabajo de investigación.

En el capítulo VII se exponen los resultados empíricos de un estudio de caso con el enfoque de la metodología cualitativa en la comunidad indígena náhuatl de Atla, municipio de Pahuatlán, estado de Puebla. Se presentan las características sociodemográficas de la comunidad en estudio así como una descripción etnográfica y los resultados de las entrevistas realizadas a los indígenas de edad mayor de Atla. Allí se intenta responder a las interrogantes: ¿Cómo se vive la vejez en una comunidad indígena? ¿Qué significado tiene para los indígenas la pérdida de capacidades funcionales y cómo las afrontan? ¿Cuál es el papel de los familiares en la vida

cotidiana de una persona indígena mayor? ¿Cuáles son los apoyos que se brindan y qué percepción tiene el viejo indígena de éstos?

Además de las conclusiones que se plantean en los capítulos III, IV, V y VII, que constituyen el aporte empírico de este trabajo, el texto termina con un conjunto de reflexiones finales sobre las circunstancias en que los indígenas mexicanos viven los últimos años de su vida, a la luz de la bibliografía consultada y los resultados encontrados en el capitulado de la tesis. Finalmente, se presentan tres anexos, el primero, con base en información de la ENADID de 1997, contiene los cálculos realizados para estimar la esperanza de vida en población indígena por métodos indirectos; el segundo y tercer anexos contienen, respectivamente, el cuestionario censal y el guión de entrevista a profundidad aplicados en Atla, la comunidad indígena donde se realizó el estudio de caso.

I. MARCO REFERENCIAL

Introducción

En este capítulo se pretende establecer algunos elementos teóricos o guías que permitan alcanzar los objetivos de la tesis. Por una parte, debido a que el tema de investigación versa en torno a población indígena de edad mayor, se dedican dos apartados para analizar las categorías poblacionales que interesa abordar: indígena y vejez. En torno a la categoría indígena se presentan algunos intentos de definirla desde la sociología y la antropología, así como su caracterización desde el punto de vista demográfico. En cuanto a la vejez, se presentan enfoques aplicados por diferentes sociedades históricas para apreciarla, así como la percepción de sociedades no occidentales, en particular por la población indígena mexicana. Asimismo, se muestran las propuestas biológicas, psicosociales y sociales para abordar el envejecimiento individual. Se discute sobre la pertinencia del uso de la frase “envejecimiento demográfico” para denominar la nueva estructura de la población producto de las disminuciones en las tasas de mortalidad y fecundidad, así como los temores que ha despertado.

Por otra parte, dado que una característica de nuestros tiempos es la creciente desigualdad en casi todos los ámbitos de la sociedad, se presentan algunas nociones del enfoque de la *demografía de la desigualdad* haciendo énfasis en la diferenciación por cuestiones de edad, género y condición de etnicidad. Este enfoque es el eje teórico que sustenta el análisis empírico realizado en los siguientes capítulos.

La categoría indígena

Son escasos los estudios de la población indígena mexicana desde el punto de vista de la dinámica demográfica. Una causa puede ser la problemática de identificar a la población indígena, aspecto que conlleva, en primer lugar, a definir qué se entiende por “indígena”. Las categorías “indios”, “indígenas”, “pueblos indígenas”, “poblaciones indígenas”, “etnias”, “grupos étnicos”, “grupos etnolingüísticos”, “pueblos originarios” o “primeras naciones” fueron elaboradas y aplicadas en el curso de complejos procesos históricos y contextos sociales y políticos diversos (Zolla y Zolla, 2004:13). Antropólogos, juristas, otros científicos sociales y organizaciones indígenas han señalado que esas denominaciones son heredadas de concepciones coloniales y hacen referencia a sujetos en condición de colonizados.

La etnicidad es usada como sinónimo de indígena o de indio refiriéndose a “los grupos que heredaron en mayor proporción la cultura que crearon y desarrollaron nuestros antepasados prehispánicos” (Manrique, 1994:5). El extinto Instituto Nacional Indigenista define: “Indígena. Concepto de origen colonial que define a una población que comparte una tradición cultural de raíz prehispánica, la cual se reorganiza y funda sus características formales en el marco de la sociedad novohispana y que retiene entre sus rasgos más importantes el hablar una lengua amerindia o el asumir una identidad con esa tradición” (INI, 2000:836).

La Organización Internacional del Trabajo en el Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales caracteriza a la población indígena (OIT, 1989) en el apartado b del artículo 1 donde alude a que el convenio se aplica:

“...a los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.”

Esta definición, que alude a pueblos y no a población, aplicada a este trabajo remite a considerar de manera homogénea a todos los indígenas de México, aunque se sabe que en el país habitan grupos indígenas de diferente habla, costumbres, organización social, etc. Incluso, coexisten indígenas que hablan la misma lengua pero que no se sienten identificados entre sí, como puede ser el caso de los Otomíes de la sierra norte de Puebla y los Otomíes de la sierra gorda de Querétaro, o los hablantes de náhuatl de la Huasteca con los hablantes de náhuatl de Guerrero. Es más, ni siquiera se puede afirmar que habitantes residentes de dos poblados vecinos sientan la misma identidad. La mayoría de los indígenas fincan su identidad étnica primaria en los límites de su comunidad (Warman, 2003:19).

Los grupos étnicos, indios o indígenas de México se caracterizan por compartir aspectos culturales como lengua, organización social propia, maneras de vincularse con la naturaleza así como costumbres y leyes no escritas dictadas por su tradición.

Desde el punto de vista demográfico, para poder establecer la categorización y enumeración de la población indígena, deberían tomarse en cuenta todas estas características. Sin embargo los instrumentos que han sido utilizados para captar información sobre los grupos indígenas en censos y encuestas nacionales se limitan al criterio lingüístico (Corona, *et al.*, 2001:165). La pregunta se ha aplicado a la población de 5 años o más y ha proporcionado subestimaciones del tamaño de la población indígena.

A partir del criterio lingüístico se han elaborado diferentes aproximaciones como la ubicación geográfica, que considera localidades eminentemente indígenas aquellas donde 70% o más de los habitantes hablan lengua indígena (Embriz, *et al.*, 2003: 86); se considera hogares indígenas aquéllos donde el jefe de familia o su cónyuge hablan lengua indígena (Corona, 2002:117); otro enfoque, basado en esta misma condición, considera indígenas a aquellos que habitan hogares donde algún miembro de la familia habla lengua indígena, con excepción donde el hablante es el sirviente. En el censo del año 2000, además de la tradicional pregunta sobre el habla o no de una lengua indígena, se incorporó otra pregunta de pertenencia a algún grupo indígena, lo que permite identificar mayor amplitud de población indígena (Fernández, *et al.*, 2003:169). Sin embargo, esta “autoadscripción” debe tomarse con reservas, ya que, en cada hogar censado o encuestado, es el jefe de familia o alguna otra persona quien contesta por el resto de los integrantes. Además, se debe considerar que la respuesta pone en juego elementos de la conciencia social del encuestado, su sentido de lealtad o no al grupo de pertenencia u origen.

Con los dos criterios combinados, hablante de lengua indígena y autoadscripción, se han realizado estimaciones sobre la población indígena (Fernández *et al.*, 2003) cambiando el criterio de identificación del hogar indígena conviniendo definirlo como aquel hogar donde uno de sus miembros (con excepción de la persona que hace el aseo) hable alguna lengua indígena o se autoadscriba a un grupo indígena, a diferencia del criterio de los autores mencionados que consideraron sólo que el jefe o el cónyuge la hablen. Bajo esta estimación, usando datos del censo del 2000, los investigadores analizan la composición por edad y sexo de la población indígena, la distribución de este grupo poblacional en las entidades de la república, el monto y la estructura por edad y sexo en los principales grupos etnolingüísticos, así como su distribución geográfica.

Vejez, envejecimiento individual

En la actualidad, la vejez se asocia, principalmente, con estereotipos negativos: los viejos son enfermizos, torpes, sucios, olvidadizos, achacosos, ya no pueden trabajar, no ejercen la sexualidad, no oyen ni ven adecuadamente, han perdido habilidades, son solitarios, no son autosuficientes, etc. También, en algunos contextos sociales, a las personas de edad mayor se les suele llamar en forma despectiva viejos, ancianos, vejestorios, longevos, vetarros, cascados, gastados, abuelos, rucos y otros más adjetivos. Este aspecto, aunque no en el sentido peyorativo, se ha trasladado al campo de estudio del tema de la vejez, donde se han acuñado diferentes

términos como seniles o senectud, octogenarios, tercera edad, cuarta edad, nonagenarios, gente mayor, ancianidad, adultos en plenitud, etc. Esta ambigüedad refleja la falta de conceptos asociados a esta etapa del ciclo vital, aspecto que, para el caso de la presente investigación, se intenta subsanar en los siguientes párrafos.

La vejez no puede ser marcada mediante edad específica, tal como ha sido la tendencia al relacionarla con el fin de la vida productiva de los individuos. Los 60 o 65 años, edad que es asociada al inicio de la vejez, constituyen, en muchos países, la frontera de la jubilación, aspecto incluido en varias legislaciones con objeto de marcar una medida de protección social para el trabajador por sus duras condiciones de trabajo físico, razonamiento que, en la actualidad, no es aplicable a todos los individuos, sobre todo si se considera el aumento de la esperanza de vida en la mayoría de los países.

El envejecimiento debe entenderse como proceso dinámico y discontinuo del ciclo vital, cuyas bases biológicas, sin embargo, no pueden entenderse fuera del ámbito social y cultural donde ocurre; en consecuencia, para su explicación debe considerarse no sólo el presente del individuo sino el pasado tanto individual como de la sociedad. La vejez no sólo es realidad cronológica, es también realidad fuertemente vinculada con experiencias acaecidas durante el paso del tiempo (Osorio, 2006:14).

Vejez en sociedades antiguas

La vejez, como etapa del ser humano, se ha interpretado de diferente forma dependiendo del contexto social en el cual se analiza. La consideración de la vejez ha variado en las distintas culturas y a través del tiempo. La vejez como última etapa de la vida ha suscitado interés en diferentes momentos de la historia de la humanidad, por ejemplo anhelar una larga vida no ha sido exclusiva de una época o de una cultura, parece ser una ambición humana “natural”. Los restos óseos humanos pertenecientes a poblaciones antiguas, encontrados por arqueólogos y antropólogos físicos, indican que rara vez su edad superaba los 30 años. De acuerdo con esta información puede inferirse que la vejez, en sociedades prehistóricas, era prácticamente inexistente. Sin embargo en sociedades históricas existen documentos literarios, leyendas, mitologías e instrumentos iconográficos, entre otros, que permiten dar cuenta de la imagen que las diferentes culturas han tenido del anciano.

Uno de los textos más antiguos sobre la vejez, 2500 años antes de cristo, se atribuye al filósofo egipcio Ptha-hotep (Beauvoir, 1970:440), quien se refiere a esta etapa de la vida con percepción

negativa, visión que, en algunos grupos o sectores de la sociedad, predomina hasta nuestros días: “¡Qué penoso es el fin de un anciano! Se debilita día a día; su vista disminuye, sus oídos se vuelven sordos; sus fuerzas declinan; su corazón ya no conoce descanso; su boca se vuelve silenciosa y no habla. Sus facultades intelectuales disminuyen y le es imposible recordar hoy lo que fue ayer. Todos los huesos le duelen. Las ocupaciones a que se entregaba antes con placer sólo se cumplen con dolor y el sentido del gusto desaparece. La vejez es la peor de las desgracias que pueda afligir a un hombre”. Sin embargo, en el Egipto antiguo al anciano se le otorgaba papel dirigente por la experiencia y sabiduría conferida por su larga vida. Dentro de la cultura egipcia, la palabra anciano significaba sabiduría. Las evidencias indican que en Egipto era la mujer quien se ocupaba del cuidado del anciano dentro de la familia o la servidumbre doméstica constituida por mujeres (Lillo, 2002).

En otra importante cultura antigua, la griega, cuya admiración por la belleza es de sobra conocida, parece ser que la vejez, con su deterioro inevitable, no podía menos que significar una ofensa al espíritu, lo cual podría ser la causa de la elaboración de numerosas leyes que insisten en el respeto a los padres ancianos; la magnitud de las leyes elaboradas parece indicar que eran poco acatadas (Trejo, 2001:110). Contrario a esta situación, Platón en su libro *La República*, alude al consejo de ancianos, Gerusia o Senado, cogobernando con un par de reyes en la antigua Esparta, asimismo, menciona la casa de Cresos, lugar donde se brindaba apoyo a las personas de mayor edad.

En la cultura hebreo-cristiana, con el Antiguo Testamento como principal fuente de información, los ancianos conducen al pueblo hebreo (Ex. 3, 16), tal como describe la orden de Dios a Moisés: “Vete delante del pueblo y lleva contigo a ancianos de Israel” (Ex. 17,5). En el Libro de los Números se encuentra la descripción para crear al Consejo de Ancianos como iniciativa divina, por ende, a ésta entidad se le conferían grandes poderes religiosos y judiciales, prácticamente incontrarrestables en sus respectivas ciudades. Al institucionalizarse el poder político de la monarquía, el Consejo de Ancianos ve reducidas sus funciones, pero aún ejerce enorme poder. Durante el período del rey hebreo Roboam, el consejo pierde su poder y la imagen del anciano comienza a deteriorarse (Lillo, Op. cit.).

El nivel jurídico desarrollado en el imperio romano demuestra que al anciano se le dedicó mucha atención y se plantearon los problemas de la vejez desde casi todos los aspectos: políticos, sociales, psicológicos, demográficos y médicos. En el plano demográfico y económico sobresale

la Tabla de Ulpiano, que tenía por objeto evaluar la importancia de las rentas vitalicias asignadas por legados según la edad del beneficiario, información que ahora puede usarse para estimar la esperanza de vida de los romanos, con ésta y con datos sobre defunciones y otras fuentes se puede inferir que el peso demográfico de los ancianos era mayor que en el mundo griego. Asimismo, se establece que existía mayor número de ancianos varones que de ancianas, situación inversa a la actual. La causa, con toda seguridad, se debía a las muertes maternas post parto. Casi duplicaban los viudos sobre los sesenta años de edad. Como consecuencia de este perfil demográfico se tienen registros frecuentes de matrimonios de viejos con jovencitas, lo cual fue retomado en expresiones literarias de estas parejas disparejas respecto a la edad. El mundo romano evidencia envejecimiento a partir del siglo II, en particular en Italia. El Derecho Romano al tipificar a la figura jurídica del “*pater familia*” concede a los ancianos tal poder que, en la actualidad, se calificaría como tiránico. En esa sociedad el parentesco se origina y se transmite por vía masculina. El “*pater familia*” concentra todo el poder sin ofrecer cuentas de su proceder. Era vitalicio y su autoridad ilimitada, podía incluso disponer de la vida de un integrante de su familia. Esta autoridad desorbitada del “*pater familia*” produjo consecuencias predecibles durante la República. Un sistema semejante aumenta su dominio a medida que pasan los años, al igual que incrementa el número de componentes de la comunidad familiar. La concentración del poder establece una relación intergeneracional tan asimétrica que genera conflictos y concluye en verdadero odio a los viejos. Al perder el poder familiar y político y luego de haber concentrado la riqueza, la autoridad y la impopularidad, los ancianos cayeron en el desprecio y sufrieron los rigores de la vejez (Trejo, Op. cit.: 112-114).

La cultura china antigua es de gran relevancia para considerable parte de la humanidad. Los chinos de la era del bronce valoraban a sus senectos debido a dos aspectos principalmente: como sujetos de experiencia y como sujetos de sabiduría. Para los filósofos chinos, la experiencia es el proceso de la vida en general donde se debate el sentido o sinsentido del devenir humano, donde la pasión y la razón, el sentimiento y el pensamiento, la sabiduría y la estupidez, son sólo simples momentos de la existencia del hombre, por lo que se considera que la experiencia del anciano determina la sabiduría. Así, para los chinos existía una trilogía inseparable entre los términos viejo-experiencia-sabiduría (García, 2003:51-58). Probablemente debido a esta concepción, en la civilización China, estática y sólidamente jerarquizada, los viejos se encontraban en la cima, lo cual se transmitía hasta el ámbito familiar, donde todos en casa

debían obediencia al hombre más anciano. En el caso de la mujer que durante la mayor parte de su vida era oprimida, al llegar a vieja adquiría estatus más elevado que el de los jóvenes de ambos sexos y tenía gran influencia para la educación de los nietos. Después de los setenta años, los hombres renunciaban a sus cargos oficiales a fin de prepararse para la muerte, pero conservan su autoridad moral aún cuando el gobierno de la casa pasaba a manos del hijo mayor (Polo *et al.*, 2001:17).

Importante período de la llamada Edad Media se caracteriza por las guerras prevalecientes. En este contexto, la fuerza física era atributo muy valorado, por eso la vida del anciano, incapaz de luchar, era poco valorada. Se es joven mientras la fuerza física está conservada y viejo desde que comienza su debilidad. Para el hombre del Medioevo la edad de inicio de la vejez se sitúa alrededor de los cincuenta años, fase de la vida que sucede a la juventud, sin lugar para una edad mediana. Este periodo histórico también es identificado con el predominio ideológico y político de la iglesia católica. Sin embargo, de acuerdo con escritores cristianos, parece ser que la iglesia católica no siente especial interés por los viejos, interesándose sólo su “fealdad”, asociada con males de personas pecadoras. La vejez es tanto mal como castigo divino, contraria al Paraíso que es el lugar de la eterna juventud. Un viejo que goza de buena salud sólo podía explicarse mediante intervención diabólica o por favor divino en un ser virtuoso (Martínez *et al.*, 2002:41). A partir del siglo XI la situación del anciano empieza a cambiar, en parte por el desarrollo económico y en parte debido al crecimiento de las ciudades, contextos donde el comercio y los negocios permiten acumular el capital que proporciona status social y económico en las edades adultas. Asimismo las epidemias del siglo XIV en las que perecieron especialmente niños y jóvenes, produjeron un desequilibrio demográfico a favor de los viejos, en consecuencia, cambia la mentalidad y estructura de la sociedad, en particular sobre la visión de la vejez. En estas circunstancias, los ancianos pasan paulatinamente a jugar papel de vínculo entre generaciones, pues a ellos se consultaba sobre la mayoría de los aspectos cotidianos.

Vejez en el México prehispánico

Las culturas mesoamericanas prehispánicas determinaban que se llegaba a la ancianidad a los 52 años, cuando la vida del individuo había transcurrido a lo largo de todos los años que componían el siglo indígena. Cuando la persona había recibido las influencias de las 52 combinaciones posibles de los trece numerales y los cuatro signos de los años. Las representaciones de ancianos

más tempranas corresponden a Huehuetéotl, el dios viejo de Cuicuilco (800 a.C.). Es ejemplar la conocida imagen de su rostro que ofrece inconfundibles señales de vejez: lo surcan arrugas y carece de dientes. De espalda encorvada, se sienta con las piernas cruzadas. Por lo común, carga un brasero, cuyos diseños se relacionan con el fuego y los cuatro rumbos del universo e identifican a la deidad. En estas obras antiguas existe sutil armonía entre el cuerpo humano y el brasero, aunque el foco de atención visual y significativa recaiga en este último. La imagen esboza la fragilidad de Huehuetéotl, en parte debido al peso de los años, en parte al peso del gran brasero que soporta y, a la vez, denota sabiduría y experiencia acumuladas, dispuestas para ayudar a los demás (De la Fuente, 2003).

En el México prehispánico, los ancianos gozaban de veneración. Su presencia se asoció al tiempo, concepto que podríamos considerar como la primera categoría filosófico-antropológica de la cosmovisión azteca (García, 2003:58). En este mundo, el universo fue creado por Ometéotl, quien personifica la primera edad. Este dios forjó a otros cuatro: Tezcatlipoca, Quetzalcóatl, Camaxtle y Huitzilopochtli, quienes representan la segunda edad. La tercera edad se simboliza por Huehuetéotl (dios viejo), primigenio terrenal, guardián del fuego sagrado, símbolo de sabiduría, omnipresencia y perduración, como se señala en el Códice Florentino (León-Portilla, 1984):

Madre de los dioses, padre de los dioses: Huehuetéotl, el dios anciano, el que está en el ombligo de la tierra, en su recinto de turquesas, en las aguas color de pájaro azul, el que está circundado de nubes, el dios viejo, en donde no hay muerte, el señor del fuego y del tiempo.

En la vida cotidiana al anciano se le catalogaba como *yoltéotl*, esto es como el artista, el inventor o el hombre sabio, el primer morador de la tierra y, por tanto, conocedor de sus misterios y designios. Cada barrio o calpulli de la capital tenía su jefe electo por los habitantes, con la conformidad del soberano, el cual era asistido por un consejo de ancianos, los huehuetoque, probablemente los más viejos y notables entre los jefes de familia (Soustelle, 1983:55).

Cuando nacía un niño, las ancianas de la familia, que gozaban de gran respeto, le daban las gracias a la partera en solemne ceremonia. Los preceptos de los ancianos o huehuetlatolli, forman verdadero género literario, el cual fue conservado en náhuatl por el padre Olmos. En él se

enumeran las normas de conducta de los mexicanos distinguidos y se resalta la veneración a los ancianos. Así la huehuéyotl, senectud o vejez, estaba integrada por los huehuetzin, ancianos reverenciados, e ilamatzin, ancianas reverenciadas. Incluso una “atadura de años” o xiuholmopilli, de 52 años, iniciaba un nuevo ciclo que daba paso a la tercera edad para completar el “cumplimiento de la vejez” o periodo de 104 años. Así, en el Códice Matritense (León-Portilla, 1983:88) al referirse a los ancianos se dice:

El anciano
El reverenciado anciano: hombre anciano, de cabello blanco, cabeza blanca, recio, hombre de edad, de mucho tiempo, experimentado, que se ha esforzado. El buen anciano, afamado, honrado, que aconseja a la gente, dueño de la palabra, maestro. Refiere, manifiesta, lo que aconteció en la antigüedad. Pone ante los otros ancho espejo, por ambos lados perforado, yergue sobre ellos gruesa tea que no ahuma...

Acerca de la anciana el mismo código señala:

La anciana
La reverenciada anciana: noble anciana, corazón de la casa, rescoldo del hogar, custodia del mismo. La buena, reverenciada anciana, que aconseja a la gente, la amonesta, luz, antorcha, espejo, turquesa, dechado.

En los anales mayas, como el Popol Vuh y los libros del Chilam Balam, también se refleja el respeto por los ancianos. Según estos textos “los rostros del anciano expresan las edades propias de cada periodo histórico. El anciano fue aquel brujo capaz de transformarse o hacer uso de las máscaras de guacamaya, mono o jaguar y, además, de recordar el pasado, memoria histórica, y anunciar el futuro, capacidad profética, porque sus memorias y sus palabras eran lo único que mantenía fuerte y virtuoso (*K'inam puksík'al*) el orden de la moralidad y las costumbres.” (García, 2003:71-72).

Vejez en sociedades no occidentales, vejez en población indígena mexicana

Las sociedades no occidentales que algunos autores, basados en el evolucionismo social, denominan “sociedades primitivas” son en realidad sociedades que han tenido poco o nulo contacto con las occidentales, pero que muchas de ellas han desarrollado aspectos culturales igual o más importantes que las sociedades cuyo origen cultural se denomina occidental.

En las sociedades no occidentales la condición social de la vejez es muy diversa. En efecto, se encuentran casos donde los viejos se eliminan⁵ y otros, la mayoría de acuerdo con documentos antropológicos, donde los viejos ostentan cierto poder de decisión, forman consejos de ancianos o, a veces, su autoridad familiar es tal que el padre, para castigar a sus hijos, ha de pedir permiso al abuelo.

En sociedades agrícolas-ganaderas donde la subsistencia está más o menos garantizada los ancianos juegan un rol de ayuda de la supervivencia del grupo ya sea porque trabajan en la medida de sus fuerzas o, bien porque suelen ser los dueños de tierras y animales, aspectos que permiten cierto estatus del anciano en este tipo de sociedad, cuya organización social y política, a menudo, gira en torno a las personas de mayor edad y el consejo de ancianos emerge como respetada institución. En casi todos estos pueblos, curanderos, brujos y sacerdotes son viejos, ayudados por jóvenes que sólo al llegar a la vejez gozarán del prestigio necesario para comunicar los poderes mágicos.

A pesar de este respeto alcanzado por los viejos también se ha documentado cierto desprecio a la vejez: mientras los ancianos puedan aconsejar y ordenar, se les obedece y consulta, pero en cuanto sus facultades decrecen, se les desdeña y trata con dureza; muchos de estos pueblos viven en situación precaria y es común que la comida se racione, acción que corresponde a los padres en la familia, entonces, cuando los padres llegan a la vejez, sus hijos les dan a comer sólo sobras (Alba, 1992:110-120).

Estas sociedades viven rodeadas por otros pueblos culturalmente diferentes, en tiempos modernos más englobados mundialmente y forman parte de Estados gobernados con leyes

⁵ Probablemente la costumbre de la eliminación de viejos de algunas sociedades tuvo su origen como una estrategia de supervivencia grupal; en las sociedades nómadas, especialmente cazadoras-recolectoras la situación de los más débiles estaba condicionada por los recursos de alimentos disponibles, por lo cual cuando la vejez vuelve improductivo a un individuo, éste representa una carga para el grupo. Si las condiciones de supervivencia son precarias, no son suficientes los conocimientos ni el prestigio de los ancianos, y no es extraño el geronticidio activo o pasivo. Hay ejemplos de estas prácticas (Beavouir, 1970:48-103), en ocasiones la muerte del anciano está rodeada de una ceremonia donde está presente toda la comunidad y en otros casos simplemente se les abandona o es el propio anciano quien lo hace voluntariamente.

alejadas de sus tradiciones y costumbres culturales. Es probable que el tratamiento de la vejez en estas sociedades sea diferente a lo acordado por las elites dominantes e incluso existan contradicciones en la manera en que se concibe la vejez por la población indígena respecto a la concepción del resto de la sociedad.

Varias comunidades indígenas mexicanas contemporáneas preservan rasgos culturales que permiten catalogarlas como no occidentales. La población mexicana está compuesta por varios grupos étnicos. Los indígenas mexicanos fueron frecuentemente estudiados desde principios del siglo XX, gran cantidad de antropólogos, sociólogos, especialistas en el área de salud y demás disciplinas invadieron el campo mexicano en busca de las raíces perdidas durante la Conquista y la Colonia. Sus estudios ofrecen diversa gama de conocimientos acerca de sus formas de vida y sus culturas. Incluso, a mitad del siglo, el Estado mexicano crea dos instituciones para elaborar estudios especializados en este grupo de la población: el Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) y el Instituto Nacional Indigenista (INI). Aunque, desde mediados de la década de 1960, las dinámicas de la población urbana (movimientos obreros, de colonos, de bandas juveniles, etc.) los desplazan como centro de interés, varios grupos de investigadores continúan empeñados en documentar ya no sólo sus formas de vida, sino particularmente los cambios y adaptaciones que han llevado a cabo los indígenas en un mundo globalizado que pareciera no darles espacio ni vida, sobre todo a partir de la expresión del movimiento zapatista en 1994.

Lo que se entiende por "viejo" en las comunidades tradicionales o indígenas mexicanas contemporáneas está circunscrito a percepciones culturales, donde la categoría de edad es importante pero no determinante, sino flexible en caso de requerirse. Algunas experiencias de investigación en comunidades indígenas mexicanas, plasmadas en la excelente investigación de Laureano Reyes sobre envejecimiento de la población de habla zoque de Chiapas (Reyes, 2002), permiten inferir que "viejo" es la persona que, por su edad avanzada, es reconocida como *abuelito* o *abuelita*; generalmente con descendencia de nietos, bisnietos o tataranietos, que podría contar con una red social de parentesco muy amplia, tanto ritual como consanguínea (yernos, nueras, ahijados, sobrinos, primos, compadres, hermanos, etcétera). El término de *abuelito(a)* es más bien utilizado como designación reverencial "de respeto", y no tanto por su asignación de parentesco consanguíneo. Es decir, no todas las personas mayores de edad, aún

con nietos(as), pasan a la categoría de "abuelitos", sino sólo aquéllas que la comunidad les reconoce atributos sociales, entre otros, su edad *muy* avanzada (Op.cit, 2002:34).

En comunidades indígenas, tanto contemporáneas como de la antigüedad, el rol asignado a los ancianos varones ha sido protagónico, pues a menudo se les atribuyen papeles gerontocráticos⁶; en cambio, la mujer anciana prácticamente es ignorada en sus funciones sociales. El hombre viejo es percibido e idealizado, de manera homogénea, como controlador del poder popular a través de instituciones políticas como el Consejo de Ancianos; como conocedor de tradiciones orales y de rituales comunitarios; como rector de los medios de producción, consejero, ciudadano principal, o conductor del devenir social a través de su conocimiento y experiencia; además, como shamán, conoce los secretos de la magia y la hechicería, lo cual, potencialmente, lo convierte en ser dañino o sanador, según las circunstancias.

En contraste, la mujer vieja prácticamente pasa inadvertida en los estudios etnográficos, pues el poder en la familia se atribuye casi exclusivamente al hombre. La abuela entonces se contempla como figura materna pasiva, otras veces como consejera. En los pueblos donde aún conservan tradición artesanal, como la alfarería, la tarea tanto en ritos de iniciación como de enseñanza es confiada a las mujeres de mayor edad, es decir a las viejas. En el ramo terapéutico, sólo algunas mujeres de edad avanzada practican el oficio de curanderas, sobre todo en la atención del embarazo y el parto.

En un trabajo etnográfico sobre los tzeltales de Ochuc, Chiapas, de la década de 1940, Lombardo, rompe el tabú que idealiza el papel de la anciana en la cultura indígena:

[...] en la casi totalidad de los casos, la mujer no posee nada. Esto trae como consecuencia social, que la mujer, en muchas ocasiones, se convierta en un ser sin casa fija, teniendo que trabajar con alguna familia, para que le den en pago un poco de pozol para comer y un rinconcito en la humilde choza para pasar la noche y protegerse un poco del intenso frío que hay en la montaña. Estas mujeres desheredadas, ya por haber quedado viudas y sin hijos varones o por ser estériles, tienen, además de sufrir las humillaciones que hemos indicado, que vestirse con harapos que les regalan, pues nunca pueden comprar un vestido nuevo por carecer de dinero. La vida de la mujer en la vejez está todavía más llena de sufrimientos, pues vive única y exclusivamente de la compasión de los miembros de la comunidad, debido a que por su edad ya no puede desempeñar casi ningún trabajo con el cual pagar su alimento y el rincón de una choza donde dormir (Lombardo 1944: 57-58).

Un ejemplo más reciente respecto al papel que juega el viejo en estas sociedades lo brinda Oscar Lewis (1963: 411-417), quien dedica un apartado al estudio de la vejez, la

⁶ Por gerontocracia debe entenderse la situación en que si existe una autoridad en una agrupación, ésta se ejerce por los más viejos, en cuanto a que son los mejores conocedores de la tradición.

enfermedad y la muerte en Tepoztlán, Morelos. Los criterios que determinan la vejez son atribuidos más bien a características físicas; así, una persona es reconocida como “vieja” cuando ya no es capaz de trabajar y rendir como antes lo hacía, sea porque físicamente se encuentra débil o, además de haberse arrugado y encanecido, se ha encorvado por efectos de la edad. La vejez hace merecedor del respeto y consideración de los demás; el viejo goza de algunos "derechos" pues, dadas las enfermedades, generalmente crónicas, asociadas a la vejez, le son permitidas algunas libertades de habla y comportamiento en sociedad, como emborracharse, insultar, usar términos sexuales, reír, llorar e incluso orinar en la vía pública sin censura, a diferencia de los jóvenes en quienes podría ser bochornoso.

Otra experiencia relatada por McAleavey (1982: 103-126), refiere el rol del anciano en Santo Tomás Mazaltepec, comunidad indígena zapoteca del valle de Oaxaca. El autor señala que el anciano (considerado, entre otros atributos, de 65 y más años) es visto como el jefe de familia, y ejerce rol de autoridad y tiene poder sobre los jóvenes de su parentela, quienes le deben respeto y obediencia. Por otro lado, cambios recientes en la comunidad, entre otros, aquéllos que la conducen a adquirir carácter bilingüe o, más grave, monolingüe en lengua castellana, fracturan la transmisión oral, en lengua materna, del conocimiento acumulado por la experiencia, desplazan al viejo de su inveterado rol e inhiben tradiciones seculares.

Jay y Joan Sokolovsky (1982: 111-146) hicieron un estudio de los acelerados cambios de modernización y cómo éstos afectan al rol que juega el anciano en la familia. El estudio se llevó a cabo en la comunidad indígena nahua de San Gregorio Amatango, en la parte serrana de Texcoco. Los autores señalan que en esta localidad, en los últimos 20 años, se experimentaba rasgos modernizadores como electrificación, caminos, acceso a trabajos urbanos, escuelas de nivel primaria y secundaria, tecnología agrícola moderna, señal de televisión, introducción de agua potable y construcción de una clínica de salud, entre otros. Los efectos traídos por la "modernización" del pueblo no se hicieron esperar. Aunque el viejo (considerado de 65 y más años) era respetado por los familiares, la familia extensa dio paso gradualmente a la nuclear con preferencias matrimoniales exógamas, y muchos viejos llegaron a vivir solos. El prestigio que se conquistaba a edades avanzadas, como ejercer cargos civiles y religiosos, pasó a ser ocupado por personas de edades medias. Desaparecieron algunas danzas "tradicionales", sustituidas por modelos urbanos. Pero quizá el más importante cambio cultural experimentado fue la reducción

de los roles políticos de los viejos, a grado tal, que se hizo posible burlarse de ellos en forma pública.

Con respecto a la mujer de edad avanzada, sus tareas se circunscribieron a los quehaceres domésticos, como la preparación de alimentos, el cuidado de la granja familiar y de los nietos, con pérdida del espacio de consejera familiar. Mantuvo la libertad de ingerir alcohol con algunos hombres viejos, en actos sociales públicos.

Otra experiencia, en los estudios sobre el poder del anciano en la sociedad indígena, la ofrece Neiburg (1988:127), quien en 1988 estudió la identidad y el conflicto de los mazatecos del norte del estado de Oaxaca, y cómo intervino el Consejo de Ancianos en la vida política del grupo indígena en cuestión. En síntesis, dice que "en la sierra mazateca aún subsiste este ámbito de organización política que se forma a partir de la reunión de un grupo de 100 varones, "personas caracterizadas"⁷ llamado Consejo de Ancianos o *Chuta Chinga*. Cada "persona caracterizada" se encuentra relacionada a través de alianzas matrimoniales y de compadrazgo con más de cuatrocientos individuos, que se caracterizan por tener más de una mujer y por lo general son "cabezas de linaje.

En su estudio sobre los zoques, Reyes (2002:47) encuentra que el papel del viejo es cambiante según la adscripción religiosa en la que se desenvuelva, pero es importante la visión que los jóvenes y adultos, tanto católicos como protestantes, tengan del viejo, ya que a fin de cuentas imponen el criterio de los jóvenes toda vez que descalifican las ideas "atrasadas" de los viejos. En otras palabras, la supuesta "autoridad" que tiene el viejo sobre la familia desaparece rápidamente, y es conquistada por jóvenes y adultos de edades medias.

Vejez y edad

Los dos conceptos, vejez y envejecimiento, tienden a ser asociados siempre a la edad. Pero la edad tampoco es fácil de conceptualizar. El término edad, tiene al menos tres sentidos diferentes⁸ (Huenchuán, 1999:2): edad cronológica, edad social y edad fisiológica. La *edad cronológica* se refiere a la edad en años, la cual, socialmente, sirve para marcar obligaciones y derechos, por

⁷ Por "personas caracterizadas" se entiende a individuos que por su edad "han pasado por todos los cargos públicos - regidores, síndicos, tesoreros, agente municipal o presidente municipal. Desde el momento en que un individuo termina su cargo como presidente municipal, síndico o agente municipal es conocido como *chuta chinga* o persona caracterizada y pasa a formar parte del Consejo de Ancianos" (Neiburg 1988:128).

⁸ Además de éstas se puede considerar la edad esquelética del individuo mediante radiografías, la cual tiene por objetivo medir su grado de maduración.

ejemplo, la edad de votar, la edad a la cual se realiza el servicio militar, la edad de jubilación (Ginn y Arber, 1996:23). La noción de edad cronológica asociada a los diferentes estadios del ciclo vital ha variado en el tiempo, por lo que no es trivial elegir aquella que con mayor propiedad marca el umbral del envejecimiento. Esta dificultad se acrecienta porque dichas variaciones difieren también entre los individuos y los grupos sociales a los que pertenecen. De hecho, como se ha mencionado líneas atrás, todas las legislaciones sobre el tema fijan una edad oficial en la cual se inicia la jubilación, y es la que se reconoce socialmente como principio de la vejez. La edad cronológica, habitualmente, se usa para definir vejez, según convención adoptada por Naciones Unidas, a los 60 años, aunque varía, pues en otros países se declara el inicio de esta etapa a los 65 años.

Sin embargo, el aumento de la esperanza de vida vuelve cada vez más compleja a esta última etapa. Tanto los umbrales de la vejez como los umbrales de la discapacidad, por razón de la edad, también se ven trastocados; ni la jubilación, ni los 60 ó 65 años parecen ser adecuados para definir ese umbral o para marcar la frontera entre el final de la adultez y el comienzo de la vejez. En la sociedad actual, la edad cronológica es insuficiente para marcar este límite, las personas cuando se jubilan y/o llegan a los 60 ó 65 años tienen entre 12 y 18 años más de esperanza de vida, lo cual reconfigura su vida cotidiana y sus tiempos.

Desde el punto de vista social, la edad, similar a lo que ocurre con el género, es una construcción social y se refiere a las actitudes y conductas adecuadas, a las percepciones subjetivas y a la edad atribuida por los demás sujetos del grupo social a una persona (Ginn y Arber, 1996:24). Por ejemplo, la idea de que la capacidad de aprendizaje disminuye con la edad, la edad de tener novio o novia, la edad de trabajar, la edad de dejar la casa paterna, la edad de casarse, etc. Estos ejemplos ilustran que la *edad social* se relaciona con transiciones, producto del ciclo vital, a partir de las cuales la sociedad imprime determinados roles o estatus a los individuos.

El patrón que las sociedades establecen respecto de la edad es asimilado de forma más o menos conciente por la mayoría de las personas, aunque actualmente las decisiones de la vida de las personas están influenciadas por diversos aspectos, cambiantes según el grupo social.

Los individuos no sólo son concientes de los relojes sociales, también son concientes de su “puntualidad” y a menudo es común escuchar frases “ya se quedó para vestir santos” (refiriéndose a mujeres que no se han casado a determinada edad), “a tu edad yo ya tenía tantos

hijos”, “tan grande y sigue estudiando”, “a su edad ya debería estar trabajando”, “es demasiado viejo para llevar ese tipo de ropa”. Aunque no es generalizable, es común que individuos busquen casarse, tener un hijo o cambiar de trabajo cuando creen haber alcanzado cierta edad, así como también se escuchan frases por no haber realizado algunos eventos a la “edad adecuada”, tales como, “me casé muy joven” o “empecé a estudiar de mayor porque no había recursos económicos”.

Las normas sociales sobre la edad son implícitas o explícitas y la sociedad impone sanciones morales o jurídicas para quien no las cumplen, por ejemplo, una mujer de edad mediana que usa ropa de adolescente es severamente criticada por sus contemporáneas y probablemente reprendida por su pareja. Eliminar la prohibición para poder ingerir bebidas alcohólicas públicamente, según la edad, difiere en las legislaciones de los países, en Estados Unidos es de antes de los 21 años mientras que en México antes de los 18 años, por mencionar dos ejemplos.

La vejez es concepto asociado más a la edad social que a la edad cronológica, por lo general, se vincula con la etapa de la vida donde las facultades y potencialidades físicas y mentales sufren importante descenso que impide ejecutar actividades que sí podían realizarse durante la juventud y la adultez. Para quienes desarrollaban actividades laborales en el mercado de trabajo, la jubilación está relacionada con esta etapa de decaimiento de las fuerzas físicas y del deterioro paulatino de la salud, y se fija legalmente en cada país. Es común asociar esta etapa del ciclo vital con deterioros en las capacidades físicas y mentales, menoscabo de papeles familiares y sociales, retiro de la actividad y del trabajo y mala condición de salud (Ham, 2003:63). Esta caracterización negativa, quizás no tan acertada, en las sociedades modernas queda enmarcada por los factores económicos productivos y reproductivos. En sentido contrario, existe otro discurso que reivindica a las personas de edad mayor, bajo argumentos que destacan su experiencia, el saber acumulado, el potencial social y cultural de estos individuos.

En nuestros tiempos, con tanta información disponible y desarrollo tecnológico, parece que van ganando las actitudes de exclusión, rechazo y pérdida de valoración social hacia los viejos donde la ancianidad está relacionada socialmente con el “dejar de ser” muchas cosas en muchos sentidos: útil, activo, productivo, necesario, fuerte, saludable, etc. En este contexto existen percepciones que a menudo no son más que mitos en torno a las personas de edad mayor como que “están todos enfermos y achacosos” “no son creativas y no tienen capacidad para

aprender”, “no tienen vida sexual”, “son tercos, cascarrabias, impacientes y solitarios”, “son depresivos, sedentarios y muy apegados a sus rutinas diarias”, “son dependientes de los demás”. Estas visiones extendidas en la sociedad se constituyen en mitos y prejuicios que condicionan las percepciones y prácticas cotidianas hacia las personas de mayor edad.

La *edad fisiológica* o física se sustenta sobre cambios físicos y biológicos de los individuos. El crecimiento humano es acelerado proceso de modificaciones fisicoquímicas, que si bien se relacionan con la edad cronológica, es heterogéneo en cada grupo social y por género por mencionar sólo dos diferencias. De manera similar a la edad social, la fisiológica marca transiciones en los ciclos de vida y es aún más evidente en el caso de la menarquia y la menopausia de las mujeres, aspectos relacionados con la capacidad de reproducción biológica.

La mayoría de los seres humanos sienten disminuir poco a poco sus fuerzas entre los 30 y 35 años, pero es difícil percatarse de esta situación en tanto no afecta la realización de sus actividades cotidianas, sin embargo en el caso de personas cuya condición física es importante, los atletas es el más claro ejemplo, pueden percibir su envejecimiento fisiológico ya que sus capacidades se ven disminuidas rápidamente, situación que induce “jubilación” o retiro de sus actividades a esa temprana edad; es muy extraño, por ejemplo, encontrar futbolistas en cualquier parte del mundo que jueguen, profesionalmente, con más de 40 años.

El envejecimiento de los seres humanos a menudo se relaciona con pérdidas de capacidades funcionales y con la reducción gradual de la densidad ósea, del tono muscular o de la fuerza (Ginn y Arber, 1996:30). Además, se pueden destacar modificaciones en las capacidades sensoriales: alteraciones en la visión, la audición y el tacto, las cuales suponen dificultades en la percepción del mundo, de sí mismos y de los demás, con los efectos consiguientes del comportamiento y para interpretar la realidad. En cuanto a los cambios motrices, el aumento de la fatiga, problemas como la artrosis y la lentitud motriz, suponen una disminución de la autonomía funcional. Con relación a funciones cerebrales, memoria y aprendizaje, se encuentran determinadas por alteraciones en las células del encéfalo (Aranibar, 2001:19).

Otro concepto asociado con la edad fisiológica es la senilidad. Seniles son aquellos sujetos que sufren cierto nivel de deterioro físico y/o mental que les impide desarrollar con normalidad, es decir sin dependencia de otros, su vida social e íntima (Fericgla, 1992:27). Otros conceptos que se podrían asociar a la edad fisiológica son los viejos-viejos (Neugarten,

1999:209) o de la cuarta edad que corresponde a personas débiles, enfermizas con varias discapacidades y/o disfuncionalidades (Solís, 1999:47).

Enfoques sobre envejecimiento

Especialistas de diferentes disciplinas que van desde biología humana, enfermería, medicina, psicología, sociología, economía y filosofía han tratado de explicar desde sus teorías y ópticas el proceso de envejecimiento. Aunque las hipótesis o teorías han sido más, en el siguiente esquema se presentan algunos enfoques de tres áreas del conocimiento.

Enfoques teóricos para abordar el estudio del envejecimiento

Enfoque	Teorías
Biológico	Teoría del envejecimiento programado Teoría del desgaste natural Teoría del estrés
Psicosocial	Teoría de la desvinculación Teoría de la actividad Teoría de la continuidad
Social	Teoría funcionalista Teoría de la modernización Teoría de la dependencia estructurada

Fuente: Adaptado de Huenchuán (1999)

Desde la biología se trata de explicar el envejecimiento apoyándose en mecanismos fisiológicos. La teoría del *envejecimiento programado*, postula que el proceso de envejecimiento esta genéticamente programado, existiría un gen del envejecimiento, cuya expresión en un momento determinado de la vida del individuo provocaría la aparición de los cambios moleculares, celulares y de sistemas que se observan en el envejecimiento, aspecto que se fortalece en las modernas teorías moleculares: el envejecimiento es consecuencia predeterminada de sucesos escritos previamente en el genoma celular. No se trataría de un hecho al azar, ni de un error, envejecer sería expresión ordenada y programada de nuestro mapa genético y el periodo de vida de todas las especies se divide en tres grandes etapas: la del desarrollo, la reproductiva y la de senescencia. Al parecer el inicio, duración y final de cada periodo estaría regulado por genes que serían activados secuencialmente y reprimidos posteriormente (Hayflick, 1999:303-305).

La teoría del *desgaste natural*, explicaría el proceso desde el punto de vista del deterioro de los sistemas por su utilización a lo largo del tiempo. Existen sistemas que afectan a todas las células corporales y cuya disminución funcional causa modificaciones generales en el organismo, como el sistema cardiovascular, el sistema endocrino o el sistema nervioso. La

pérdida de mecanismos de adaptación celular, o bien la pérdida de células irremplazables, serían los agentes causales del deterioro (Castanedo et al., 2000:8).

La teoría del *estrés*, para la cual las pérdidas en la capacidad de respuesta del organismo serían resultado de la tensión a la que nos vemos sometidos durante la existencia. Los proponentes de la teoría del envejecimiento programado argumentan que cada especie tiene sus propios patrones de envejecimiento y su propia expectativa de vida, este patrón es determinado e innato, mientras que los que se adhieren a la teoría del desgaste natural comparan el cuerpo con una máquina cuyas partes finalmente se gastan debido al mucho uso.

La diferencia entre estas teorías tiene consecuencias prácticas. Si la gente está programada para envejecer de determinada manera, puede hacerse poco para retardar el proceso; pero si envejece debido al desgaste del cuerpo, se puede prevenir el estrés fisiológico y aumentar su esperanza de vida.

El enfoque psicosocial del envejecimiento tiene como unidad de análisis el conjunto de individuos que envejecen y la forma cómo ellos encaran el proceso de envejecer. Envejecer se conceptualiza, desde esta perspectiva, como un proceso individual de adaptación a los cambios que ocurren de manera simultánea en el propio organismo y en el entorno social. El énfasis analítico se pone en cómo los individuos enfrentan y responden a las condiciones sociales y personales que les toca vivir, cómo solucionan los problemas que tienen, cómo aceptan y asumen las pérdidas inevitables, de modo de poder seguir sintiéndose satisfechos e interesados en su existencia (Huenchuán, Op. cit.:5). Este enfoque, muy común entre los gerontólogos, es criticado porque subraya generalizaciones a partir de ciertas características, que se suponen, son propias de todos los individuos que pasan por determinados estadios de su ciclo vital y que, al no tomar en debida cuenta las dimensiones sociales del envejecimiento, desarrolla una perspectiva que piensa que los ancianos constituyen un grupo homogéneo, con necesidades, habilidades y comportamientos comunes.

En este contexto, la *teoría de la desvinculación*, plantea que el envejecimiento está acompañado del alejamiento mutuo entre sociedad e individuo. La persona vieja reduce poco a poco, voluntariamente sus actividades y compromisos con la sociedad, mientras que la sociedad estimula la segregación generacional, al presionar, entre otras cosas, a que la gente mayor se retire. Este planteamiento que en teoría parece presentar ventajas ha sido cuestionado ya que no contempla las condiciones socioeconómicas y variedades de estilo individual de vida de las

personas de edad avanzada. No existe consenso sobre la cuestión de si la desvinculación es beneficiosa o no para el individuo, ya que por una parte se considera que las personas de edad inician por sí mismas el proceso de desvinculación y por otra parte se argumenta que la sociedad gradualmente obliga a los ancianos a retirarse de la vida activa. Es evidente que en el caso de México esta teoría no puede ser aplicada en tanto la mayoría de la población de edad mayor carece de un apoyo social o económico de parte de la sociedad, por lo que deben mantenerse en actividad prácticamente hasta su muerte.

En contraste la *teoría de la actividad*, plantea que cuanto más activa se mantengan las personas de edad mayor, podrán envejecer de manera más satisfactoria y gratificante para su vida adulta debido a que fomenta su autoestima, seguridad e independencia, así como un estado de salud saludable. Originalmente, la teoría de la actividad fue elaborada como complemento de la teoría de la desvinculación, pero planteando nuevos roles para los individuos de edad avanzada, lo que implicaría que la sociedad reconociera el valor de la edad y atribuir a los ancianos estos nuevos roles acompañados por reconocimientos sociales y económicos. No obstante, conviene recordar, tal como lo señalan Ginn y Arber (1995:26), que un escenario color de rosa de los ancianos y las ancianas dedicadas al desarrollo personal, la autonomía, el consumo y estilos de vida juveniles constituye una opción fuera del alcance de quienes disponen de pocos ingresos o padecen de mala salud.

La *teoría de la continuidad*, a diferencia de las dos anteriores propone que no hay ruptura radical ni transición brusca debido a la edad, sino que se trata tan sólo de cambios menores u ocasionales que surgen de las dificultades de la adaptación a la vejez, por el contrario, se mantendría una continuidad y estabilidad. La teoría de la continuidad se basa en dos postulados básicos: a) El paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado; la personalidad así como el sistema de valores permanecen intactos y b) Al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida.

Desde el punto de vista social, algunas de las teorías que se han planteado son: la teoría funcionalista, economía política del envejecimiento y teoría de la dependencia estructurada. La *teoría funcionalista* del envejecimiento tuvo predominio en los años 60 y 70, y consideraba a la vejez como una forma de ruptura social, y en términos de la teoría del rol, como pérdida progresiva de funciones; una vez perdidas sus funciones en la sociedad, y cuando las

interacciones con el resto de personas empiezan a disminuir, el provecho del conjunto social exige que los puestos ocupados por los viejos sean liberados a favor de las personas más jóvenes. Se naturaliza así el papel que supuestamente asigna (o sustrae) la sociedad al individuo anciano, con lo que todos los problemas sociales derivados de la edad avanzada quedan explicados por la negativa a aceptar la pérdida del lugar ocupado en edades anteriores (Pérez, 1994:11).

En la *teoría de la modernización*, se destaca la situación actual del viejo caracterizada por ser relegado socialmente de manera considerable, siendo que en las sociedades tradicionales el viejo gozaba de un estatus elevado y era reconocido por su experiencia y sabiduría. Actualmente, en la sociedad moderna, las innovaciones tecnológicas, el desarrollo industrial y los nuevos valores educativos y sociales paulatinamente despojan al viejo de su estatus anterior. Los progresos en el campo de la prevención y la salud han aumentado la esperanza de vida de la población lo que ha repercutido en el mayor incremento de adultos mayores y por consecuencia, de sus necesidades sociales y de salud. Lo anterior se traduce en una mayor carga social y un deterioro en sus condiciones de vida. Desde el punto de vista económico la teoría de la modernización destaca la descalificación de los viejos en el ámbito laboral debido a las nuevas exigencias que generan mayor competitividad y mejor formación en las tecnologías de vanguardia. Dentro de un contexto evolutivo las personas mayores se vuelven obsoletas lo que genera las luchas intergeneracionales por los empleos al mismo tiempo que acelera el tiempo para la jubilación con las consecuencias correspondientes de mayor pobreza y marginación.

La teoría de la *dependencia estructurada* intenta llamar la atención sobre el sistema social en general en vez de dirigirla a las características de los individuos. La postura de la dependencia estructurada ilumina cuestiones importantes, en especial las reglas y recursos que influyen y limitan la vida cotidiana de las personas ancianas, a la vez que funciona como correctivo del individualismo de anteriores teorías del envejecimiento (Bury, 1995:39). Sin embargo, tal como señala McMullin (1995:58) estas teorías del envejecimiento no cuestionan los supuestos que subyacen en las teorías de la corriente dominante, examinando la vida de las personas en el contexto de los marcos sociológicos establecidos, y que el ideal respecto al que se juzga a las personas ancianas es la vida productiva y reproductiva de las personas jóvenes, lo que resulta del todo insuficiente para entender la vida de las personas mayores.

Envejecimiento demográfico

En los apartados anteriores se han planteado algunas visiones sobre la vejez y el envejecimiento humano individual. La mayoría de las visiones occidentales relacionan el envejecimiento como un proceso que conduce a una etapa del ciclo vital, la vejez, asociada con decrepitud y enfermedad aspectos que en sociedades industrializadas son considerados enemigos a los que se busca combatir por medio de investigación médica. Después de la vejez viene la muerte que ha dejado de ser algo natural para las sociedades individualistas; la postura de negación ante la muerte genera los temores al proceso de envejecimiento y a la vejez (Martínez, et al., 2008:12).

Estos temores o miedos individuales se han trasladado a diferentes sectores sociales, políticos y académicos que se muestran preocupados por el aumento sostenido en muchos países de los porcentajes de personas de edad mayor, proceso que se ha denominado *envejecimiento demográfico*. El uso de esta denominación para el proceso de cambio en la estructura por edad de la población traslada los prejuicios y temores a la vejez individual a la “vejez colectiva”. En una primera instancia los temores al envejecimiento demográfico tienen que ver con la vejez individual: como en los individuos la vejez está asociada a deterioros de la salud, dependencia económica y social, el envejecimiento poblacional acarrea “problemas” económicos, sociales y de salud a la sociedad. En el fondo, la lógica parecería indicar, que si en los individuos el proceso de envejecimiento conduce a la etapa de vejez, que a su vez precede a la muerte, entonces el envejecimiento demográfico de una sociedad llevará a una “vejez colectiva” que antecedería a la desaparición misma de las sociedades y por ende del humano.

Debido a estos temores y a que el envejecimiento demográfico es explicado como consecuencia de la transición demográfica, se ha prestado gran atención al descenso de la fecundidad o el aumento de la esperanza de vida, pero se ha perdido de vista la transformación que están viviendo las sociedades debido a una democratización de la supervivencia mínima necesaria para completar la fase adulta de la vida (Pérez, 2002:4). Es decir, se ha denominado envejecimiento demográfico a un proceso que refleja una mayor proporción de personas de edad avanzada, mayores de 60 o 65 han sido los referentes, pero que en realidad es una “madurez de masas” (Pérez, Op. cit.:82) ya que la edad mediana en 2005 de algunas poblaciones “envejecidas” como Japón, Francia, España y Estados Unidos era de 42.9, 38.8, 38.9 y 36.0 años respectivamente, en tanto en México esta cifra es de 25.6 años (Naciones Unidas, 2007). De acuerdo a las proyecciones para el año 2050 las edades medianas de los países pasarán a 54.9,

49.5, 44.7, 41.1 y 43.1 para los países mencionados en el orden respectivo. Por tanto llamar envejecimiento al proceso de cambio de la estructura de edades de las poblaciones resulta poco afortunada y lo único que provocan son confusiones, malentendidos, preocupaciones y alarmas debido a la analogía de que las poblaciones envejecidas estarán aquejadas de los mismos males que los organismos vivos cuando envejecen siendo un antecedente de su desaparición⁹.

Los principales temores sobre el “envejecimiento” de la población tienen que ver con aspectos económicos ligados a la seguridad social: las pensiones por jubilación y la atención a la salud de efectivos de la población que incrementan cada vez más los años en vejez, debido al aumento de la probabilidad de supervivencia, es decir en un “estado físico deteriorado y de dependencia”. El término dependencia ha sido trasladado por demógrafos y economistas para presentar datos alarmistas del “envejecimiento demográfico” a partir del llamado “Índice de Dependencia senil o de la vejez”¹⁰, el cual supuestamente mide la proporción de población mayor que ha dejado de laborar respecto a la que se encuentra en edad productiva. La idea detrás de las proyecciones de población, que prevén un aumento en la proporción de viejos, con base en este índice es sencilla: los viejos son dependientes de los jóvenes y adultos, tanto desde el punto de vista social como familiar, en lo económico, por haber dejado de ser productivos e incluso físicamente por haber perdido la funcionalidad física y mental necesaria para desenvolverse en la vida cotidiana. El cuestionamiento principal a este índice es precisamente el supuesto de que los viejos son dependientes ya que, aceptando esta premisa, los cálculos indican que en efecto habrá un aumento progresivo de este valor, sin embargo es rebatible considerar que la población de edad mayor es dependiente de la más joven.

En los apartados anteriores hemos visto que la edad es una construcción social, por lo tanto las fronteras de edad son convencionales no se construyen a partir de un mayor o menor grado de independencia de las personas clasificadas por ellas. Utilizar el término dependencia es desafortunado ya que el origen de la palabra evoca

“...las carencias e insuficiencias de la propia condición humana. Porque somos seres psicobiológicos y, sobre todo, porque somos entes sociales somos dependientes (etimológicamente el término proviene del latín *pendere* -pender de algo-) y esa circunstancia nos acompaña en nuestro devenir desde la cuna a la tumba. Podría decirse

⁹ Los demógrafos hemos contribuido a alimentar estas asociaciones, un caso emblemático es el del primer número de *Population* una de las revistas en demografía con mayor prestigio internacional que en su presentación afirmaba que Francia, uno de los países occidentales más avanzados estaba “en el camino del envejecimiento que precede a la despoblación” (Pérez, 2002:93).

¹⁰ El índice de dependencia senil o de la vejez es la razón del número de personas de 65 y más años entre el número de personas de 15 a 64.

con mayor propiedad que más que dependientes somos interdependientes: nos necesitamos unos a otros. Y esta multi e interdependencia se produce tanto en el ámbito emocional como en el biológico, el económico, el político y, en general, en todos los aspectos de nuestra vida.” (Rodríguez, 1999).

Cuando se utiliza el índice de dependencia se mira sólo la dependencia en un sentido, cuando en realidad se trata de una interdependencia y probablemente en el sentido inverso, la dependencia de individuos de edades adultas y maduras sea de mayor envergadura que la originalmente planteada. Suponer que los viejos sólo reciben sin dar nada a cambio es una visión errónea porque niega las compensaciones y los recursos propios que puedan poseer y que a menudo comparten con los descendientes.

El fantasma de la relación envejecimiento demográfico-dependencia se plasma en una preocupación económica: tanto el Estado, en forma de pensiones y servicios de salud, como las familias, en forma de vivienda, alimentos y cuidados a los “dependientes”, estarían proporcionando cosas a los viejos. Es por eso que son dependientes, económicamente dependientes, y también físicamente dependientes. Este planteamiento de la vejez implica, por una parte que todos los viejos se jubilan y que la jubilación produce automáticamente la insolvencia económica y la discapacidad médica. El Estado parte de esta premisa en la parte económica y de ahí los cambios recientes en los sistemas de jubilaciones y pensiones.

Demografía de la desigualdad – Diferencias Sociales

Desde la óptica demográfica tradicional es común abordar los estudios considerando la población de manera homogénea, descuidando las diferencias por clase social existentes y las diferencias debidas a la pertenencia a los distintos subgrupos de edad, género (varón/mujer) y condición de etnicidad (indígena/no indígena). En tiempos recientes se ha intentado subsanar este vacío por lo que existen planteamientos como el denominado “Enfoque de Diferencias Sociales” (Huenchuán, 1999:12). Esta perspectiva sostiene que “los individuos que componen la sociedad se encuentran atravesados por múltiples diferencias que se construyen positiva o negativamente en la cultura”, en este contexto “el género, la edad y la etnia son categorías sociales que emanan de la cultura; el género, entendido como la construcción social de las diferencias sexuales; la edad es una categoría social con fundamento biológico, que al igual que otras etapas del ciclo de vida es una construcción social e histórica que posee el significado que el modelo cultural vigente da a los procesos biológicos que la caracterizan; la etnia es una categoría social que se basa en una serie de criterios de identificación (origen antropológico, comunidad de territorio, uso lingüístico, costumbres y formas de vida) que pueden ser reconocidos tanto objetivamente,

por los "otros", como subjetivamente, en la conciencia de los individuos.” La integración de estas tres categorías, permite analizar la vejez como una etapa de la vida donde se entrelazan diferencias de género, generaciones y étnicas.

Argumentos similares son los plasmados por Canales (2001, 2003, 2004) quien acuña la frase “Demografía de la Desigualdad” que es más cercano a nuestra disciplina. Para este autor el fin de la transición demográfica es el principio de un nuevo régimen demográfico y en particular implica la configuración de una nueva categoría social y demográfica: las personas de edad avanzada o viejos, con demandas, necesidades y capacidades específicas, diferentes a los grupos de jóvenes, adultos y niños con tensiones y contradicciones propias que determinan nuevas dinámicas de la población (Canales, 2001:514), que implican repensar a la población en términos de estructuras de relaciones entre generaciones, géneros, etnias, etc.

Estas relaciones están basadas en categorías demográficas (niño-joven-adulto-viejo, hombre-mujer, indígena-no indígena, etc.) y tienen una estructura de desigualdad social. El autor propone centrar la atención en las estructuras de diferenciación demográficas de la población, no ya en la población como un todo, ni teniendo como preocupación central su dinámica, sino hacer énfasis en las relaciones, la diferenciación y las desigualdades que se plasman en la estructura demográfica. Se trata de una preocupación por categorías demográficas concretas, que por lo mismo, exige una construcción con base en procesos sociales históricamente determinados. Argumenta que la demografía de la desigualdad debe ser capaz de dialogar fructíferamente con lo multicultural, con el relativismo étnico, con las reivindicaciones de género, con el diferencialismo generacional, etc.

Diferencias por género

Desde hace varias décadas parece existir el consenso de que el género es uno de los determinantes de la desigualdad social, como lo son la clase social o la raza. La desigualdad social por razones de género se expresa en un conjunto de diferencias entre hombres y mujeres con respecto a los roles asignados tanto dentro como fuera del ámbito doméstico. Hombres y mujeres somos diferentes en el sentido biológico, aspecto que probablemente ha dado pauta para concebir diferencias sociales respecto a los roles y status que se han asignado a ambos sexos. Estas diferencias se manifiestan en situaciones desiguales en ámbitos de la vida cotidiana, como son educación, acceso a plazas laborales, puestos públicos, roles de hogar, etc. donde las mujeres han sido colocadas en desventaja. Las desigualdades de género, aunado a la mayor esperanza de

vida femenina, propician que hombres y mujeres sigan diferentes cursos vitales que probablemente se traducen en variaciones en la salud, bienestar económico y recursos familiares en el último tramo de la vida, en consecuencia, no es lo mismo envejecer siendo hombre que siendo mujer.

La generación actual de mujeres mayores ha desarrollado un curso vital muy marcado por la tradición, por el sometimiento al padre y al marido; en síntesis, por la ausencia de poder (Ginn y Arber, 1996:9). La sociedad asignó unas funciones muy distintas según género: a ellas, el entorno doméstico (hogar, hijos, familia) y, a ellos, la de ser el sustento económico (el trabajo en el exterior del hogar). Esta diferenciación de roles desencadenó, a su vez, una serie de restricciones sociales a las mujeres, cuya peor consecuencia es la infravaloración social (Hernández Pedreño, 2002:130).

Aunque en tiempos recientes se ha producido un progresivo acercamiento entre las posiciones de ambos sexos (mejora del nivel educativo, incorporación de la mujer al trabajo, mayores ingresos, más relaciones sociales, etc.), las mujeres mayores forman uno de los grupos sociales donde menos se han reducido las desigualdades. Las desigualdades respecto a los hombres en la vejez podrían deberse a varios motivos: la tradición cultural, los intereses y estilos de vida distintos o las diferencias biológicas, aunado a las normas sociales adquiridas en los años de su curso vital (Op. cit.:130).

Diferencias por edad

La edad al igual que el sexo se ha usado para asignar roles y status que a menudo han generado diferencias sociales entre los diferentes grupos etarios. La elaboración de leyes sobre aspectos del ciclo de vida (edad mínima para: casarse, ingresar a la escuela, ingresar a antros, fumar, trabajar, jubilación, etc.) no hacen más que plasmar algunas de las representaciones sociales que se tienen sobre la edad. Algunas otras que tienen más que ver con aspectos culturales son: edad de inicio de vida sexual, edad máxima para unirse o casarse, edad máxima para seguir siendo estudiante, etc. Igual que ha sucedido con el género, la sociedad ha llegado a extremos de discriminación por cuestiones de edad, llegando a su máxima expresión de intolerancia en la discriminación por edad para acceder a un puesto laboral.

Por otra parte existen otras normas que utilizan la edad como criterio para obtener derechos como son los descuentos en transporte para niños y ancianos, descuentos en las

entradas a espectáculos, museos. La edad agrupa o separa a la población en jóvenes, ancianos, niños, etc.

Ante el aumento de la esperanza de vida y la baja en la fecundidad, que ha propiciado un monto mayor de personas de edad mayor algunos han advertido de un “conflicto entre generaciones” que consiste en que los maduros y ancianos tienen poder político y económico debido a los ahorros a lo largo de su vida, poseen vivienda propia y derechos de antigüedad en el trabajo. En cambio, los jóvenes son pobres, están explotados, su trabajo es precario, sin estabilidad y mal pagado (Pérez, 2002:108).

Dentro del grupo de las personas de mayor edad también se presentan heterogeneidades, debido a la pertenencia de los distintos subgrupos de edad, diferencias que cobran mayor importancia al considerar el género. Se ha planteado líneas arriba que la definición de vejez en función de la edad cronológica resulta un criterio insatisfactorio. Existen formas diversas de envejecer, diversas “carreras” (Bazo, 1992:78). En la perspectiva actual de las personas de edad mayor cobran cada vez más importancia los análisis desagregados de la edad. Percibir la importancia de ese hecho lleva, por ejemplo, a que el estudio de las personas más ancianas se convierta en tema de interés considerable. El grupo de quienes sobrepasan el umbral de los 85 años es el que está aumentando a un ritmo mayor. Quizás sea en este grupo donde en efecto se concentra a las personas ancianas más dependientes, los que precisan más atención y cuidados y de acuerdo a los datos censales es un grupo compuesto por mujeres en gran proporción.

Otra de las causas del interés por el estudio de las personas de más edad es la relacionada con las posibilidades de que sigan realizando de manera independiente las actividades básicas de la vida diaria.

Diferencias por etnicidad

En México, la desigualdad por razones étnicas se ha originado a partir de un conjunto de factores históricos sociales, económicos y culturales, que ha propiciado que en la actualidad, la población indígena siga siendo tratada como minoría¹¹. La mayoría vive en situación de pobreza

¹¹ “... la actual situación de desigualdad y discriminación étnica es heredera del colonialismo, fruto de formas renovadas de exclusión y dominación y parte de un proceso histórico que, con variantes locales y regionales, tiene una gran influencia en los procesos socioculturales, económicos y políticos actuales de la región”. “...este proceso ha conducido a la creación de *colonialismos internos* que contradicen el mito de una integración real. Al contrario, se ha comprobado que la integración de los pueblos indígenas ha tenido, más bien, un carácter simbólico en el discurso y negado en la práctica. Para los pueblos indígenas, las políticas tradicionales de integración han significado el despojo de sus bienes simbólicos y materiales y el desconocimiento y/o supresión de sus derechos colectivos así como la negación de su cultura. De este modo, la integración, para los pueblos indígenas, ha sido

y, durante años, se les ha negado el derecho a una educación que considere sus especificidades culturales, lingüísticas y religiosas. En muchos casos, han perdido sus principales recursos de subsistencia, como la tierra, el territorio y sus recursos naturales y desde hace décadas se han visto forzados a emigrar a los grandes centros urbanos nacionales y más recientemente a traspasar las fronteras, donde acceden a trabajos precarios, mal remunerados y de baja calidad. En consecuencia las poblaciones indígenas han sido excluidas del acceso a los bienes materiales y simbólicos, a los cuales el conjunto de la sociedad debiera tener iguales oportunidades de acceso.

La desigualdad social en que viven las poblaciones indígenas se ha medido con datos de pobreza, revelando que existe un alto grado de correlación entre la pobreza y el origen étnico. De acuerdo a cifras de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI, 2006a: 23) el 82.6% de los municipios considerados indígenas están en condiciones de alta y muy alta marginación.

La exclusión de los pueblos indígenas de los sistemas educativos se manifiesta claramente en los altos índices de analfabetismo, sobre todo entre los grupos de mayor edad, y el bajo número promedio de años de estudio alcanzado, sobre todo en los niveles de educación media y superior. De acuerdo a los datos del II Censo de Población (INEGI, 2005b), en el año 2005 el 32% de la población indígena era analfabeta y sólo el 6.5% contaba con al menos un año de escolaridad del nivel medio superior y el 3.1% contaba con al menos un año aprobado del nivel superior.

En cuanto al factor salud los grupos indígenas muestran un deterioro en sus condiciones de salud superior a la media de la población general, lo cual se expresa en tasas de desnutrición significativamente más altas entre los niños indígenas, indicadores deficientes de salud materna, mayores tasas de mortalidad infantil, valores menores de la esperanza de vida y acceso limitado a servicios de salud. Al margen de lo indicado, conviene tener en cuenta que la discriminación de la medicina tradicional, en favor de la medicina occidental, durante décadas, ha descuidado o negado la posibilidad de contar con la rica tradición médica que poseen las poblaciones indígenas.

sinónimo de asimilación y destrucción cultural y ha desembocado en situaciones de marginalización y pobreza.” (Del Álamo, 2005:75-76).

II. DINAMICA DE LA POBLACIÓN INDÍGENA Y ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO EN MÉXICO

Introducción

La investigación sobre diferentes aspectos en la población mexicana relacionados con los incrementos porcentuales de las personas de mayor edad en la estructura etaria data prácticamente de los inicios de la década de 1990 y es cada vez más amplia CONAPO (1999), Ham (2003), Montes de Oca (2005). La mayoría de los estudios han puesto su atención en la población mexicana en su conjunto sin distinguir aspectos de etnicidad por lo que notamos ausencia de publicaciones en torno a este fenómeno en población indígena mexicana desde el punto de vista de la demografía o de los estudios de población. Una excepción es el reciente trabajo de Susana Villasana y Laureano Reyes (CDI, 2006b). Desde la perspectiva antropológica y sociológica existen diversos estudios que profundizan en el significado de algunos aspectos particulares relacionados con la vejez indígena, por ejemplo Reyes (2002) y Villasana (2005), o bien sobre vejez de población rural no necesariamente indígena (Vázquez, 2003, 2005).

Los estudios pioneros sobre envejecimiento demográfico se centraron en la elaboración de proyecciones de población a fin de determinar el peso absoluto y porcentual que representan los adultos mayores. La motivación de elaborar las proyecciones está relacionada con el impacto económico que tendría el sostenimiento de este grupo de la población a través del pago de pensiones o jubilaciones. Sin embargo, el tema también ha llamado la atención por las nuevas relaciones sociales que se presentan como consecuencia del crecimiento de los grupos poblacionales de mayor edad. Temas como el de la nueva configuración de la familia, el trabajo en edades avanzadas, las redes sociales de apoyo informal, el estado de salud de este grupo de la población, etc., surgen como una enorme veta de estudio desde la disciplina sociodemográfica y/o de los estudios de población.

La mayoría de la investigación sociodemográfica ha privilegiado el análisis cuantitativo a partir de tres encuestas específicas realizadas en México sobre este tema: Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento (ENSE) de 1994; Encuesta sobre Salud y Bienestar en el Envejecimiento (SABE) del 2000, en la ciudad de México y la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) el cual es un estudio longitudinal aplicado en 2001 y 2003. También se ha aprovechado la información de los censos y de los conteos de población así como de otro tipo de encuestas como la de gastos e ingresos en los hogares

(ENIGH). Los resultados de las investigaciones que han sido publicadas usando este enfoque, presentan algunos patrones y tendencias del comportamiento de algunas variables relacionadas con el envejecimiento de la población mexicana o de algún grupo en particular, por ejemplo a nivel entidad. También han explicado las relaciones de asociación y/o de causalidad que existen entre algunas características o variables contenidas en las encuestas.

Los estudios antropológicos o de caso, a nivel micro, han privilegiado el enfoque cualitativo para recolectar y analizar información, profundizado en algunos aspectos relacionados con el significado que los actores dan a los aspectos de la vida cotidiana en edades mayores. Aspectos que parten de la misma concepción de vejez, el significado de salud-enfermedad, las redes de apoyo, aspectos religiosos, etc.

En este apartado, empezaremos por referirnos a algunas investigaciones que han abordado el comportamiento demográfico de la población indígena mexicana. En segundo lugar se hace referencia a publicaciones sobre envejecimiento de la población mexicana y su impacto en jubilaciones y pensiones, en tercer lugar se recuperan algunos estudios sobre el estado de salud de la población de edad mayor, la cuarta parte trata de algunos estudios que se han hecho en torno a las transferencias y redes de apoyo al grupo etario de interés.

Demografía de la población indígena mexicana

En México el primer intento para acercarse al estudio de la población indígena desde la óptica demográfica se dio en el año 1986 con la organización de la mesa redonda que llevó por título “¿Existe la Demografía Étnica?” cuyo objetivo fue “indagar si la información censal permite conocer la dinámica demográfica y el perfil socio económico de la población indígena de los diferentes grupos étnicos nacionales que habitan en el territorio nacional o si se requiere del diseño de metodologías estadísticas especiales para lograr profundizar en la vida sociodemográfica y conocer el tamaño de la población indígena” (Valdés, 2008). Esta autora llama la atención sobre la intervención de Gustavo Cabrera en esa reunión, quien reconoció que al diseñarse las muestras para distintas encuestas sobre la dinámica demográfica, cuando una localidad que correspondía a población indígena era seleccionada se omitía y era reemplazada por otra no indígena, motivo por lo cual las primeras encuestas sobre fecundidad en México no contemplan población indígena, aspecto que había sido advertido como un etnocidio estadístico, motivado por la política de asimilación de los gobiernos de ese momento con el argumento de que todos somos mexicanos y no habría por que hacer distinciones.

Quizás por esta situación existe la escasez de investigaciones sobre la dinámica demográfica de la población indígena, siendo trabajos pioneros los de Valdés y Menéndez (1987) y Valdés (1988). En el primer trabajo las autoras presentan, en primer lugar cifras de la evolución, de la población hablante de lengua indígena de 5 años y más a partir de los censos de 1930 a 1980, tanto a nivel nacional como por entidad federativa, por condición de monolingüismo (hablante sólo de lengua indígena) como bilingüismo (hablante de lengua indígena y español) y en segundo lugar muestran la distribución poblacional de los hablantes de las distintas lenguas indígenas en ese lapso (1930-1980). En el segundo trabajo referenciado, la autora parte de los resultados de los censos de 1930 a 1980 y calcula tasas de crecimiento de la población indígena identificadas a partir del criterio lingüístico¹². Con los datos de los censos de 1980 realiza un análisis de la estructura por edad y sexo, calculando también algunos indicadores de mortalidad y natalidad. Por último, analiza los patrones de distribución de esta población por grupo lingüístico y localización geográfica.

En un breve artículo, con datos del censo de 1990 y utilizando técnicas de estimación indirectas, Fernández (1994) estimó una tasa de mortalidad infantil en población indígena de 55.1 por cada mil nacimientos. Realizó cálculos para diferentes grupos etnolingüísticos del país y encontró que los municipios seleccionados en las entidades muestran grandes contrastes. Por un lado, los estados que integran la región maya: Campeche, Quintana Roo y Yucatán, presentaban los niveles más bajos de mortalidad infantil indígena; en Hidalgo, Estado de México y Michoacán la mortalidad es relativamente baja dentro de los grupos indígenas, con tasas de entre 44 y 48 defunciones por mil nacimientos, mientras que en Chiapas, Oaxaca, Puebla, Durango, Guerrero y San Luis Potosí tienen niveles cercanos a la tasa de mortalidad infantil indígena a nivel nacional; en el extremo más elevado de mortalidad infantil, con tasas superiores a 95, estaban los municipios indígenas de Chihuahua, Jalisco y Nayarit.

A partir de la década de 1990, quizás posterior al movimiento indígena en Chiapas de 1994, el Consejo Nacional de Población, ha manifestado su interés en el estudio de la población indígena desde la óptica demográfica. Con base en los datos de la muestra del 1% del censo de 1990 y los resultados del conteo de población de 1995 se analiza información sobre la estructura

¹² Los censos realizados desde 1995 han mantenido la pregunta sobre el habla de lengua indígena para mayores de 5 años como criterio (insuficiente) para clasificar a la población como indígena. En algunos censos (1921, 2000) se ha preguntado sobre la pertenencia a un grupo indígena y en el de 1950 se preguntó sobre la indumentaria y alimentación como un intento para clasificar mejor a la población indígena.

por edad y sexo, indicadores de mortalidad, datos de fecundidad por grupo lingüístico, migración interna, y educación de la población indígena identificada a partir de dos criterios: personas que forman parte de un hogar donde el jefe o su cónyuge hablan lengua indígena y hablantes que viven en hogares donde el jefe y su cónyuge no hablan lengua autóctona (Partida y Solís, 1998). Con estos criterios de definición de población indígena, para 1995 estimaron la esperanza de vida de la población indígena en 69.5 años (67.6 años para hombres y 71.5 años para mujeres), la tasa de mortalidad infantil de 54 por cada mil nacidos vivos y el tamaño de la descendencia promedio en las mujeres de 4.1 hijos.

En otra publicación de la misma institución (CONAPO, 1998), se combina el criterio de la lengua indígena con el de territorio de residencia o el hogar de pertenencia; dos características que permiten ubicar a la población hablante de lengua indígena con otra que no la habla pero que también se podría considerar como indígena. A partir de estos razonamientos definen como municipios predominantemente indígenas aquellos donde existe 40% ó más de hablantes de lengua indígena siendo la población en un hogar indígena aquella donde el jefe o su cónyuge hablan alguna lengua indígena. Con la población resultante utilizando las fuentes del censo de 1990 y el conteo de población de 1995 se calculan y analizan la distribución geográfica, estructura por edad y sexo, tasas globales fecundidad, probabilidades de agrandamiento de la familia y tasas de mortalidad infantil en los principales grupos etnolingüísticos.

Usando la información recolectada entre 1998 y 2000 de la Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (EMIF), se realiza un análisis comparativo entre los migrantes de habla indígena y los no hablantes de alguna lengua indígena de algunas características sociodemográficas. La investigación confirma que los indígenas constituyen una de las poblaciones más vulnerables entre los diversos conjuntos que conforman la migración a Estados Unidos. Sin embargo, cuando emigran logran igualar sus ingresos al de los migrantes mexicanos no indígenas; permanecen más tiempo en aquel país, y la mitad envía a sus familiares en México casi 30 por ciento de su salario promedio mensual (CONAPO, 2001).

Corona y Tuirán (2001) a partir de la pregunta sobre la condición de hablante de lengua indígena en los censos de población de 1930 a 2000 y del conteo de población de 1995 presentan la variación del tamaño de la población indígena en ese lapso. Posteriormente utilizan datos de los censos de 1990 y del 2000, para calcular el tamaño de la población indígena a partir del criterio de los municipios indígenas, 40% al menos de hablantes de lengua indígena, y de los

hogares donde el jefe habla lengua indígena, estimando que había 9,202,875 y 11,597,581 indígenas en 1990 y 2000 respectivamente. Para el año 2000, tomando en cuenta además la pregunta sobre autoadscripción a un grupo étnico que se incluyó en el cuestionario censal, y con el criterio de hogares indígenas se estimó un total de 12.707 millones de indígenas.

Utilizando el criterio de los hogares indígenas y con base en la información de hablantes de lengua indígena así como de autoadscripción a un grupo indígena contenidas en el censo del 2000, se analizó la distribución espacial de la población indígena en algunas entidades y de los grupos etnolingüísticos con mayor número en México (Fernández, *et al.*, 2001).

En un estudio sobre población indígena que habita zonas metropolitanas (Martínez *et al.*, 2003) encuentran que este grupo ha “alcanzado mejores condiciones de vida que en sus lugares de origen, sin embargo, es posible apreciar que éstas siguen siendo precarias en los ámbitos educativo y laboral, así como en las características de sus viviendas y el acceso a servicios básicos”. Por su parte Vega y Martínez (2003) analizan el tipo, el tamaño y las relaciones de parentesco en hogares indígenas encontrando que los arreglos residenciales de las comunidades indígenas tienen características propias y con diferencias marcadas con el resto de la población, por lo cual se debe repensar a los hogares indígenas de acuerdo con sus peculiaridades, pero también con su heterogeneidad asociada a su diversidad étnica, y a su lugar de residencia.

El más reciente trabajo del CONAPO sobre población indígena se basa en la información del censo del año 2000, con los criterios de habla de lengua indígena y autoadscripción individual, de hogares indígenas y de localidades o municipios indígenas, elaboró una clasificación de las localidades según su grado de presencia de población indígena (CONAPO, 2004). Construyó una serie de estadísticas a nivel estatal, municipal, de zonas metropolitanas y ciudades, así como un conjunto de mapas que dan cuenta de la distribución espacial de la población indígena, resaltando el dato de que poco más del 60% de los indígenas vive en localidades urbanas (15,000 mil habitantes o más), y sólo 25.4% vive en localidades rurales (2,500 habitantes o menos).

En un trabajo que retoma información individual de las muestras de los censos de 1960, 1970 y 1990 además de la Encuesta de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 1997, se analizan los factores que inciden en la terminación de la primaria e ingreso a secundaria entre niños y jóvenes indígenas de localidades rurales de nueve estados de la República que corresponden a los de mayor presencia de población indígena en 1997 (Mier y Terán y Rabell,

2003). Las autoras encuentran diferencias por condición de etnicidad sobre todo en las cohorte más antiguas, siendo los habitantes de localidades más pequeñas quienes se encuentran en mayor desventaja educativa; otro hallazgo es que en la década de 1990 no hay diferencias entre mujeres y hombres indígenas para terminar la primaria, sin embargo en los estudios de secundaria las mujeres están en desventaja respecto de los hombres.

En un estudio sobre fecundidad de las poblaciones indígenas, usando información de la ENADID-1997, se analizan a las mujeres de 40 años o más y algunos aspectos relacionados como el uso de anticonceptivos, cohorte de nacimiento, edad a la primera unión y nivel de escolaridad (Serrano y Fernández, 2003).

Los esfuerzos por sistematizar información de aspectos demográficos de la población indígena por parte de la institución gubernamental encargada de la atención de las demandas de las comunidades indígenas, la Comisión Nacional de Desarrollo de los pueblos Indígenas (CDI) antes Instituto Nacional Indigenista (INI), datan del año 1991 y 1992 cuando elaboran una serie de *Cuadernos de Demografía Indígena y Cuadernos de Ubicación Regional*¹³ que, con base en la información del censo de 1980, presentan una aproximación al número de personas de cinco años y más hablantes de lengua indígena por entidad y municipio (Embriz y Ruiz, 2003:85). Con base en esta experiencia y con la información del censo del año 1990 el INI elaboró un documento con información sociodemográfica de los pueblos indígenas (INI, 1994 citado por Embriz y Ruiz Op. cit.), información que sirvió para que al interior del instituto orientaran la política gubernamental hacia las localidades y no a los individuos.

Los montos y características de la emigración indígena en Oaxaca, Veracruz y Guerrero es abordado a partir de información del censo del año 2000 (Rabell, Murillo y Casellas, 2007) encontrando comportamientos diferenciales en las tres entidades en cuanto a la escolaridad de los migrantes; el género y la ocupación de los indígenas que emigran y los que se quedan es otro factor que marca diferencias; otro aspecto a resaltar es que a pesar de que el Distrito Federal y el Estado de México son los principales destinos de la migración indígena, Sinaloa tiene un peso importante como entidad receptora sobre todo de los indígenas de menor escolaridad que emigran hacia ese estado para ocuparse en actividades agrícolas temporales.

Otro esfuerzo importante de sistematización de información sociodemográfica sobre la población indígena mexicana realizado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los

¹³ Manuscritos inéditos

Pueblos Indígenas, a partir de la base de datos del censo de población del 2000, presenta información a nivel nacional, estatal y municipal de la estructura por edad y sexo, el estado conyugal, características de las mujeres en edad fértil como el número de hijos nacidos vivos, información sobre asistencia a la escuela, alfabetismo y escolaridad, datos de actividad económica de la población, sectores de actividad e ingresos de la población ocupada, información sobre religión, características de las viviendas entre otros indicadores construidos en función de la proporción de la estimación de la población indígena para las localidades del país (CDI, 2002).

Partiendo del concepto de “región cultural” la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI, 2006a) elaboró un documento donde analiza el comportamiento de algunas características sociodemográficas como tasa global de fecundidad, tasa de mortalidad infantil, migración, grado de marginación, población ocupada y sector de ocupación en 25 regiones indígenas a nivel nacional que concentran poco menos de 8 millones de indígenas.

En un trabajo pionero sobre la población indígena de 60 o más años, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, elabora un diagnóstico sobre el perfil sociodemográfico de este grupo con base en datos del censo del año 2000 (CDI, 2006b). En un primer apartado describen características sobre alfabetismo, discapacidades, derechohabiencia, condición de actividad, ocupación e ingresos de la población indígena a nivel nacional. En un segundo apartado seleccionan los seis grupos etnolingüísticos mayoritarios concentrados en tres zonas geográficas del país para establecer comparaciones en cuanto a su composición por edad y sexo, índice de masculinidad, movilidad intermunicipal, condición de discapacidad, derechohabiencia a servicios médicos, condición de alfabetismo, nivel de instrucción, situación en el trabajo e ingresos, roles familiares y situación conyugal, así como adscripción religiosa. Entre las conclusiones a las que llegan los autores están: la necesidad de contar con un instrumento de recolección de información acorde a la condición indígena de la población ya que muchas preguntas son confusas cuando se aplican a este grupo poblacional; asimismo proponen varias líneas de investigación entre las que destacan realizar estudios sobre el impacto de las transiciones demográficas y epidemiológicas en la población indígena, así como la reconstrucción de instrumentos que recuperen la actividad económica o laboral de los indígenas que a menudo se inserta en la economía familiar sin ingresos, de autosubsistencia, alejados del sistema de pensiones y jubilaciones. Considero que uno de los mayores aportes del estudio es la

propuesta de elaboración de políticas públicas en materia de participación del Estado para la atención a los indígenas de edad avanzada, la integración en el currículo educativo de una política de cultura de la ancianidad, especificar derechos humanos a fin de evitar despojos y maltratos a la población indígena de edad mayor, elaborar planes para disminuir el nivel de analfabetismo e instrumentar programas de salud que incluya atención geriátrica en las comunidades para atender a los adultos mayores indígenas.

Salud en personas de edad mayor

La salud de las personas de mayor edad es la materia de trabajo de los médicos especializados en geriatría. El interés académico por la relación entre el proceso de la emergente estructura por edad de la población, caracterizada por un aumento constante en los porcentajes de personas de mayor edad, y la salud de este grupo poblacional en México quedó de manifiesto con la publicación en 1996 de un número especial de la revista Salud Pública de México sobre aspectos médicos de las personas de edad mayor; un artículo central advierte la interrelación de dos transiciones: demográfica y epidemiológica, la primera caracterizada por la baja en la fecundidad y sobre todo con el aumento en la esperanza de vida, y la segunda por el cambio en las causas de mortalidad y en consecuencia del patrón de morbilidad, donde en los grupos de mayor edad, se está transitando de enfermedades respiratorias e infecciosas a enfermedades crónico degenerativas tales como cardiovasculares, tumores, diabetes, y cerebro vasculares (Ham, 1996a:410). El autor advierte que, en ambas transiciones, México se encuentra en pleno proceso, aspectos que implican una emergente dimensión en salud que modifica las condiciones y prioridades en este sector ya que la atención sanitaria debe contemplar la presencia simultánea de enfermedades y padecimientos en la vejez, lo cual sugiere una atención paralela de enfermedades en la atención médica a los grupos de mayor edad, a contraparte con el enfoque tradicional de atención sobre un solo padecimiento.

Una investigación con datos del IMSS para los años de 1985 a 1995 reveló que los derechohabientes mayores de 65 años de esta institución advierte un perfil de morbilidad en el que coexisten las enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas, en tanto que, entre las causas de mortalidad, sobresalen las crónico-degenerativas (Lara, *et al.*, 1996). Con el fin de indagar sobre la prevalencia de algunas enfermedades crónico degenerativas a nivel nacional y regional (Castro, *et al.*, 1996) se analiza la información de una encuesta de enfermedades crónicas levantada en el año de 1993, encontrando prevalencias de 38% en hipertensión y 21%

para diabetes, siendo mayores las cifras en mujeres, en tanto, los estados del norte del país son los de prevalencias mayores a nivel regional.

El Consejo Nacional de Población advierte que el aumento de la proporción de individuos de edad avanzada propicia un número cada vez mayor de personas con deterioro en actividades básicas de movilidad al interior de la vivienda y de movilidad al exterior, y a partir de información de la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México de 1994 (ENSE), infiere que las mayores prevalencias de individuos con estas problemáticas se presentan en mujeres, en individuos que viven en localidades menos urbanas (menores de 15,000 habitantes (Gómez de León, *et al.*, 1998). A partir de proyecciones de población, de patrones epidemiológicos y mortalidad, en este documento se pronostica un incremento, en personas de 60 años y más, de 41% y 28% entre 1993 y 2010 de las enfermedades nutricionales y endocrinas en hombres y mujeres respectivamente; en diabetes *mellitus* de 23% y 19%; y en las lesiones no intencionales de 33% en mujeres.

Con datos de las causas de mortalidad de la secretaría de salud para 1970, 1980, 1990 y 1995 de las personas de 65 y más años, el CONAPO señala las transformaciones en las formas de enfermar y morir en ese lapso donde sobresale así una disminución en las incidencias, prevalencias y letalidades de las enfermedades transmisibles, y se incrementan las correspondientes a las enfermedades crónicas y degenerativas (CONAPO, 1998b). Un cambio notable se da en la diabetes *mellitus*, que de ser la octava causa de muerte en los hombres y la sexta en las mujeres en 1970, asciende a la tercera posición en 1995. En cuanto a las enfermedades transmisibles, en 1970 la segunda causa de muerte eran la neumonía e influenza, la cual descendió al quinto sitio. De la misma manera, las infecciones intestinales han descendido del cuarto sitio en los hombres, y del quinto en las mujeres, para ocupar el onceavo en 1995.

En cuanto a las discapacidades de vista y oído, con información obtenida por la ENSE, se reporta que 3.2 y 2.2 por ciento de la población de ancianos a nivel nacional tiene ceguera y sordera total, aumentando la proporción en función del aumento de edad, por ejemplo en el caso de ceguera total es padecida por 14% en el grupo de 90-94 años (Garrido *et al.*, 1999). Estos autores muestran que, de acuerdo a la ENSE, aproximadamente 1% de la población mayor de 60 años es incapaz de alimentarse, bañarse, vestirse y caminar por la habitación, por sí misma, en tanto 3.4% de la población tiene una discapacidad total para salir de la casa, 32% no puede

cargar objetos pesados, 6% no puede manejar su dinero de manera independiente y 18% no puede realizar tareas ligeras en el hogar.

En un estudio sobre la vejez en zonas populares de la ciudad de México realizada por diferentes dependencias de la UNAM, se encontró que la mayoría de los entrevistados (51%) se percibe con salud regular y 23% reportó mala salud, siendo la incapacidad más importante no poder salir ni hacer visitas, y a veces ni preparar sus alimentos; en tanto el 1% requiere silla de ruedas (Barquín, 1999).

Otro aspecto de interés relacionado con la salud en el envejecimiento es el de aquellas enfermedades que motivan la hospitalización de las personas de edad avanzada y que no necesariamente producen la muerte. En un reporte de investigación (Garrido et al., 1999), con datos de la Secretaría de Salud, señalan que las cuatro principales causas de hospitalización en los grupos de edad avanzada son: enfermedades del aparato digestivo, como la hernia de la cavidad abdominal, la colelitiasis y colecistitis; enfermedades del aparato respiratorio, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la neumonía; enfermedades de las glándulas endocrinas, del metabolismo y trastornos de la inmunidad como la diabetes *mellitus*; y las fracturas principalmente del cuello del fémur y de otras partes de este hueso.

Respecto a la atención médica, Monterrubio y Lozano (2001) con datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) del año 2000 reportan que poco más de la mitad (53%) de la población de 65 años o más cuenta con algún tipo de seguridad social, acudiendo a las instituciones públicas de salud sólo el 77% de los que tienen derecho, siendo las mujeres las que más usan el servicio.

Con base en la incapacidad para realizar por sí solo al menos dos o más actividades de la vida diaria de un conjunto de ocho (desplazarse entre las habitaciones, llegar al inodoro a tiempo, bañarse, vestirse y desvestirse, entrar y salir de la cama, tomar sus medicamentos, alimentarse y permanecer solo en la noche), además de la declaración de incapacidades totales o parciales de visión, audición o dentición se ha definido la “cuarta edad” (Solís, 1999). Con base en la información de la ENSE, este autor infiere que el ingreso a esta etapa etaria se da a partir de los 75 años, siendo más acelerado en el caso de mujeres y en la población que no tiene acceso a servicios de salud. El autor relaciona el índice de dependencia con las ayudas dadas por familiares, observando una relación directa entre el incremento de problemas de funcionalidad y apoyos recibidos.

Con el fin de examinar los patrones de morbilidad y de utilización de servicios de salud entre la población de 60 años y más en México, se analiza información proveniente de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA II), levantada en 1994 (Wong y Figueroa, 1999). A partir del análisis estadístico realizado las autoras concluyen que la población de mayor edad reporta tener peor estado de salud, mayor proporción de enfermedades agudas y crónicas, y mayor proporción de eventos de incapacidad que la población de 15 a 59 años; en tanto la utilización de servicios de salud es muy baja y similar entre los dos grupos de edad.

Con propósito de identificar los patrones de mortalidad de la población adulta mayor y su evolución en el tiempo, el CONAPO realizó un estudio a partir de las defunciones registradas por el INEGI y la SSA en 1980, 1990 y 2000 (Zuñiga, *et al.* 2003). Un primer resultado que resaltan los autores es la baja en la tasa de mortalidad de mayores de 60 años, 18.8% en hombres y 15% en mujeres, entre 1980 y 2000. En cuanto a las causas de mortalidad, las cifras indican descensos en las enfermedades transmisibles principalmente, en tanto las enfermedades que han registrado incrementos más significativos son, en primer lugar, la diabetes *mellitus* y, en segundo lugar, los tumores malignos, presentándose diferencias acentuadas entre hombres y mujeres tanto en la intensidad con la que se ha presentado este incremento, como en el orden de importancia que tienen entre los principales motivos de muerte.

Un panorama sobre las distintas encuestas en población mexicana relacionadas con la salud física y mental de las personas de mayor edad es proporcionada por Gutiérrez (2004), el autor hace un recorrido sobre los principales aspectos socio-médicos que caracterizan a las personas de edad mayor a partir de la transición epidemiológica a la luz de los resultados de las encuestas. Entre otros aspectos el autor resalta que las causas más frecuentes de morbilidad crónica son la hipertensión arterial y la diabetes, seguidas por cardiopatías, neumopatías y enfermedades neoplásicas y que la desnutrición alcanza su más elevada prevalencia en este grupo de edad al igual que las deficiencias sensoriales. Llama la atención la prevalencia de obesidad entre las personas de edad en nuestro país, más de 40 por ciento de las mujeres, en particular en las áreas urbanas marginales sin embargo, su prevención y tratamiento no recibe la importancia que merece a pesar de que constituye un importante factor que predispone a dislipidemias y diabetes. Asimismo llama la atención sobre la relación entre la imposibilidad de seguir realizando de manera autónoma las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y

el incremento de la edad, siendo de particular interés el paso a la alta dependencia funcional que se define cuando se imposibilita realizar dos o más de las actividades básicas.

Una amplia investigación realizada en personas de 60 años o más en zonas rurales de los estados de Morelos y Guerrero revela, en cuanto a la situación de salud, que más de una cuarta parte de los encuestados reportaron problemas de artritis o reumatismo, presión arterial, riñones, asma, diabetes, problemas de visión y audición, enfermedades gastrointestinales y accidentes de trabajo, en general, las mujeres reportaron prevalencias más altas de todas las enfermedades y con mayor prevalencia de padecimientos simultáneos (Salgado de Snyder, 2003). Resalta que en este estudio se consideraron aspectos culturales para lo cual incorporaron preguntas sobre el padecimiento de las cuatro condiciones más prevalentes en este medio: nervios, susto, empacho y mal de ojo, obteniendo porcentajes mayores en mujeres. En particular en el padecimiento de “los nervios”, casi la mitad de las mujeres (44.4%) y sólo una tercera parte de los hombres (25.1%) indicaron haber padecido nervios alguna vez en su vida.

La relación nivel socioeconómico-salud es abordada con datos de personas de 50 años y más de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) haciendo énfasis en las diferencias por género (Wong, 2003). Entre los hallazgos reportados por la autora se encuentra la relación positiva entre el estado de salud auto-reportado y el auto-reporte de alguna enfermedad crónica (cáncer, enfermedad pulmonar, ataque al corazón o embolia cerebral). Para ambos sexos la relación entre nivel socioeconómico y estado de salud es no-lineal, es decir la asociación es más fuerte para la población en la parte más alta de la escala económica, por ejemplo, para ambos sexos la asociación positiva entre nivel de bienes o activos y salud se encuentra solamente para aquellos individuos en el tercil más alto de bienes dentro de la población de 50 años y más en México. Aunque los resultados encontrados por la autora colocan a las mujeres en posición más vulnerable económicamente, tiene la ventaja de que su salud no está asociada con su posición económica tanto como la de los hombres.

En su tesis de maestría Hebrero (2004), con información de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) aplicada el año 2001, construyó un índice de salud física y mental para población de 50 o más años. Entre sus resultados encontró un estado de salud más deteriorado en mujeres, en personas de mayor edad, en los que padecieron una enfermedad importante en la niñez y en aquellos cuya ocupación principal en su vida fue manual o requirieron de un mayor esfuerzo físico.

Varios de los autores mencionados, que han realizado investigación sobre salud y envejecimiento, sugieren la necesidad de considerar la creciente demanda de atención de enfermedades crónicas degenerativas, aún cuando su diagnóstico y tratamiento son más costosos si se les compara con las enfermedades infecciosas y parasitarias prevaletentes en el pasado. Es el caso del trabajo de Ruiz (2004) quien explora posibles factores asociados al riesgo de padecer alguna enfermedad crónica como la embolia cerebral, el infarto al corazón, la diabetes y el reumatismo; sus resultados indican que la probabilidad de padecer algunas de estas enfermedades en edad mayor están relacionadas principalmente con estatus social menor de la población, como son baja escolaridad, trabajo rudo desempeñado a lo largo de su vida y peores condiciones de vida en la infancia.

En un estudio realizado en personas de 60 años y más residentes de colonias marginadas de las ciudades de Chilpancingo, Cuernavaca, Culiacán y Guadalajara se identificaron los problemas de salud (Salgado de Snyder y Bojorquez, 2006), hallando que artritis, hipertensión arterial, ceguera-sordera, enfermedades de dientes-boca, úlcera o colitis, enfermedades de riñones y diabetes en ese orden son las de mayor prevalencia. En su muestra estudiada, las mujeres presentaron porcentajes significativamente mayores que hombres en hipertensión arterial, ceguera-sordera, osteoporosis y problemas de vesícula; en todos los demás padecimientos no se encontraron diferencias significativas por sexo.

El suplemento número 4 del volumen 49 de la revista Salud Pública de México publicada en noviembre de 2007, editada por el Instituto nacional de Salud Pública está conformado por distintos artículos relacionados con la salud de las personas de edad mayor basados en la información de la muestra del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Un primer trabajo reporta, que las mujeres, las personas de mayor edad, y los que viven en áreas rurales autoevalúan peor su salud que los hombres, los más jóvenes y los que habitan áreas urbanas respectivamente (Wong, *et al.*, 2007). El autorreporte de enfermedades como cáncer, embolia cerebral, enfermedades del corazón, y pulmonar en general son bajos (menos del 7% en todos los casos), siendo mayores en el medio urbano que en el rural. La diabetes autorreportada es mayor en mujeres. Cerca de 9% de la población reporta tener problemas de funcionalidad por lo menos con una actividad de la vida diaria (caminar, bañarse, comer, usar excusado y traslado a la cama), siendo las cifras mayores a medida que aumenta la edad y en mujeres, aunque esto último solamente en áreas urbanas.

En otro trabajo de la misma revista (González y Ham-Chande, 2007) a partir de los autorreportes de salud, de padecimiento de enfermedades crónicas degenerativas y de capacidad funcional los autores construyen un índice de salud por un parte y por otra construyen un indicador de riesgo a partir de preguntas sobre actividad física y consumo de alcohol y tabaco. A partir del índice de salud y el indicador de riesgo plantean una tipología del envejecimiento en cuatro categorías: ideal, activo, habitual y patológico. Considerando como variables independientes el sexo, la edad y la localidad de residencia de los encuestados analizan el comportamiento del índice de salud, indicador de riesgo y tipo de envejecimiento, encontrando mejor estado de salud en habitantes de zonas urbanas, en hombres y en los grupos de menor edad. En cuanto al indicador de riesgo alto es mayor en zonas urbanas, pero por sexo no se observan diferencias importantes y en apariencia el grupo de edad mayor presenta un valor más alto que el resto de los grupos de edad. En cuanto al tipo de envejecimiento los resultados reportados indican mayores probabilidades de presentar envejecimiento patológico en zonas rurales y en los de mayor edad, sin embargo por sexo las diferencias son mínimas.

Con el objetivo de determinar la prevalencia de dependencia funcional y las enfermedades crónicas que se le asocian en personas de 65 años y más se utilizó la muestra del ENASEM (Barrantes, *et al.*, 2007). La dependencia funcional fue medida a partir de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, las enfermedades crónicas consideradas fueron artropatía, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias, cardíacas y vasculares cerebrales. Entre los resultados encontrados resalta la relación entre la dificultad para realizar las actividades básicas e instrumentales en mayores de 75 años, solteros y que se perciben con mala situación de salud y mala situación económica. Las enfermedades crónicas relacionadas con la dependencia funcional en ambas actividades fueron artropatía, diabetes y enfermedad vascular cerebral.

Otros artículos del suplemento de la revista referenciada tratan diferentes tópicos de salud como la relación del deterioro cognoscitivo y los factores asociados de las personas de 65 y más años (Mejía, *et al.*, 2007). La relación entre sobrepeso y obesidad con factores socioeconómicos y comorbilidades tales como hipertensión, infarto al miocardio y diabetes (Ruiz, *et al.*, 2007); el tema del dolor y su relación con diferentes patologías, aspectos de funcionalidad física y características sociodemográficas de la población de edad mayor es abordado en otro trabajo (Barragán, *et al.*, 2007); los efectos de las condiciones sociales y de salud de la infancia

propician enfermedades respiratorias, males cardíacos, hipertensión, embolias cerebrales, artritis y diabetes de acuerdo a lo reportado en otra investigación (Ruiz y Ham, 2007). El último trabajo de la revista presenta una serie de reflexiones sobre la relación de salud, vejez, género y pobreza (Salgado de Snyder y Wong, 2007).

Transferencias, redes familiares y sociales de las personas de edad mayor

Uno de los primeros estudios que aborda relaciones entre adultos mayores y sus familiares en México es el de Tuirán y Wong (1993). Los autores, a través del término *transferencias*, analizaron el apoyo que reciben los adultos mayores de instituciones, familiares y amigos. Con base en información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) de 1992, sostienen que existen transferencias importantes que realizan las familias para asegurar el bienestar de los individuos adultos, distinguiendo el flujo de transferencias no formales que permite a ciertos hogares conservar cierto nivel de bienestar.

En su estudio sobre el apoyo que reciben los adultos mayores y las ayudas que ellos brindan, Montes de Oca (1998 y 1999), con datos de la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento (ENSE) de 1994, encontró que existe un intercambio de ayudas entre géneros y generaciones. Concretamente, la población femenina adulta joven ayuda a la población adulta mayor en quehaceres del hogar, cuidado físico, elaboración de comida, entre otros apoyos, en tanto la población masculina, apoya con dinero. En sentido inverso la población adulta mayor apoya con dinero a la población femenina y en algunos casos son las mujeres mayores las que ayudan a la población masculina joven realizando quehaceres del hogar y aportando comida. La autora concluye que si bien el sistema de apoyo a los ancianos está basado en relaciones intergeneracionales, estas relaciones son fundamentalmente de intercambio, lo que fortalece la hipótesis de que la población de mayor edad no es exclusivamente dependiente.

Una investigación en personas de 60 y más años residentes de la zona metropolitana de Monterrey (García y Madrigal, 1999) reporta que en cuanto a apoyos formales, el IMSS es la principal institución que atiende a ese sector de la población en aspectos de salud siendo también la principal institución relacionada con la previsión social de la población; resalta el dato referente a que cerca del 20% de las personas encuestadas no contaban con ningún apoyo formal de atención a la salud y posibles transferencias económicas debido a la jubilación o pensión. Por otra parte, los autores se enfocaron al estudio de las redes informales, en particular a los apoyos

recibidos por parte de las personas de mayor edad de sus familiares, amigos y vecinos, encontrando que si bien la relación con amigos y vecinos es predominante asociado con la provisión de apoyo moral o espiritual y con el otorgamiento de compañía, la interacción incluye también apoyo económico, alimenticio y médico. En cuanto a las relaciones con familiares los resultados indican que son los hijos los que en mayor medida proporcionan ayudas de compañía y apoyos no económicos a sus padres mayores; con respecto a los apoyos económicos los resultados de la investigación permiten inferir que mientras las mujeres reciben ayudas de parte de sus familiares, los hombres las reciben de personas fuera del ámbito familiar. Respecto a las ayudas recibidas debido a problemas de salud resalta que mientras las mujeres fueron mayoritariamente por hijos, los hombres fueron atendidos principalmente por sus cónyuges, apreciándose la diferencia de apoyos recibidos debido a la situación conyugal de las personas de edad mayor.

Rubalcava (1999), con información de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) de 1994, muestra que poco menos de la tercera parte de los hogares con ingreso monetario de ancianos vive principalmente de transferencias presentando diferencias importantes entre hombres y mujeres, al considerar su desglose por tipo. Las mujeres con 60 años y más perciben sobre todo transferencias en forma de remesas monetarias procedentes tanto del país como del extranjero; en cambio, los hombres de edad se benefician más de las pensiones aunque en su ingreso también son importantes las remesas de otros hogares, especialmente las procedentes del país.

Por otra parte Wong (1999), utilizando la Encuesta Nacional de Empleo (ENE) de 1996, menciona que de la población económicamente inactiva con 50 años y más, las mujeres son las que más reciben apoyos familiares (93.9%) en contraste con los hombres (55.9%), pero sobre todo son aquellos hombres y mujeres que no reciben pensión por trabajo. En ese sentido, su análisis mostró que la propensión a recibir apoyo familiar está relacionada en forma inversa con la de recibir pensión. Además, con un ejercicio estadístico sólo para la población con 60 años y más, muestra que la propensión a recibir apoyo familiar está asociada con el aumento en la edad, con un mayor número de hijos para las mujeres, con la incapacidad en el trabajo y con difíciles condiciones socioeconómicas, medidas por las condiciones de vivienda y la residencia en áreas menos urbanizadas. La autora concluye que en ausencia de la protección institucional los apoyos familiares son en gran medida la red que sostiene a la población con 60 años y más.

Con base en la encuesta de SABE del año 2000, se realizó una investigación para evaluar la calidad de vida y las redes de apoyo de las personas en edades avanzadas en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (Ham-Chande, *et al.*, 2003), encontrando que los hijos, tanto los corresidentes como los que viven fuera del hogar, les dan dinero a sus padres, más a las mujeres que a los hombres, situación que se invierte si la ayuda se refiere a servicios no monetarios. Otro dato a resaltar de este estudio, es que más del 75% de las personas de edad avanzada reconocieron proporcionar ayuda, cerca del 40% son monetarias y 50.4% son en servicios, siendo el cuidado de niños uno de los rubros más mencionados.

Utilizando información de la ENSE-94, Solís (2001) encontró que 7 de cada 10 personas mayores de 60 años recibe algún tipo de ayuda por parte de un familiar, amigo o vecino, siendo la ayuda en especie la más común, seguida de ayuda económica y apoyo físico, siendo frecuente que los individuos reciban en forma simultánea este tipo de apoyos. Los hijos son los que mayormente proporcionan la ayuda, siendo mujeres las que en mayor proporción dan apoyo físico y en especie, en tanto los hombres proporcionan en mayor medida ayudas monetarias. Aplicando un modelo de regresión logística el autor muestra que el aumento de la edad y el deterioro físico aumentan la probabilidad de recibir algún tipo de apoyo, mientras que trabajar o contar con algún ingreso disminuye esta posibilidad. Los arreglos familiares, la presencia de hijos sobrevivientes y la situación conyugal son variables que determinan diferencias en la posibilidad de recibir apoyos, ya que ésta se incrementa en aquellos que están unidos con y sin hijos y si viven en un hogar unipersonal.

Montes de Oca (2004), reporta que el apoyo dentro del hogar no es obtenido en forma universal entre la población adulta mayor, aunque representa el más importante, incluso mucho más que el apoyo de instituciones gubernamentales de seguridad y asistencia social y el apoyo de familiares y amigos o vecinos de otros hogares. La autora advierte que puede deberse a que algunos adultos mayores no reporten o bien subestimen las aportaciones de otros miembros de la familia como formas de ayuda. Para reforzar su argumento la autora hace alusión a una investigación cualitativa que realizó en la ciudad de México, donde al indagar sobre las formas de intercambio en el interior de algunas unidades domésticas encontró que los hombres en edad avanzada no consideran ayuda las actividades que las esposas e hijas realizan para el cuidado y bienestar cotidiano de los esposos-padres. Ellos perciben tales tareas como "sus obligaciones". Otro dato que reporta esta autora, relevante para la investigación que aquí se está planteando, es

que el apoyo dentro del hogar aumenta cuando el adulto mayor muestra claras evidencias de necesitarlo es decir, cuando se encuentra en un estado funcional deficiente lo que le impide realizar actividades básicas de la vida diaria. La proporción de los que reportan apoyo dentro de sus unidades domésticas es de 62.5%. Utilizando modelos estadísticos de regresión logística la autora concluye que el apoyo en el interior del hogar depende de las condiciones de salud de la población adulta mayor, de sus características económicas, así como del tipo de hogar.

En el estudio sobre aspectos de vejez en personas que habitan colonias marginales de cuatro ciudades de México (Jáuregui, *et al.*, 2006) los autores muestran que la condición de analfabetismo es una situación de desventaja en la vejez ya que al no contar con elementos básicos que les permitan negociar cotidianamente su realidad con instituciones, amigos y familiares propicia vivir en peores condiciones de vida. Otros hallazgos de la investigación son que la percepción sobre mejor apoyo y atención de sus familiares es mayor en los individuos de 80 y más años respecto al grupo de 60 a 69 años, y que la red de apoyo familiar es más intensa en las ciudades más pequeñas. Un aspecto que llama la atención es la relación de reciprocidad de ayudas, donde las mujeres ancianas asumen el papel de cuidadoras de nietos siendo beneficiadas con apoyos materiales e instrumentales por parte de sus hijos y por otra parte un porcentaje de las personas encuestadas señaló que tienen bajo sus cuidados a personas con problemas de salud.

Un estudio antropológico de la vejez en una comunidad rural (Tlacolulan, Veracruz), señala entre sus resultados que la familia es el principal recurso o fuente de ayuda en ese contexto de falta de apoyo institucional, siendo fundamental el apoyo de los descendientes directos, hijos (as), particularmente los de menor edad y/o solteros, en particular resalta el rol de las mujeres que brindan apoyo en las actividades básicas como el baño y la alimentación de sus padres en caso de enfermedad (Ronzón, 2003). Son tres las motivaciones por las cuales los hijos ven por sus padres ancianos de acuerdo a lo mencionado por la autora: en agradecimiento por la atención y cuidado que recibieron de pequeños, en correspondencia debido a que sus padres cuidan de sus hijos de ellos y los que apoyan eventualmente sin ningún compromiso. Sin embargo, la autora encontró casos donde a pesar de limitaciones físicas por la edad y /o enfermedad había ausencia de apoyo familiar lo que es explicado, en parte, por la situación de pobreza que existe en la comunidad y que ha obligado a la población joven y madura a emigrar tanto a ciudades de México o hacia Estados Unidos, propiciando lejanía física con sus padres ancianos.

En contraste con el trabajo anterior, Cantú (2003) encontró en su investigación sobre la vejez de hombres de una comunidad que se ha dedicado a la siembra del café y de la caña en el contexto de un ingenio, que la mayoría cuenta con una pensión por jubilación y que las ayudas informales por parte de familiares son prácticamente inexistentes, a pesar de que los ancianos esperaban que el principal sustento en esa etapa de la vida fuera proporcionado por sus hijos, motivo por el cual les obliga a seguir siendo autosuficientes. El autor relaciona este aspecto con la pérdida de liderazgo de los ancianos al interior del grupo familiar, el cual ha cambiado de ser un hogar nuclear-extenso a uno compuesto, que se caracteriza por que los hijos, nueras y nietos viven en el mismo terreno, pero no en la misma vivienda, lo que disminuye la posibilidad de apoyos de los hijos y sus familias a sus padres ancianos.

Con base en los resultados de una investigación de corte cualitativo, observación y entrevistas a profundidad, Enríquez (2005) reflexiona sobre el papel de las redes sociales en contextos de vejez y pobreza en Guadalajara. La autora encontró casos de alta vulnerabilidad económica y social en donde, aún con problemas graves de enfermedad, las redes de apoyo familiar no se activaron oportunamente debido al desempleo y la distancia. En algunos casos, la provisión de ayuda no fue continua ni con un patrón en tiempo y forma que permitiera a la población mayor salir adelante. En muchos casos, debido a la enfermedad, esta población inhibió su capacidad de reciprocidad, lo que restó estímulo en la actuación de la red. A partir de la información recolectada la autora muestra que las redes sociales sufren un desmembramiento al paso del tiempo ya sea por muerte, enfermedad o por desplazamientos en la gran ciudad, además de que la situación de crisis y pobreza a la que se enfrentan los familiares limitan las posibilidades de ayuda. Otros resultados de la investigación plasmados en un documento diferente (Enríquez y Aldrete, 2003), indican que compartir el espacio doméstico no necesariamente representa para los adultos mayores protección, seguridad y compañía; la información recopilada muestra situaciones en tensión que cuestionan frontalmente estas premisas y que los vínculos familiares deben ser entendidos a partir de su carácter dual: solidaridad y conflicto; compañía y aislamiento; cooperación y competencia; amor y desamor; cercanía y distancia; palabras y silencios. A pesar de que el estudio comprueba que son los hijos antes que las hijas quienes ofrecen apoyo económico a sus madres y que las funciones de compañía, convivencia y consuelo son desempeñadas prioritariamente por las hijas, en el caso de los apoyos económicos de los hijos las nueras juegan un papel de conflicto en el cual se merma

la posibilidad de que las personas mayores cuenten con ese apoyo. En relación a los posibles apoyos extra-familiares las autoras encontraron que vivir en un asentamiento urbano pobre al lado de hombres y mujeres que experimentan la misma situación socioeconómica, no garantiza actualmente la activación de los vínculos vecinales, y por tanto, la solidaridad vecinal ha ocupado una posición marginal que refleja el desgaste acumulado ante la lucha por condiciones de vida dignas.

Otra investigación basada en métodos cualitativos, en este caso grupos focales o de discusión, tuvo como objetivo conocer el papel de las redes comunitarias de apoyo en la calidad de vida de hombres y mujeres con 60 años y más, en la zona de Aragón, en la Delegación Gustavo A. Madero del Distrito Federal, Montes de Oca (2005). Entre las conclusiones de la autora, quien ya había presentado avances de su investigación (Montes de Oca, 2003), resalta que las mujeres en edad avanzada participan con mayor frecuencia en las redes de apoyo y en mayor número en los grupos organizados y que los varones tienen una presencia mucho menor, aunque cuando llegan a participar asumen una posición protagónica. “Para ellas, participar en un grupo significa una liberación de sus papeles de género; tienen facilidad para establecer relaciones de amistad entre sus compañeras y vecinas, y su socialización las entrena para cuidar estas relaciones, las cuales se siguen conservando y forman parte de sus redes comunitarias.” En cambio los hombres “tienen una escasa participación en los grupos comunitarios de apoyo. Entre quienes llegan a participar, regularmente sobresalen aquéllos con estados de ánimo saludable y un gusto por la mayor convivencia con mujeres de su edad. Ellos llegan a los grupos una vez que han limitado sus redes familiares a partir de la muerte de la esposa y el casamiento o salida de los hijos.” Montes de Oca (2005: 126-128).

La relación entre emigración y redes familiares en la vejez es abordado en una investigación realizada en municipios de Guanajuato, algunas ciudades de Estados Unidos y la Ciudad de México (Montes de Oca, Molina y Avalos, 2008). Entre los múltiples hallazgos de las autoras resalta la clasificación de las personas de edad mayor en relación a su propia experiencia migratoria, la experiencia migratoria de alguno de sus hijos y su lugar de residencia al momento de la investigación: los que en su juventud viajaron a otras comunidades pero que regresaron a seguir viviendo en su lugar de origen; aquéllos que nunca han migrado, pero sus familiares sí lo han hecho; los que tienen experiencia migratoria y en su vejez residen donde vive alguno de sus hijos emigrantes, ya sea Estados Unidos o la Ciudad de México; los que alternan su estancia con sus

hijos emigrados y su lugar de origen; por último los que viven solos ya sea por abandono, desaparición o fallecimiento. Entre las conclusiones del trabajo se menciona el papel limitado de las redes transnacionales y nacionales en la calidad de vida de las personas mayores residentes en Guanajuato, sin embargo resaltan la disposición de los emigrantes para fortalecer los lazos con sus familiares y comunidades de origen.

Otros tópicos relacionados con vejez

La producción de investigación en torno al cambio de estructura de la población mexicana, que se refleja en un aumento porcentual en los grupos de mayor edad, ha sido reciente. Probablemente otros países como España, Francia, Inglaterra, Japón, Argentina, Chile y Uruguay tengan una tradición mayor de estudio de este fenómeno demográfico debido a que ahí se ha presentado desde hace ya varias décadas, en cambio en México solo “se ha hecho evidente durante los últimos 10 años del siglo XX”, (Ham, 2003:11). Sin embargo este investigador, quien es quizás el pionero de los estudios de la población de mayor edad en México, advertía a principios de la década de 1980 que el proceso de envejecimiento poblacional genera algunas preguntas sobre “las posibles situaciones y problemas que semejante fenómeno planteará a la sociedad futura” realizando una serie de cálculos sobre la tendencia del índice de dependencia y discutiendo sobre la normatividad de las instituciones de seguridad social respecto del asunto de las pensiones (Ham, 1982).

Otra de las publicaciones precursoras en el estudio del envejecimiento en México es el de Fuentes y Fuentes (1978), los autores realizan una serie de análisis relacionados con la cuestión laboral y la jubilación de las personas de edad avanzada, tocando además aspectos médicos, factores relacionados con el proceso demográfico del envejecimiento tales como la mortalidad y la morbilidad. Lo que hace aún más interesante el trabajo es la presentación de testimonios sobre como viven las personas esta etapa de su vida, información recopilada a través de la técnica de entrevista.

La mayoría de los trabajos de Roberto Ham-Chande reflejan inquietud sobre el efecto del envejecimiento en la economía, en particular y ante el rápido crecimiento de la población en edad avanzada su efecto en el área de jubilaciones y pensiones; el autor manifiesta preocupaciones por las adecuaciones que tienen que hacerse a los sistemas de seguridad social de las instituciones del Estado (Ham, 1993, 1996b, 1999, 2001). Este mismo sentido se manifiesta

en otros escritos revisados: Partida (1991), Farell (1999), Valencia (1999, 2000, 2001), Sandoval (1999), Salinas (1999) e Inclán (2000) por mencionar algunos autores.

En otro sentido Welti (2001) advierte sobre el medio ambiente donde se desarrolla la vejez, en particular llama la atención sobre el hecho de que la construcción de viviendas de interés social son inadecuadas para personas mayores ya que los pisos superiores las convierten en toda una odisea, lo mismo que el diseño del transporte público que no toma en cuenta las características de funcionalidad de las personas de edad avanzada.

III. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE EDAD MAYOR, CENSO 2000

Introducción

El objetivo de este capítulo es presentar una descripción comparativa de algunos aspectos de las condiciones de vida de los indígenas mexicanos de edad mayor y proporcionar un panorama de la situación socioeconómica desigual de este grupo poblacional poniendo énfasis en la manera que la edad y el género influyen en esta etapa de la vida. En la medida en que se disponga de información de quiénes son y cómo viven actualmente los adultos mayores indígenas, se podrán implementar programas sociales en torno a este grupo etario que también está aumentando proporcionalmente en la población indígena aunque quizás en un ritmo menor que sus similares no indígenas.

La revisión bibliográfica presentada en el capítulo anterior permitió conocer datos sobre aspectos de la dinámica demográfica e indicadores socioeconómicos de la población indígena que indican, respecto al total de la población, tasas más altas de mortalidad y fecundidad y condiciones de desigualdad socioeconómica que se reflejan en porcentajes mayores de analfabetas y menores grados educativos alcanzados, ingresos económicos inferiores y peores condiciones de acceso a servicios básicos como agua, electricidad, y drenaje. Los datos que se analizan se obtuvieron de la selección de individuos de 50 años y más que declararon en el censo de población del año 2000 ser hablantes de una lengua indígena o pertenecer a algún grupo étnico o indígena. De acuerdo a este criterio, los sujetos de estudio nacieron antes de 1950 y han vivido hasta el año 2000, por lo cual iniciaremos con un breve contexto histórico del siglo XX mexicano y en particular sobre las políticas del Estado sobre el indigenismo. El punto central del capítulo es analizar las condiciones por edad y género en que vive la población indígena de edad mayor siendo la hipótesis guía que las condiciones desfavorables en que los indígenas mexicanos viven su vejez se acentúan en las edades más avanzadas y en mujeres.

Contexto histórico

El siglo XX mexicano comienza con el régimen dictatorial de Porfirio Díaz transitando a su última etapa después de haber sido precedido por periodos de pacificación, prosperidad económica a partir del impulso de industrias como la minera y de comunicaciones que permitió colocar a México como uno de los principales países productores de metales por un lado y establecer un enorme tendido de vías férreas que comunicaron gran parte del territorio nacional,

sumado a una política de impulso de inversión extranjera y políticas que alentaban la inmigración sobre todo de población europea pues se pensaba que sólo de esa manera México sería un país próspero. A pesar de que estas políticas propiciaron cierto florecimiento en la economía mexicana también implicaron una manifiesta desigualdad social con la riqueza concentrada en un pequeño grupo de individuos, sistemas agrícolas basadas en haciendas latifundistas cuya principal riqueza no estaba en el uso de tecnología avanzada en labores del campo sino en la explotación de la mano de obra con sistemas de tienda de raya. En las ciudades la situación del obrero no era mucho mejor a pesar de que oficialmente se permitía la asociación sindical, todos los movimientos reivindicatorios de derechos sociales y económicos fueron reprimidos brutalmente por el Estado dictatorial. En resumen se puede decir que entre 1888 y 1904 en México hubo orden, estabilidad y prosperidad con un gobierno extremadamente autoritario y unipersonal, con beneficio económico para unos cuantos (González, 2000), las desigualdades sociales no sólo permanecieron sino aumentaron. Esta situación, aunada al desgaste por tiempo y edad de los gobernantes fueron el caldo de cultivo que dio origen a la revolución de 1910 y que de inicio propició la renuncia y salida del país del dictador Díaz en mayo de 1911 a sus 80 años de edad.

La segunda década del siglo XX en México se caracteriza por la lucha armada, con revolucionarios y contrarrevolucionarios enarbolando planes y programas de lucha, con la muerte y deposición de presidentes, intervención del gobierno estadounidense, traiciones, con dos líderes (Emiliano Zapata y Francisco Villa) que enarbolaron las auténticas demandas de la población como el reparto efectivo de tierras y que fueron mandados a asesinar traicioneramente por sus anteriores compañeros de luchas. Las luchas agrarias y laborales de las diferentes facciones revolucionarias alcanzaron sus metas en los artículos 3, 27 y 123 de la constitución de febrero de 1917, que daban cuenta del derecho a la educación básica, del reparto agrario y reconocían derechos laborales respectivamente (Ulloa, 2000), dando pauta a un nuevo régimen, ubicándose el año 1920 como el fin de la lucha armada. En términos demográficos este lapso implicó una regresión numérica, pasando de 15,200,000 en 1910 a 14,300,000 habitantes en México de acuerdo al censo de 1921, de ahí que suele decirse que la revolución provocó la pérdida de un millón de vidas, aunque en realidad, considerando los elementos demográficos de natalidad y migración, se estima una pérdida de 2,874,653 personas debido a los que murieron,

los que dejaron de nacer y los que emigraron a Estados Unidos en ese lapso (Ordorica y Lezama, 1993).

El periodo que va de 1920 a 1934 es considerado el inicio de la consolidación de instituciones a pesar de que la figura del caudillo constituye el factor político dominante debido al poder personal de los generales Álvaro Obregón y Plutarco Elías Calles. Este lapso, que no estuvo exento de inestabilidad política, por ejemplo el movimiento de cristeros, inició la reconstrucción económica del país, basada en la industria petrolera asentada en zonas exentas de la lucha armada, ante el deterioro sufrido por la industria minera y no se diga por la agricultura que tuvo sus excepciones como es el caso del henequén en Yucatán y la azúcar en Sinaloa. El sector agrícola en tiempos de Calles y Obregón, continuó siendo el eje del sistema económico, sin embargo la tan anunciada reforma agraria fue más de papel que real, el reparto de tierras fue insuficiente por lo que al final del callismo, hacia 1934, el grueso de campesinos seguía trabajando tierra ajena. En este lapso fue creada la Secretaría de Educación Pública lo que impactó en el alza de la tasa de alfabetismo, la producción manufacturera tuvo un desarrollo acelerado durante los años veinte, en 1931 se aprobó la Ley Federal de Trabajo que reglamentaba el artículo 123 constitucional (Meyer, 2000).

El cardenismo fue la máxima expresión real de los idearios de la revolución mexicana mediante un programa o plan sexenal que daba una gran fortaleza al Estado mediante la concentración de poder en la figura presidencial y la organización política de las masas el general Lázaro Cárdenas gobernó el país entre 1934 y 1940. Ese Estado fuerte y centralizado sería el rector de la vida económica y el gestor del desarrollo del país, y daría satisfacción a las demandas populares, principalmente a la reforma agraria, pero también a otras aspiraciones laborales, alentando huelgas obreras por mejores condiciones económicas. De las políticas nacionalistas de este periodo destaca, por trascendente y espectacular la nacionalización de la industria petrolera el 18 de marzo de 1938. En su sexenio Cárdenas impulsó una gran reforma educativa de corte socialista, creó instituciones educativas y culturales como el Instituto Politécnico Nacional y el Instituto Nacional de Antropología e Historia por mencionar dos ejemplos.

En los sexenios posteriores al de Lázaro Cárdenas el eje económico fue el sector agrícola, sin embargo, la producción industrial creció considerablemente, facilitando el desarrollo económico del país durante la década de 1950, particularmente en los grandes centros urbanos,

originando una migración masiva de localidades rurales a urbanas, con lo cual el crecimiento poblacional de las ciudades fue de forma acelerada. Entre 1943 y 1964 se implementó el programa de trabajo temporal “Bracero” que tenía la finalidad de contratar mano de obra masculina en Estados Unidos siendo principalmente las zonas rurales las que aportaron esta fuerza de trabajo. En este periodo se crearon las principales instituciones de salud pública como el IMSS y la Secretaría de Salud en 1943, la primera focalizó su atención sobre población que labora formalmente y la segunda en población sin cobertura institucional; a finales de la década de 1950 se crean el ISSSTE y otras instituciones estatales y/o gubernamentales para atender a la población adscrita laboralmente en dependencias del gobierno. La aparición de estas instituciones explica en parte la ganancia en las bajas de tasas de mortalidad durante el siglo XX. Debido al petróleo y al proceso de industrialización, México gozó de un auge económico en las décadas de 1950 a 1970, sin embargo hubo un acceso desigual a los sistemas educativos y de salud, concentración de la riqueza en unas cuantas familias, lo que aunado a la permanente crisis económica desde los finales de la década de 1970 se ha producido una gran desigualdad social hasta nuestros días, aunado al fracaso de la política económica de gobiernos de corte neoliberal, desde 1982, que impulsaron la privatización de empresas industriales y de servicios (minería, ferrocarriles, telecomunicaciones, entre otros) que estaban bajo la tutela del Estado.

En síntesis, se puede decir que las personas que en el año 2000 contaban con 50 o más años nacieron y vivieron contextos de grandes transformaciones en aspectos políticos, económicos y sociales, caracterizados por una lucha armada, avances tecnológicos, mejoras en el sistema de salud que impactó en la baja de la mortalidad, políticas de población que impulsaron la reducción de la fecundidad. Sin embargo estos cambios no sólo no han disminuido la enorme desigualdad social que afecta a los que menos tienen, se ha ensanchado a partir de las políticas económicas que empezaron a implementar los gobiernos a partir de la década de 1980 y que puede evaluarse mediante el elevado número de emigrantes que a partir de la década de 1990 han tomado la determinación de buscar mejores condiciones económicas fuera de México, particularmente en Estados Unidos.

¿Y los indígenas? Durante el porfiriato se promovió una despiadada política agraria, mediante la Ley de Colonización y Terrenos Baldíos, que favoreció la concentración de la tierra en unas cuantas familias, mientras que se daba el despojo de la misma a las comunidades campesinas, en particular indígenas, donde predominaba la propiedad comunal. Por otra parte, a

pesar de que en apariencia las leyes no discriminaban a los indígenas, en los discursos oficiales se hablaba de “blanquear” la población mexicana a partir del fomento de la inmigración europea preferentemente anglosajona ya que, de acuerdo al ideólogo del régimen porfirista Enrique Creel, 100 mil inmigrantes europeos valían más que medio millón de indios, y con el blanco llegaría la técnica, el espíritu de empresa, los buenos modales y el progreso (Bonfil, 1989:156). A pesar de la alta participación de indígenas campesinos en la lucha armada iniciada en 1910, el proyecto triunfante no fue el campesino enarbolado por Zapata y otros grupos, aunque, como se mencionó líneas atrás, en la constitución de 1917 se incorporaron leyes sobre el reparto de tierras, el programa revolucionario no incorporó la decisión de mantener una cultura indígena propia, ejercer un mayor control sobre ella y sobre esa base desarrollarla, en contraste las nuevas leyes agrarias perseguían la incorporación de la población indígena a una nueva sociedad mediante formas de tenencia que incrementaran la producción agrícola, pilar económico del desarrollo nacional, perfilando un México mestizo y no plural ni mucho menos indio (Bonfil, Op. cit.:166).

La Revolución hecha gobierno institucionalizó un proyecto político para los pueblos indios basado teóricamente en los postulados plasmados por Manuel Gamio en su texto *Forjando Patria*, dando origen a un nacionalismo mestizo que entre otros aspectos planteaba que el principal obstáculo para la construcción de la nacionalidad mexicana eran los indígenas, por lo que, si bien se consideran aspectos de la raza en términos biológicos, se plantea que características como lengua, cultura y condiciones económicas pueden ser modificados, inducidos o transformados básicamente con la educación, mediante lo cual gradualmente las diferencias (en realidad se consideraba atrasos ya que partían de una concepción evolutiva cultural) por cuestiones de raza indígena desaparecerían incorporándose a la emergente nación mestiza (Warman, 2003:81), se trata entonces de incorporar al indio, desindianizarlo, hacerlo perder su especificidad cultural e histórica (Bonfil, Op. cit.:171). José Vasconcelos, fundador de la Secretaría de Educación Pública intentó instrumentar las ideas de formar una nueva sociedad a través de la educación, con la exaltación de las culturas antiguas, sobre todo las occidentales. La idea vasconceliana era llegar al progreso mediante la liberación del mexicano, por medio de la educación occidentalizada. La raza de bronce es la mezcla que representa al mestizo, pero instruido al estilo occidental. Con esto, Vasconcelos condenaba a los indígenas, a que abandonaran su propia identidad y adoptaran otra, la de la mexicanidad, construida desde una visión nacional-revolucionaria, como producto del movimiento armado que pretendía la

construcción de un México como nación moderna, es decir, occidentalizada (Sámano, 2004:144). En este contexto, en 1922 se crean las escuelas rurales, en 1925 se echan a andar las Misiones Culturales y en 1931 Moisés Sáenz encabeza el equipo que llevará a cabo el plan piloto de educación indígena en Carapan, Michoacán (Bonfil, Op. cit.: 172).

Con el sexenio de Lázaro Cárdenas dio inicio lo que se conoce como el indigenismo oficial con la creación, a finales de 1935, del Departamento Autónomo de Asuntos Indígenas (DAAI), dependiendo directamente del presidente de la República, cuyas funciones eran promover la política del gobierno federal y estatales para atender los problemas indígenas y gestionar los recursos económicos necesarios de las dependencias oficiales para tratar de solucionarlos. Otras políticas cardenistas en materia indígena fueron: creación en 1936 de la primera comisión Intersecretarial en la Tarahumara para investigar las condiciones de vida de los indígenas que la habitaban, en 1937 se creó el Departamento de Educación Indígena en la Secretaría de Educación Pública (SEP); ese mismo año se crearon dos comisiones intersecretariales más: una para la región otomí en Hidalgo y otra en la mixteca oaxaqueña. En 1939 se creó el Consejo de Lenguas Indígenas, y en 1940 se realizó el Primer Congreso Indigenista Interamericano, en Pátzcuaro, Michoacán, donde se acordó la creación del Instituto Indigenista Interamericano, cuya sede es la Ciudad de México (Sámano, Op. cit.: 146). Los sexenios posteriores continúan con las políticas de asimilación del indígena, en 1948 se creó el Instituto Nacional Indigenista (INI), como un organismo de investigación, consulta, información y ejecución, su primer director fue Alfonso Caso, cuyo planteamiento era que los indígenas se modernizaran y dejaran de ser indígenas, para convertirse en mexicanos, hablando español, para tener acceso a las instituciones oficiales que había creado el Estado mexicano durante varios años, es decir un continuador de las ideas de Gamio y Vasconcelos. En los siguientes sexenios se crearon diferentes Centros Coordinadores Indigenistas (CCI) como el de la región Tzeltal-Tzoltzil en San Cristóbal de las Casas, en la región tarahumara, tres en diferentes regiones indígenas de Oaxaca; durante el periodo de López Mateos se crearon cinco Centros Coordinadores, y durante el periodo de Díaz Ordaz sólo se creó un Centro Coordinador en la Sierra Norte de Puebla. Durante el periodo echeverrista se crearon la mayoría de los CCI pues pasaron de 12 a 70, y el presupuesto del INI se vio favorecido por varios programas implementados por el gobierno federal, como el PIDER (Programa de Inversiones para el Desarrollo Rural), CONASUPO,

INMECAFE, FONART y otros fideicomisos, que fueron creados para impulsar el desarrollo rural (Limón, 1994: 520).

A mediados de la década de 1970 se abrió paso un nuevo lenguaje indigenista en las esferas oficiales con propuestas a favor de una política de respeto y estímulo al pluralismo étnico del país, como alternativa al camino de la integración forzosa. Entre tanto la acción indigenista cobró mayor dimensión gracias al programa federal Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), con el fin de coordinar programas de alimentación, salud, educación, producción, aprovechamiento de recursos, caminos, agua potable, mejoramiento de vivienda y electrificación. Se trataba de un programa integral para áreas deprimidas o pobres y para marginados, como los indígenas, donde al INI se le otorgaban amplias facultades de decisión. Esta política del sexenio de López Portillo, junto con el Sistema Alimentario Mexicano (SAM), convirtieron la política en asistencialista contradiciendo el discurso oficial de reconocimiento a la pluralidad y posible autogestión de los pueblos indígenas.

En el sexenio de Miguel de la Madrid en el discurso se siguió con el reconocimiento de la realidad pluricultural del país, sin embargo la política indigenista, como toda la política pública y social en este periodo, dio un giro en sentido contrario al Estado benefactor hacia una economía de mercado, lo que significó un cambio estructural para la sociedad mexicana, y los pueblos indígenas se vieron afectados. A partir de 1988 la política salinista cambió en materia indígena, la “gran solución” para los pobres, entre ellos los indígenas, fue el Programa Solidaridad, y en varias localidades se establecieron Comités Comunitarios, para solicitar obras al gobierno federal. En septiembre de 1990 México ratificó el Convenio 169 de la OIT, y una vez ratificado por el Senado de la República entraron en vigor en septiembre de 1991, donde por primera vez se reconocía que México era una nación pluricultural, sustentada en sus pueblos indígenas.

La política indigenista a partir del 1o. de enero de 1994 se vio empañada por el levantamiento zapatista a causa de la entrada en vigor el Tratado de Libre Comercio, que era considerada como una política negativa para los productores de subsistencia campesina, principalmente los indígenas, además de otras demandas que el gobierno mexicano no había atendido, como era el reconocimiento de los derechos indígenas, ya que después de la reforma constitucional del artículo 4o. no se había reglamentado el reconocimiento de los derechos y la cultura indígenas.

La política zedillista en materia indígena fue una continuidad de la salinista, que trató de resolver primero por medio de la presencia militar y después negociando con los zapatistas, llegando al reconocimiento de los derechos y la cultura indígena y de la autonomía y derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas, plasmados en los Acuerdos de San Andrés Larráinzar, que el gobierno no tuvo voluntad política ni siquiera de enviar al Congreso para su discusión y mucho menos su cumplimiento (Sámano, Op. cit.).

Es hasta el sexenio encabezado por Fox que dichos acuerdos, gracias a la presión social de los 1,111 zapatistas respaldada por el Congreso Nacional Indígena (CNI), fueron remitidos al Congreso de la Unión, sin embargo lo aprobado contradice en los hechos el espíritu original de lo acordado en San Andrés Larainzar, dejando en veremos el derecho de autodeterminación de los pueblos indígenas mexicanos.

Este es el contexto histórico que nos permite ubicar las condiciones en que uno de los grupos sociales que más ha padecido la desigualdad social en México, el de la población indígena de 50 años y más llega al fin del siglo XX, para lo cual en los siguientes párrafos se analizan las características socioeconómicas en las que vive este grupo de la población de acuerdo a los datos censales del año 2000.

Fuente de información y muestra de estudio

Para alcanzar el objetivo y contrastar la hipótesis planteada se utiliza la información del XII censo general de población y vivienda (INEGI, 2000) y en particular de la muestra del 10% del censo a nivel nacional, seleccionando a los individuos de 50 años o más que pueden ser ubicados como indígenas. Se clasificó como indígena a la población que cumpliera al menos uno de los siguientes criterios: hablar lengua indígena o auto adscribirse a un grupo indígena, que son las dos variables contempladas en el cuestionario censal ampliado, de tal forma que la muestra de interés es de 220,157 individuos que representan a 1,296,045 indígenas mexicanos de 50 años o más de acuerdo al factor de ponderación.

Las características que se consideran bajo el supuesto de que dentro de la población indígena generan categorías de desigualdad son sexo y edad. Para la edad se consideraron los grupos quinquenales: 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74 y 75-79 además del grupo abierto 80 ó más (80+). De esta manera, la población de estudio está compuesta por 50.2% hombres y 49.8% mujeres; en cuanto a la edad, 23.9% están entre 50 y 54 años, 19.3% corresponde a 55-59, 17.7%

se encuentran en el grupo de 60 a 64 años, 12.7% en el de 65-69, 10.2%, posee una edad entre 70 y 74 años, 7.2% entre 75 y 79 años y el 9% restante tiene 80 o más años.

Se analiza información a nivel personal como tamaño de la localidad de residencia, escolaridad, situación conyugal, religión, situación económica, atención a la salud y condición de actividad económica (trabajo, jubilaciones, ingresos), condición de derechohabiente, y discapacidades. Por otra parte se examinan características de las viviendas y los hogares donde habitan las personas que constituyen los sujetos de estudio, por lo que se imputaron las variables correspondientes desde la base de datos de viviendas.

Algunas de las variables que se trabajan fueron recodificadas, por ejemplo el parentesco incluye sólo tres grupos; jefe del hogar, cónyuge del jefe del hogar y otro tipo de parentesco; en estado conyugal se consideraron tres categorías: “en unión”, donde se incluye todas aquellas personas casadas por el civil, por la iglesia o de ambas maneras, además de las que manifestaron estar en unión libre; “han disuelto su unión” se refiere a los adultos mayores que manifestaron estar divorciados o separados tanto de matrimonio como de unión libre; “viudos”, son los hombres o mujeres que han sufrido la pérdida de su cónyuge y no han vuelto a contraer algún tipo de unión; la última categoría corresponde a los solteros.

Para escolaridad se consideraron dos variables: alfabetismo y número de años formales de estudio. La variable derechohabiente tiene sólo dos categorías: los que tienen al menos un tipo de servicio médico público y los que no tienen. El servicio médico utilizado contempla el desglose de todas las instituciones de salud. Se presenta la descripción de cada discapacidad tanto física como mental contemplada en el cuestionario. El análisis estadístico es de tipo descriptivo.

De las cifras presentadas en el cuadro 1 sobre la composición de la población de 50 años y más por sexo llama la atención que en población indígena, de acuerdo a valores del índice de masculinidad, en la mayoría de los grupos de edad no se presenta lo que se denomina “feminización del envejecimiento” es decir un mayor número absoluto de mujeres que hombres, expresándose lo contrario, una tendencia a más hombres que mujeres, hasta antes de los 80 años. Sólo en el grupo de mayor edad se muestra la existencia de casi 91 hombres por cada 100 mujeres, cifra mayor al 72.5% de la población mexicana no indígena de 75 años (Castrejón, 2005).

Cuadro 1
Distribución de la población indígena de 50 años y más por edad y sexo
e índice de masculinidad, muestra ponderada

Edad		Hombres	Mujeres	Total	Índice de Masculinidad
50-54	N	155,982	153,789	309,771	101.4
	%	24.0	23.8	23.9	
55-59	N	125,538	124,875	250,413	100.5
	%	19.3	19.4	19.3	
60-64	N	117,145	111,871	229,016	104.7
	%	18.0	17.3	17.7	
65-69	N	80,856	83,335	164,191	97.0
	%	12.4	12.9	12.7	
70-74	N	67,575	65,211	132,786	103.6
	%	10.4	10.1	10.2	
75-79	N	48,300	44,896	93,196	107.6
	%	7.4	7.0	7.2	
80+	N	55,493	61,179	116,672	90.7
	%	8.5	9.5	9.0	
Total	N	650,889	645,156	1,296,045	100.9
	%	100.0	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

La explicación de este comportamiento en población indígena puede deberse, entre otros factores, a las altas tasas de mortalidad que aún en nuestros tiempos presenta este grupo social, en particular la mortalidad infantil y la materna, situación que se exagera si se considera que los individuos que conforman la muestra nacieron antes de 1950, donde las condiciones sociales y económicas para los indígenas eran aún peores que las que actualmente se presentan en zonas rurales y en particular las habitadas por población indígena, lo cual repercute en peores condiciones de salud y por tanto en la mortalidad. Otro factor que puede estar influyendo es el de las migración femenina del campo a la ciudad ya sea para integrarse a trabajos domésticos o bien en edades adultas, después de enviudar, para reunificarse con los hijos que migraron previamente, situación contraria a la de hombres, donde probablemente los que de jóvenes migraron a trabajar a edades avanzadas retornen, ya sea por el arraigo o bien por la tenencia de la tierra (Ham, 2003:180). Tampoco debe descartarse una posible omisión de parte del familiar encargado de proporcionar la información censal, así como la dificultad lingüística para obtener información directa de las mujeres indígenas de edad mayor.

Localidad de residencia

A pesar de que en los últimos 40 años del siglo pasado en México se produjo un aumento considerable de la población que habita en zonas más urbanizadas, poco más de tres cuartas partes de los indígenas de edad media y mayor vive en localidades de menos de 15,000 habitantes, teniendo su residencia en segundo lugar en ciudades de mayor tamaño, indicando que la migración indígena se realiza directamente del campo a ciudades mayores, seguramente capitales estatales o bien a una gran zona metropolitana del país y en menor proporción a ciudades más cercanas, pero más pequeñas, quizás cabeceras municipales. Las variaciones por sexo y grupo de edad no parecen indicar diferencias que permitan plantear algún patrón particular del lugar de residencia de los adultos mayores indígenas.

Cuadro 2
Distribución de la población indígena de 50 años y más por tamaño de la localidad según sexo, grupo de edad, muestra ponderada

Sexo	Edad en rangos	Tamaño de localidad (número de habitantes)			
		1 a 14,999	15,000 a 99,999	100,000 a 499,999	500,000 y más
Hombre	50-54	74.3	7.2	2.2	16.2
	55-59	77.0	7.2	1.8	14.0
	60-64	78.5	6.8	1.6	13.1
	65-69	78.0	7.5	1.7	12.9
	70-74	79.4	7.1	2.0	11.5
	75-79	77.4	8.0	1.6	12.9
	80+	79.1	7.6	1.7	11.6
Mujer	50-54	75.8	7.2	1.9	15.2
	55-59	76.7	7.1	2.0	14.2
	60-64	78.8	7.2	1.7	12.2
	65-69	78.1	7.5	1.7	12.7
	70-74	76.4	7.8	2.2	13.6
	75-79	75.0	7.9	2.2	14.9
	80+	77.2	8.1	1.4	13.3

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

En países desarrollados ha sucedido que las personas al llegar a edades mayores migran de ciudades grandes a ciudades pequeñas, que les garanticen tranquilidad y servicios de salud, y en general condiciones de vida mejores para transcurrir la última etapa de su vida, característica que probablemente se deba a las buenas condiciones económicas en las que la población de estos países accede en la vejez. Quizás a una situación económica contraria, y en busca de mejorar sus

condiciones de vida, la población indígena parece estar migrando de zonas rurales a ciudades medianas, ya que más del 7% de los encuestados habitan en localidades que tienen entre 15,000 y 99,999 habitantes, aspecto que podría explicarse también por el crecimiento demográfico de poblaciones rurales antiguas.

Características de la vivienda

Una de las variables que más se toma en cuenta, por su capacidad de discriminación, en cuanto al nivel económico y las condiciones de salud de las personas, es el material de los pisos de las viviendas.

Cuadro 3
Características de los pisos de las viviendas de la población indígena de 50 años y más según sexo y edad, muestra ponderada

Sexo	Edad en rangos	¿De qué material es la mayor parte de los pisos?		
		Tierra	Cemento o firme	Madera, mosaico u otros recubrimientos
Hombre	50-54	42.6	45.6	11.8
	55-59	44.0	44.5	11.6
	60-64	45.6	43.7	10.7
	65-69	42.0	45.9	12.0
	70-74	44.8	43.8	11.5
	75-79	41.6	45.0	13.4
	80+	45.0	43.1	11.9
	Mujer	50-54	44.8	43.8
55-59		44.5	44.8	10.7
60-64		45.8	43.5	10.7
65-69		43.5	45.2	11.2
70-74		44.1	44.0	11.8
75-79		41.6	44.9	13.5
80+		43.4	43.1	13.5

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

El cuadro 3 indica las condiciones precarias en que vive la mayor parte de la población indígena mayor, independientemente del sexo y la edad; las cifras muestran que el porcentaje de personas habitando en una vivienda con piso de tierra oscila entre 41% y 46%. Otro aspecto que impacta en la vida cotidiana de las personas es el acceso al agua, la ausencia de este servicio básico se relaciona con “enfermedades de la pobreza” como las infectocontagiosas y

gastrointestinales. La calidad del agua tiene que ver con la forma de colectarla, transportarla y conservarla, así como con su uso en la preparación de alimentos (Embriz y Ruiz, 2003:100). Los datos obtenidos indican que sólo cerca del 40% de los indígenas de edad mayor habitan en hogares que cuentan con el líquido vital dentro de su vivienda o terreno, de acuerdo a las cifras mostradas en el cuadro 4, siendo las mujeres de mayor edad (80+) las que en un porcentaje menor tienen más dificultades de acceso.

Aunque el servicio de electricidad en las viviendas tiene una cobertura mayor, la desigualdad social en que vive la población indígena también se manifiesta en este servicio, ya que poco más del 15% de los sujetos de estudio habitan hogares que no disponen de este servicio; las cifras son similares en los diferentes grupos de edad y sexo. Otro dato importante para medir las condiciones de vida es que entre 20% y 25% de la población mayor indígena no cuenta con servicio sanitario en su vivienda. Los hombres de 80 o más años son los que presentan más carencias en cuanto a los servicios de electricidad y servicio sanitario.

Cuadro 4
Características de disponibilidad de servicios de las viviendas
de la población indígena de 50 años y más según sexo y edad, muestra ponderada

Sexo	Edad en rangos	Disponibilidad de agua en la vivienda o terreno	Cuenta con electricidad	Cuenta con servicio sanitario
Hombre	50-54	41.7	84.5	78.8
	55-59	42.0	84.7	78.5
	60-64	42.1	83.2	76.5
	65-69	41.9	84.6	77.3
	70-74	41.7	83.8	74.4
	75-79	42.5	84.2	75.2
	80+	41.3	82.3	73.7
Mujer	50-54	41.9	85.1	77.9
	55-59	42.7	84.5	78.5
	60-64	41.5	83.5	75.7
	65-69	42.5	84.7	76.8
	70-74	40.6	84.3	75.1
	75-79	41.1	85.4	76.0
	80+	39.4	84.5	75.4

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

Cuadro 5
Lugar donde se deposita el drenaje de las viviendas de la población indígena de 50 años y más según sexo y edad, muestra ponderada

Sexo	Edad en rangos	A la red pública	A una fosa Séptica	A una tubería que va a dar a una barranca o grieta	A una tubería que va a dar a un río, lago o mar	No tiene drenaje
Hombre	50-54	21.3	15.4	2.8	1.3	59.2
	55-59	21.1	14.8	2.8	1.3	59.9
	60-64	19.5	15.4	2.9	1.5	60.7
	65-69	19.8	16.7	3.0	1.3	59.2
	70-74	18.9	15.5	2.9	1.3	61.3
	75-79	19.4	16.5	2.6	1.3	60.2
	80+	18.8	16.2	2.6	1.1	61.3
Mujer	50-54	20.8	15.0	2.9	1.2	60.1
	55-59	20.5	14.8	3.0	1.3	60.4
	60-64	18.6	15.6	3.0	1.7	61.1
	65-69	20.7	15.4	2.8	1.3	59.8
	70-74	20.4	15.2	3.1	1.2	60.0
	75-79	22.1	15.3	2.7	1.3	58.6
	80+	21.9	15.2	3.3	1.4	58.3

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

Cuadro 6
Tipo de tenencia de la vivienda de la población indígena de 50 años y más según sexo, grupo de edad, muestra ponderada

		Propia	Rentada	Prestada, la cuidan o en otra situación
Hombre	50-54	90.0	3.8	6.3
	55-59	91.3	2.6	6.1
	60-64	92.0	2.3	5.8
	65-69	92.2	1.7	6.1
	70-74	92.1	1.6	6.3
	75-79	91.7	1.6	6.7
	80+	91.1	1.6	7.3
Mujer	50-54	91.3	2.8	5.9
	55-59	91.9	2.5	5.6
	60-64	91.8	2.2	6.0
	65-69	91.9	1.9	6.2
	70-74	90.8	2.2	7.0
	75-79	90.7	2.0	7.3
	80+	90.5	1.6	7.9

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

Siguiendo con los servicios básicos de las viviendas, los datos obtenidos indican que cerca del 60% de los sujetos de estudio habitan casas que no cuentan con drenaje; aproximadamente una quinta parte de la población indígena de edad mayor depositan su drenaje a la red pública, de acuerdo a las cifras calculadas y reportadas en el cuadro 5.

Por lo que respecta a la tenencia de la vivienda, los datos del cuadro 6 muestran que poco más del 90% de la población indígena de edad mayor vive en casa propia, es decir no tienen necesidad de realizar erogaciones por concepto de renta de vivienda, lo cual es explicado por las costumbres campesinas e indígenas en particular, de transmisión y reparto de propiedades entre generaciones vía la herencia. Por lo tanto, a la vista de este indicador y con los datos referenciados en los párrafos precedentes sobre las características de las viviendas, se puede afirmar que los indígenas mexicanos de edad mayor habitan viviendas propias que se encuentran en situaciones precarias.

Las cifras presentadas no hacen más que manifestar las condiciones de pobreza en que vive la población descendiente de los habitantes originarios de México, como consecuencia de múltiples formas de exclusión, donde el crecimiento económico del pasado, la democracia y la equidad no fueron combinados suficientemente y el resultado es una sociedad altamente heterogénea y desigual, siendo la población indígena una de las más afectadas.

Composición de hogares

La composición de los hogares es resultado de los descensos de la fecundidad, los incrementos de la esperanza de vida, los cambios en las edades a la primera unión, las nuevas actitudes hacia la separación, las prácticas migratorias y el aumento porcentual de personas de edad mayor (Ham, 2003:210). Los datos del cuadro 7 indican que la mayor parte de los indígenas de edad avanzada viven en hogares nucleares o ampliados; sin embargo hay características heterogéneas que permiten inferir diferencias por las dos variables de contraste, sexo y edad, respecto al tipo de hogar¹⁴. Las personas en edades avanzadas tienden a disminuir su participación dentro de los hogares nucleares conforme su edad avanza, e incrementan su pertenencia en hogares ampliados

¹⁴ Los hogares se clasifican como **nucleares** si se conforman con la pareja e hijos, sólo la pareja o uno de los padres y los hijos. Un hogar **ampliado** es un hogar nuclear al que se agregan otros parientes. Los hogares **compuestos** son hogares nucleares o ampliados que incluyen miembros no familiares diferentes de los empleados domésticos. Un hogar **corresidente** es aquel que ninguno de sus miembros tiene relación de parentesco con el jefe. Los hogares **unipersonales** se forman sólo con una persona. En todos los casos puede haber empleados domésticos y sus familiares. Ham (2003:211)

y unipersonales. Esta dinámica es más lenta en el caso de hombres y notoriamente más rápida en mujeres.

En el hogar ampliado el porcentaje de hombres es menor, debido a una incidencia más acentuada de mujeres cuya situación conyugal es divorciada, separada o viuda como se analizará más adelante. Al aumentar la edad, la proporción de individuos en hogares ampliados aumenta, al mismo tiempo que la diferencia entre las proporciones de hombres y mujeres se acentúa.

El hogar unipersonal ha llamado la atención por su rápido crecimiento porcentual en tiempos recientes. Los datos del cuadro 7 indican un mayor porcentaje de mujeres viviendo en hogares unipersonales; sin embargo, se observa una relación directa con el incremento de la edad, acentuándose las diferencias por género en los grupos de edad mayor. Las personas que viven en hogares corresidentes, asilos y/o casas de asistencia, representan un porcentaje muy bajo de la población indígena mayor, debido a que la presencia de estas instituciones es principalmente en las grandes ciudades.

Cuadro 7
Caracterización del hogar que habita la población indígena de 50 años y más según sexo y edad, muestra ponderada

Sexo	Edad en rangos	Tipo de hogar				
		Hogar Nuclear	Hogar ampliado	Hogar compuesto	Hogar unipersonal	Hogar corresidente
Hombre	50-54	60.8	34.3	0.7	3.2	0.2
	55-59	57.4	37.5	0.7	3.5	0.1
	60-64	53.1	39.8	0.8	5.3	0.2
	65-69	50.3	41.8	0.8	6.3	0.1
	70-74	49.1	41.5	0.8	7.7	0.1
	75-79	44.9	43.8	0.8	9.5	0.3
	80+	40.6	47.8	0.9	9.5	0.2
Mujer	50-54	53.5	42.1	0.9	2.3	0.2
	55-59	48.9	46.0	0.7	3.3	0.2
	60-64	43.0	49.0	0.8	6.3	0.2
	65-69	36.7	52.9	0.7	8.3	0.3
	70-74	31.7	56.1	0.8	10.6	0.1
	75-79	29.0	56.4	0.8	12.5	0.3
	80+	19.0	66.0	1.0	12.3	0.4

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

Tomando en cuenta que la mayoría de los hogares donde viven los indígenas de edad mayor son nucleares o ampliados, es interesante conocer cuál es el rol que juegan estos

individuos al interior del hogar. Las cifras del cuadro 8 pueden ayudar a responder en parte este cuestionamiento; en primer lugar existe una clara diferenciación por género y edad, los hombres poseen en mayor proporción la jefatura del hogar sin embargo este papel disminuye conforme avanza la edad, caso contrario a lo que sucede con las mujeres donde la proporción de jefas aumenta al incrementarse la edad. Hay dos factores que pueden estar influyendo en este patrón: la mayor esperanza de vida de las mujeres y la diferenciación en el estado conyugal. A mayor edad las mujeres tienden a estar solas (por viudez, separación o divorcio) en mayor proporción que los hombres. El aumento en la proporción de mujeres jefas parece estar relacionado con la disminución de porcentaje en la categoría cónyuge.

Cuadro 8
Relación con el jefe del hogar, población indígena de 50 años y más
según sexo y edad, muestra ponderada

Sexo	Edad en Rangos	Parentesco con el jefe del hogar		
		Jefe	Cónyuge	Otro
Hombre	50-54	91.9	2.6	5.6
	55-59	92.5	2.4	5.1
	60-64	91.7	2.5	5.8
	65-69	90.3	2.5	7.2
	70-74	88.1	2.4	9.5
	75-79	84.5	2.3	13.2
	80+	73.4	2.1	24.5
Mujer	50-54	21.3	67.5	11.3
	55-59	24.0	64.4	11.6
	60-64	29.0	54.0	17.0
	65-69	30.0	48.6	21.4
	70-74	33.4	36.4	30.3
	75-79	35.1	29.9	35.1
	80+	32.9	14.1	53.0

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

Una diferencia notoria entre hombres y mujeres está en el rubro de otro parentesco donde los porcentajes de mujeres que tienen un rol diferente al de jefe de hogar o cónyuge del jefe de hogar son mayores que hombres y se incrementan notoriamente al aumentar la edad. Una posible explicación de este fenómeno es que ante la viudez las mujeres pasan a ser madres o suegras del jefe, aunque también pueden ocupar otro rol dentro del hogar de otro familiar. Varios estudios antropológicos han documentado las diferentes formas en que los grupos indígenas establecen sus relaciones de parentesco, siendo muy diferentes de comunidad en comunidad independiente

de que se trate de hablantes de la misma lengua, por lo que la explicación de la manera en que se dan las relaciones de parentesco no es asunto que se pueda generalizar.

Otro aspecto que tiene relación con la composición del hogar es el número de personas que lo integran. En el cuadro 9 se puede observar que al aumentar la edad se presenta una tendencia a la reducción del número de personas con que cohabitan los indígenas de edad mayor. A pesar de que existe una mayor tendencia de mujeres a vivir en hogares unipersonales, no se presenta un comportamiento diferencial por género en el promedio de personas cohabitando con los indígenas de edad mayor, salvo en los dos primeros grupos de edad donde las cifras para hombres son ligeramente mayores.

En el caso de las mujeres mayores indígenas se infieren ciertos lazos o redes familiares y sociales más estrechas que se expresan al aumentar la edad, lo cual propicia que el tamaño del hogar se mantenga con menores variaciones en las diferentes edades a pesar de los cambios en la situación conyugal.

Cuadro 9
Total de integrantes del hogar de la población indígena de 50 años y más
según sexo y edad, muestra ponderada

Sexo	Edad en Rangos	Media	Cuartil 1	Mediana	Cuartil 3
Hombre	50-54	5.6	4	5	7
	55-59	5.3	3	5	7
	60-64	4.7	3	4	6
	65-69	4.4	2	4	6
	70-74	4.3	2	3	6
	75-79	4.2	2	3	6
	80+	4.3	2	3	6
Mujer	50-54	5.1	3	5	6
	55-59	4.7	3	4	6
	60-64	4.3	2	4	6
	65-69	4.2	2	4	6
	70-74	4.3	2	3	6
	75-79	4.2	2	3	6
	80+	4.4	2	4	6

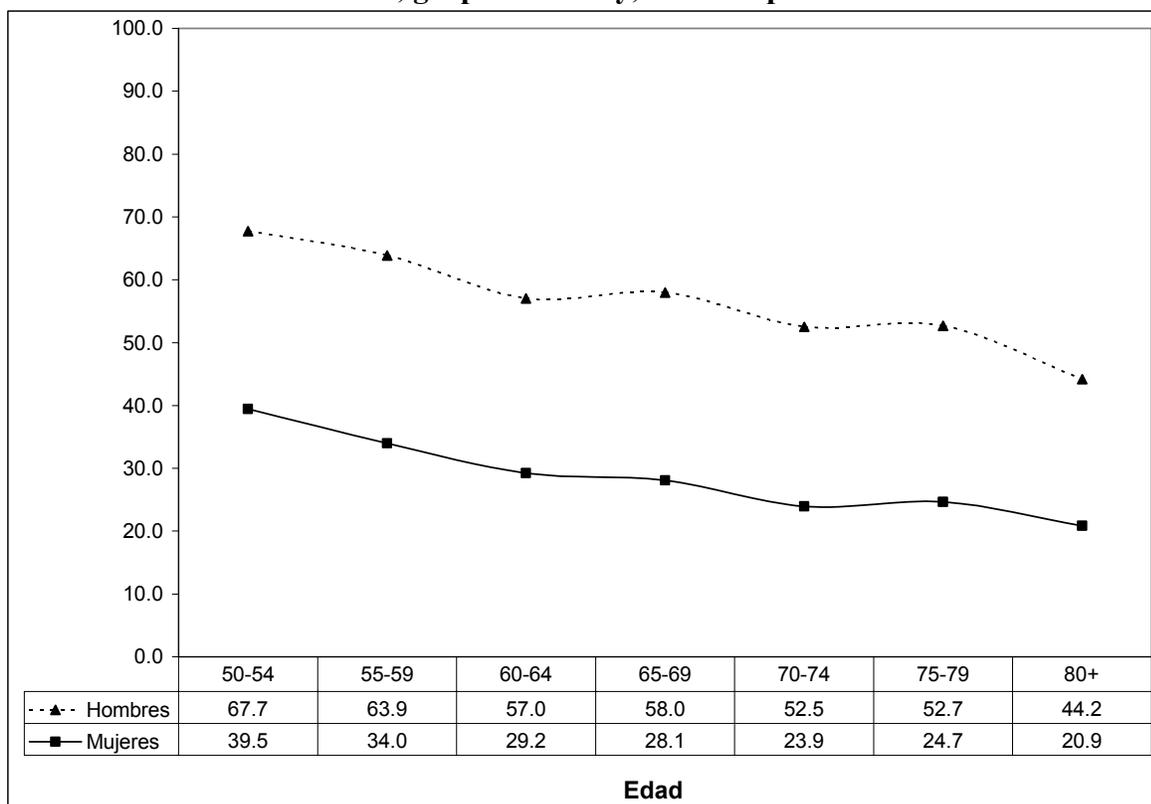
Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

Escolaridad

El alfabetismo y la escolaridad son variables con alta capacidad de discriminación y permiten evaluar y predecir condiciones sociales y económicas y en mucho pueden determinar las oportunidades que intervienen sobre el bienestar personal y del entorno familiar y social. En

México, la escolaridad es desigual y con grandes rezagos. La cantidad y calidad de la educación que se imparte y se recibe dependen de la clase social, del medio rural o urbano, del sexo y también de la cohorte de edad a la que se pertenece y, por tanto, con rasgos propios cuando se trata de las edades avanzadas (Ham, Ybáñez y Torres, 2003:83).

Gráfica 1
Población indígena alfabetizada de 50 años y más según
sexo, grupo de edad y, muestra ponderada



Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

La habilidad para leer y escribir es de gran importancia para recibir y transmitir información, con la cual se adquiere instrucción esencial de comportamiento y desempeño de actitudes y acciones fundamentales para la salud y el bienestar. Durante el siglo XX, la política de asimilación ha puesto énfasis en la educación de la población indígena, para lo cual se han construido subsistemas como el de educación indígena. Por otro lado diferentes gobiernos han realizado campañas de alfabetización dirigidas principalmente a zonas rurales e indígenas en particular. Sin embargo las generaciones de indígenas nacidas antes de 1950 están muy por debajo de haber cumplido con las expectativas plateadas, de acuerdo a las cifras que se presentan en la gráfica 1, y donde puede observarse un decremento de la población alfabetizada al

aumentar la edad en todos los grupos analizados. Tomando en cuenta el género, los datos indican niveles de alfabetización significativamente menores en mujeres.

Las cifras del cuadro 10 indican que el patrón de alfabetización se repite en cuanto a los años de estudio; por ejemplo, tomando en cuenta el género se observa que las mujeres tuvieron menores oportunidades de alcanzar mayor número años de estudios que los hombres, mientras que el aumento de la edad implica una drástica reducción del número de años de estudio, con lo que se observa un efecto cohorte, debido a la deficiente infraestructura educativa a la que podrían optar los indígenas mexicanos nacidos durante la primera mitad del siglo XX. Los datos referentes a la mediana indican que al menos los hombres indígenas, sobre todo en las generaciones más recientes, lograron estudiar algunos años de primaria, en contraste con más de la mitad de las mujeres de todos los grupos de edad que no tuvieron acceso a ningún grado de escolaridad lo cual indica que, sumado a la escasa infraestructura se añade el rol desventajoso asignado a la mujer indígena en sus comunidades, donde si hay posibilidad de acudir a la escuela se le da prioridad al hijo varón.

Cuadro 10
Escolaridad (años aprobados) de la población indígena de 50 años y más
según sexo y edad, muestra ponderada

Sexo	Edad en rangos	Media	Cuartil 1	Mediana	Cuartil 3
Hombre	50-54	3.7	0	3	6
	55-59	3.1	0	2	4
	60-64	2.6	0	2	3
	65-69	2.3	0	2	3
	70-74	2.0	0	1	3
	75-79	2.0	0	1	3
	80+	1.6	0	0	3
Mujer	50-54	2.1	0	0	3
	55-59	1.6	0	0	3
	60-64	1.3	0	0	2
	65-69	1.2	0	0	2
	70-74	1.1	0	0	1
	75-79	1.1	0	0	1
	80+	0.9	0	0	0

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

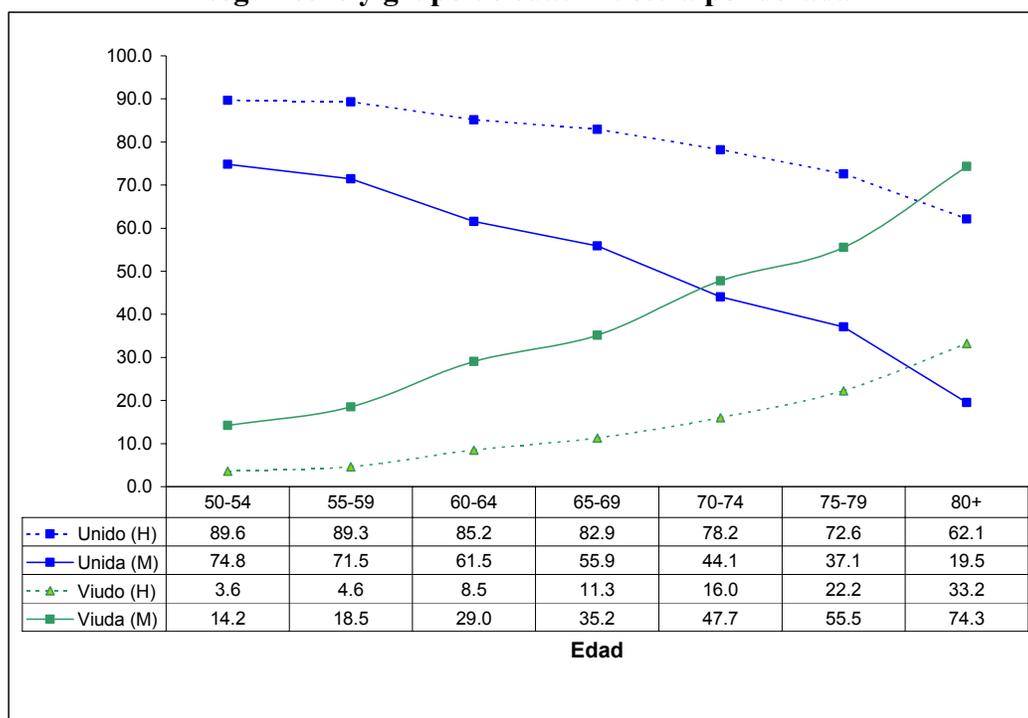
En suma, además de la condición indígena de la población, cuando los sujetos de estudio eran niños el sistema educativo mexicano era limitado, mayormente establecido en zonas urbanas, con grandes deficiencias prevaleciendo un gran debate ideológico en torno al indigenismo y a la

educación, la cual era visualizada como instrumento para la integración cultural de este grupo social, a la sociedad occidental dominante.

Situación conyugal

Las relaciones familiares son cruciales para la manutención y el bienestar de la población de edad avanzada. Entre estas relaciones destaca en importancia la situación conyugal; contar con el cónyuge representa beneficios primordiales sentimentales y psicológicos, la posibilidad de atención y cuidados mutuos y la oportunidad de apoyo material y moral. La soledad puede ser un factor de depresión en la vejez además de no poder contar con los cuidados y el apoyo ante los cada vez más frecuentes problemas de salud. Los datos de las gráficas 2 y 3 presentan un patrón diferencial muy marcado por género; la proporción de mujeres unidas¹⁵ es menor que el de hombres y que al aumentar la edad disminuye el porcentaje de individuos unidos; en oposición el porcentaje de viudas es mayor que el de viudos, incrementándose respecto a la edad. En los grupos de mayor edad las diferencias por género se acentúan.

Gráfica 2
Situación conyugal de la población indígena de 50 años y más
según sexo y grupo de edad muestra ponderada

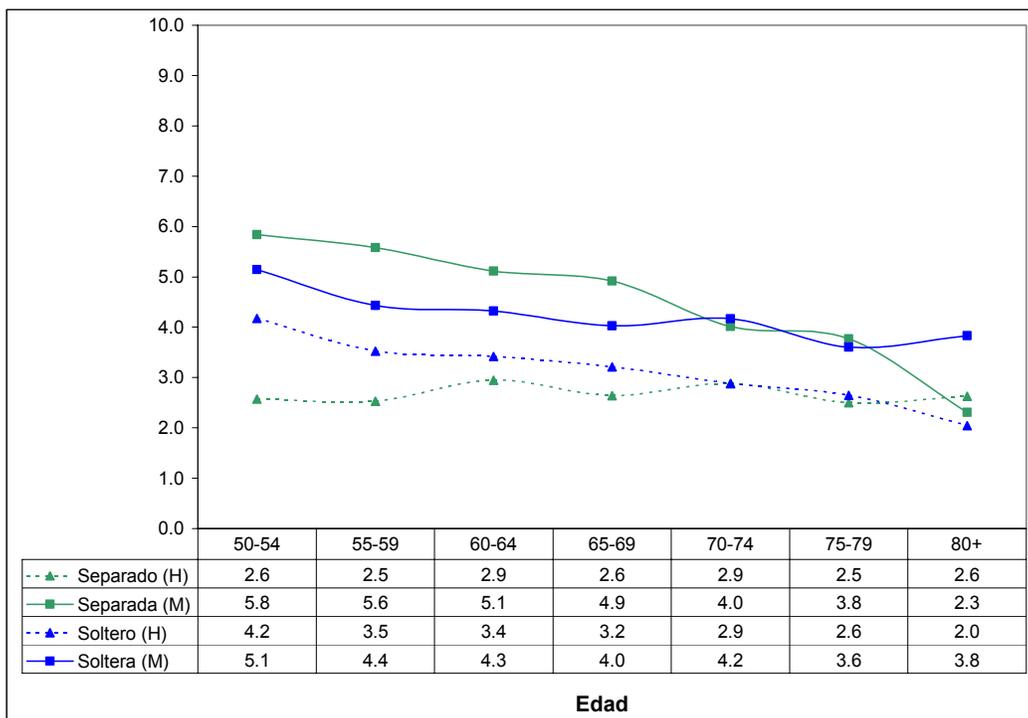


¹⁵ Los estados conyugales se construyeron a partir del estado civil. Unido se refiere a unión libre, casado por el civil, la iglesia o ambas. Separado se refiere a la separación de una unión libre, separación de un matrimonio por la iglesia o el divorcio civil.

Las mujeres han disuelto su unión en proporción mayor que los hombres presentándose una disminución en esta característica en edades más avanzadas. El porcentaje de individuos que nunca se han casado (solteros) es mayor en mujeres, aunque las mujeres de mayor edad presentan una leve disminución porcentual.

Los porcentajes de personas sin pareja permanecen prácticamente sin cambios, en tanto los unidos disminuyan al considerar edades mayores y los de viudez se incrementen, indicando claramente que las transformaciones en la situación conyugal se deben principalmente a la mortalidad del cónyuge. La mayor supervivencia femenina da lugar a más viudas, a lo que se agrega que los hombres hacen pareja con mujeres de menor edad, aunado a los patrones culturales de la población indígena que ven más natural que un hombre tenga una segunda pareja luego de la separación o la viudez, en contraste con las mujeres, marcando una diferenciación por género.

Gráfica 3
Situación conyugal de la población indígena de 50 años y más,
según sexo y grupo de edad muestra ponderada



Religión

Para algunas personas de edad mayor, la religión juega un papel fundamental en cuanto se convierte en una construcción simbólica que permite a las personas mayores afrontar problemas

de salud, económicos y familiares en la última etapa de su vida (Vázquez, 2001:631). Uno de los cuestionamientos es cuál es la importancia del factor religioso en la población indígena en la última etapa de su vida. Los datos censales no permiten profundizar en una posible respuesta a este cuestionamiento, ya que sólo se puede obtener el porcentaje de individuos que practican determinada religión. En este sentido, el cuadro 11 muestra que la mayoría de la población indígena adulta mayor de México, se declara creyente de la religión católica. Las cifras indican que en personas de edad más avanzada son mayores los porcentajes de adeptos a la religión católica, siendo las mujeres las que en mayor medida poseen esta característica.

Cuadro 11
Distribución de la población indígena de 50 años y más según
religión declarada por sexo y edad, muestra ponderada

Sexo	Edad en rangos	Religión		
		Católica	Otra	Ninguna
Hombre	50-54	81.4	12.7	5.9
	55-59	83.0	11.9	5.0
	60-64	83.1	11.6	5.2
	65-69	84.4	11.3	4.3
	70-74	84.3	11.1	4.6
	75-79	84.6	10.7	4.7
	80+	84.7	11.5	3.9
Mujer	50-54	83.4	13.3	3.3
	55-59	84.7	12.4	2.9
	60-64	84.9	12.1	3.0
	65-69	85.9	11.5	2.6
	70-74	86.3	10.8	2.9
	75-79	87.4	10.2	2.4
	80+	87.2	9.6	3.2

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

Diversos estudios sobre la penetración de religiones no católicas en zonas rurales, indígenas en particular, han señalado el auge que en las últimas décadas alcanzaron en algunos estados del sureste mexicano, destacándose Chiapas, lo que incluso ha dado paso a conflictos violentos en comunidades. De acuerdo al censo del año 2000, las cifras indican que entre 9.6% y 13.3% los indígenas de edad mayor profesan otra religión distinta a la católica predominante. Aunque no hay una tendencia clara se presenta cierta disminución en los porcentajes en personas de edad mayor y en la mayoría de los grupos de edad las mujeres presentan porcentajes sutilmente mayores. Los datos reflejan que el trabajo que han venido desarrollando grupos

diferentes a los católicos en las zonas indígenas de México ha impactado a poco más de una décima parte de la población.

Aspectos económicos

Se consideran cuatro rubros para analizar los aspectos económicos de los indígenas mayores: situación laboral, ingresos monetarios, transferencias monetarias recibidas y bienes en el hogar. Los datos del cuadro 12 sobre la situación laboral muestran que, en relación con el aumento de la edad, los porcentajes de indígenas que declararon estar trabajando disminuye; por otra parte en relación al género pueden apreciarse porcentajes mucho mayores en hombres, lo cual se explica porque muchas de las actividades realizadas por las mujeres indígenas, por ejemplo las ayudas en el trabajo de campo o la realización y venta de artesanías, no son consideradas por ellas mismas como trabajo, lo que explica los altos porcentajes de mujeres que respondieron dedicarse a labores del hogar; las cifras evidencian la construcción social de los roles de género asignado las mujeres, asumiendo ellas la mayoría de las actividades como propias del hogar sin reconocer ellas mismas que realizan de manera paralela actividades laborales.

Cuadro 12
Situación laboral de la población indígena de 50 años y más
según sexo y edad muestra ponderada

Sexo	Edad en rangos	Situación laboral				
		Trabaja	No trabaja	Actividades del hogar	Jubilado o pensionado	Incapacitado permanentemente para trabajar
Hombre	50-54	87.5	9.7	0.7	1.2	0.9
	55-59	83.5	12.1	0.8	2.3	1.3
	60-64	76.4	16.0	1.1	4.4	2.1
	65-69	68.6	21.0	1.2	6.6	2.5
	70-74	60.7	26.2	1.4	7.9	3.7
	75-79	49.8	35.3	2.0	8.4	4.4
	80+	33.4	50.2	1.3	7.3	7.8
Mujer	50-54	21.9	8.2	69.1	0.5	0.4
	55-59	18.5	9.8	70.4	0.8	0.5
	60-64	16.3	13.4	68.5	0.9	1.0
	65-69	13.9	16.7	66.7	1.2	1.5
	70-74	11.6	23.1	61.3	1.6	2.2
	75-79	10.2	29.2	55.5	1.9	3.3
	80+	5.7	49.4	36.6	2.1	6.2

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

Los porcentajes de individuos que trabajan permiten percibir una fuerte participación laboral de los indígenas en edades avanzadas, lo que se ve reflejado en los bajos niveles de jubilación o pensión alcanzados (ningún grupo etario llega a alcanzar el 9%), proporciones que son significativamente menores en mujeres.

El que una proporción de personas de edad permanezcan insertas en el mundo del trabajo, parece obedecer más a una necesidad económica y no tanto a una decisión voluntaria. La falta de previsión social y el tipo de trabajo, precario y/o no asalariado llevado a cabo por la población indígena a lo largo de su vida y la insuficiente o inexistente cobertura de pensiones y jubilaciones para los trabajadores del campo son los principales factores que obligan esa permanencia. La decisión “voluntaria” de seguir trabajando en los indígenas está asociada al instinto de supervivencia, se trabaja para poder tener acceso mínimo a la alimentación. Los indígenas de edad que dejan la fuerza laboral no tienen asegurado un ingreso suficiente. Sin embargo, algunas personas no pueden seguir trabajando debido a problemas de salud y otros abandonaron la búsqueda de trabajo, desalentados por la discriminación etaria, racial y de género, aunado a la escasez de la oferta.

Cuadro 13
Apoyos o transferencias recibidas por la población indígena de 50 años y más
según sexo y edad, muestra ponderada

Sexo	Edad en rangos	Tipo de transferencia monetaria				
		Jubilación o pensión	Ayuda familiar otro país	Ayuda familiar dentro del país	Procampo o Progresá	Becas, renta, intereses bancarios
Hombre	50-54	2.3	1.5	3.7	29.5	1.2
	55-59	4.9	2.0	4.7	30.9	1.2
	60-64	9.8	2.4	5.6	31.4	1.5
	65-69	12.8	3.1	6.6	30.4	1.6
	70-74	13.5	2.9	7.6	28.7	1.4
	75-79	14.5	2.4	9.6	25.7	1.7
	80+	12.1	2.6	10.8	20.1	1.8
Mujer	50-54	2.0	2.0	4.6	29.5	0.9
	55-59	2.4	1.7	5.7	26.2	0.8
	60-64	3.1	2.2	6.9	21.8	0.7
	65-69	4.3	2.1	8.2	20.3	0.9
	70-74	5.0	2.4	10.0	19.0	1.1
	75-79	6.5	1.9	11.2	17.2	1.1
	80+	6.0	2.1	11.0	12.5	1.1

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

Si bien es cierto que el trabajo es una de las fuentes de ingresos más importantes, en las edades adultas existen otras fuentes de ingresos monetarios como son las ayudas familiares y los apoyos de programas gubernamentales. En el censo del año 2000 se preguntó si se percibía este tipo de apoyo; los porcentajes de respuestas que se concentran en el cuadro 13 muestran que los hombres reciben mayores apoyos monetarios que las mujeres por concepto de jubilación o pensión, conforme aumenta la edad se incrementa la proporción de los que reciben este tipo de apoyo, excepción del grupo de 80 años o más donde se presenta un ligero decremento en el porcentaje. En este aspecto también se manifiesta el rol de género, ya que las mujeres reciben jubilación o pensión en menores proporciones.

Cuadro 14
Ingresos en los hogares y personales de la población indígena
de 50 años y más según sexo y grupo de edad

Sexo	Edad en rangos	Ingresos totales por persona				Ingresos totales por hogar				% media
		Media	Cuartil 1	Mediana	Cuartil 3	Media	Cuartil 1	Mediana	Cuartil 3	
Hombre	50-54	\$1,447	\$50	\$643	\$1,500	\$3,208	\$417	\$1,450	\$3,500	45.1
	55-59	\$1,429	\$30	\$500	\$1,286	\$3,084	\$316	\$1,286	\$3,143	46.3
	60-64	\$1,180	\$0	\$321	\$1,087	\$3,122	\$225	\$1,050	\$2,721	37.8
	65-69	\$1,006	\$0	\$250	\$1,000	\$2,406	\$200	\$1,000	\$2,571	41.8
	70-74	\$801	\$0	\$125	\$857	\$2,693	\$125	\$825	\$2,200	29.7
	75-79	\$700	\$0	\$100	\$760	\$2,097	\$125	\$771	\$2,143	33.4
	80+	\$429	\$0	\$0	\$417	\$2,041	\$102	\$639	\$2,000	21.0
	Mujer	50-54	\$515	\$0	\$0	\$250	\$2,964	\$269	\$1,267	\$3,086
55-59		\$377	\$0	\$0	\$225	\$2,686	\$211	\$1,071	\$2,777	14.0
60-64		\$310	\$0	\$0	\$180	\$2,553	\$150	\$858	\$2,343	12.1
65-69		\$337	\$0	\$0	\$129	\$2,267	\$125	\$800	\$2,158	14.9
70-74		\$255	\$0	\$0	\$150	\$2,309	\$125	\$771	\$2,142	11.0
75-79		\$236	\$0	\$0	\$125	\$2,001	\$125	\$716	\$2,143	11.8
80+		\$184	\$0	\$0	\$100	\$2,418	\$125	\$771	\$2,154	7.6

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

Los apoyos de los programas gubernamentales PROCAMPO y PROGRESA son recibidos por una proporción más amplia de personas que el caso de las pensiones y jubilaciones. Aunque en el grupo de 50-54 años mujeres y hombres reciben el apoyo en la misma proporción, en los grupos de mayor edad, los varones la reciben en mayor medida; a partir del grupo de edad 60-64 años hay un decrecimiento en el porcentaje de individuos que se benefician de los programas gubernamentales. Para mujeres el porcentaje que recibe este tipo de apoyo es siempre decreciente respecto de la edad. Este apoyo que es dirigido a la población más pobre resulta en algunos casos la fuente principal de ingresos.

Aunque porcentualmente las ayudas recibidas por familiares desde otro país (remesas) es baja, no rebasa el 3.1% en los grupos analizados, no se perciben diferencias importantes por género, ni tendencia particular por patrón de edad. En contraste, las transferencias monetarias recibidas de familiares residentes en el país son más importantes, siendo las mujeres las que son mayormente beneficiadas, presentándose, en ambos géneros, incrementos porcentuales respecto de la edad. Las transferencias monetarias, por concepto de becas o intereses bancarios, son recibidas por una pequeña proporción de indígenas de edad mayor donde, ni edad ni género parecen ser factores diferenciales para recibir este tipo de apoyo.

Sumando los diferentes tipos de ingresos, por trabajo y otras fuentes, se obtuvo el ingreso mensual total de los indígenas de edad mayor; para analizar cuál es el aporte que realizan en sus hogares se calcularon también los ingresos totales familiares. El cálculo de la mediana de ingresos por persona (cuadro 14) indica que al menos la mitad de las mujeres de todos los grupos de edad considerados no recibe ingreso alguno, aspecto que sólo se presenta en el grupo de mayor edad (80+) en hombres, lo cual es un claro indicador de diferenciación por género, las mujeres o se dedican a labores del hogar y/o realizan trabajo en el campo y/o realizan otros tipos de labores por ejemplo artesanal, sin salario ni ingresos económicos. Los ingresos de la población indígena de edad mayor informan de que los indígenas cuya principal ocupación es el campo en gran medida no reciben ingresos por su trabajo o bien estos son raquíuticos, aspecto que se puede constatar con el hecho de que la mediana de ingresos del grupo de 50 a 54 años (\$643 mensuales), es prácticamente la mitad del salario mínimo¹⁶, existiendo, además, una tendencia decreciente en el ingreso personal al considerar los incrementos en los grupos de edad. Los valores de los cuartiles 1 y 3 indican que hay mayor variabilidad en los ingresos, en hombres.

Respecto a los ingresos totales por hogar los resultados obtenidos respecto a la mediana indican que sólo 50% de los hogares donde habitan hombres indígenas de 50 a 59 y mujeres de 50 a 54 años logran superar el monto del salario mínimo. Si la edad de los individuos aumenta el ingreso total del hogar disminuye, tendencia concordante con el aumento en el tipo de hogar unipersonal habitado por los indígenas de los grupos de edad mayor. Las mujeres habitan en hogares donde los ingresos, en algunos grupos de edad, son ligeramente menores respecto a donde residen hombres.

¹⁶ El salario mínimo mensual en el Distrito Federal para el año 2000 era de \$1137

En cuanto al porcentaje que aportan los mayores a los ingresos totales del hogar, calculado a partir de la media de ingresos, respecto a la edad se observa una tendencia decreciente, no estricta, lo cual permite inferir cierta limitación de los mayores para la manutención de su hogar por asuntos de edad. Los porcentajes de las mujeres son menores, aunque también hay cierta tendencia decreciente respecto de la edad.

Otras características que indican las condiciones económicas de los hogares donde habitan los indígenas de edad mayor están relacionadas con los bienes que poseen. En el cuadro 15 se muestran los porcentajes de los que tienen cinco de los bienes contemplados en el cuestionario censal. Las cifras no permiten inferir diferencias importantes por género, sin embargo en los grupos de mayor edad se presentan tendencias decrecientes en la posesión de bienes. Las cifras indican que al menos 6 de cada diez personas cuentan con acceso a una radio en su hogar y que alrededor de la mitad posee una televisión. En cuanto a la tenencia de refrigerador, los datos indican que menos de una tercera parte de los hogares de indígenas de 50 años o más poseen este aparato. Se observa una leve tendencia en los porcentajes respecto al aumento de edad de los indígenas mayores, sin embargo el decremento no parece ser muy importante, igual situación se percibe al comparar las cifras por sexo.

Cuadro 15
Bienes en los hogares de la población indígena de 50 años y más
según sexo y edad, muestra ponderada

Sexo	Edad en rangos	Posesión de bien				
		Radio	Televisión	Refrigerador	Lavadora	Teléfono
Hombre	50-54	74.2	56.2	32.1	20.4	12.8
	55-59	73.5	55.6	31.2	19.2	12.4
	60-64	69.5	51.2	28.0	17.0	11.2
	65-69	68.8	52.4	30.4	17.3	11.7
	70-74	64.3	48.1	28.1	15.9	10.8
	75-79	63.3	49.6	29.3	16.6	11.5
	80+	59.9	46.0	26.1	15.1	10.0
Mujer	50-54	73.2	55.0	30.7	18.2	11.9
	55-59	70.2	53.4	29.9	17.1	11.8
	60-64	66.7	49.6	28.4	15.6	10.3
	65-69	64.1	49.8	28.8	15.0	11.3
	70-74	62.7	49.5	29.2	16.3	12.0
	75-79	63.0	50.6	29.6	16.9	11.8
	80+	62.3	49.6	29.4	15.6	12.5

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

La posesión de una lavadora se presentó en porcentajes que oscilan entre 15.1% y 20.4%; las cifras más bajas se dan en los grupos de mayor edad, no pudiendo observar una clara diferenciación por sexo debido a que en los grupos de menor edad los hogares habitados por mujeres parecen poseer en mayor proporción este bien, lo cual se invierte en las edades mayores. La diferenciación por sexo debe tomarse con cautela porque son bienes en el hogar y en muchos casos se trata del mismo hogar donde habitan simultáneamente un hombre y una mujer de la muestra considerada. En lo que respecta a una línea telefónica los porcentajes fluctúan entre 10% y 13% y no se puede establecer una diferenciación por sexo y grupo de edad.

Atención de la salud

Entre los factores de seguridad social que son sensiblemente demandados por la población de edad avanzada están el acceso a los servicios públicos de salud y contar con pensiones o jubilaciones adecuadas que les permitan tranquilidad económica en la última etapa de la vida. Estos aspectos que deberían ser cubiertos por el Estado distan mucho de satisfacerse universalmente y es mucho menor su cobertura en la población indígena mexicana ya que “muchos grupos de la población no cuentan con los mínimos servicios de salud... y la evidencia ha mostrado que los grupos sociales más pobres y vulnerables no se encuentran cubiertos por institución alguna” (Montes de Oca, 2001:586).

La información censal del año 2000 resumida en el cuadro 16, indica que menos de una cuarta parte de la población indígena de edad mayor cuenta con algún servicio médico en instituciones gubernamentales. Los datos son homogéneos respecto al género y en relación al aumento de la edad sólo se observa cierta tendencia de aumento en el porcentaje de hombres de los grupos de 65-69 años y 75-79.

La población indígena mayor se atiende principalmente en los centros de salud de la Secretaría de Salud y en las clínicas del IMSS (incluyendo su versión solidaridad), sin embargo entre 23% y 30% se tiene que atender en servicios particulares, que muchas veces consiste en pequeños consultorios o farmacias, las cuales no cuentan con las instalaciones y el personal médico adecuado debido a que tienen que mantener precios bajos accesibles a una población con escasos recursos económicos como ya se mencionó en el apartado anterior. Los datos no permiten inferir alguna diferencia por género ni grupo de edad.

Discapacidades

La calidad de vida de las personas adultas mayores está altamente relacionada con su capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que les permitan cuidarse a ellas mismas y participar en la vida familiar, social y particularmente laboral en individuos que no cuentan con un plan de retiro o jubilación como es el caso de de la mayoría de la población indígena mexicana. Es evidente que a medida que avanza la edad, aumenta la prevalencia de discapacidades que a su vez implican el incremento de personas que necesitan cuidadores, ya sea algún familiar o un(a) cuidador(a) domiciliario(a) que ayude al adulto mayor en sus actividades cotidianas.

La información censal nos indica que en año 2000 los principales tipos de discapacidades de la población indígena son para moverse o caminar y las relacionadas con los problemas de la vista (cuadro 17).

Respecto a la discapacidad relacionada con el movimiento de las personas, se presenta cierta tendencia a una mayor prevalencia en las mujeres en los tres grupos de mayor edad, sin embargo, en ambos sexos la edad incrementa los porcentajes de individuos con impedimentos físicos para moverse de un lado a otro.

Cuadro 16

Disponibilidad y uso de servicios de salud de la población indígena de 50 años y más según sexo y edad, muestra ponderada

Sexo	Edad en rangos	Tiene derecho a servicio médico en IMSS, ISSSTE, PEMEX, Defensa, Marina u otra institución	Lugar donde usa servicios de salud							
			En el IMSS	En el ISSSTE	En PEMEX, Defensa o Marina	En el centro de Salud (SSA)	En el IMSS Solidaridad	En consultorio, clínica u hospital privado	Se atiende en otro lugar	No se atiende
Hombre	50-54	22.5	15.6	4.6	0.5	31.0	15.5	24.9	0.8	7.1
	55-59	22.3	15.3	4.4	0.7	30.1	16.2	25.0	0.9	7.3
	60-64	23.9	17.3	4.6	0.8	29.7	14.9	24.1	0.9	7.8
	65-69	26.9	20.1	4.5	0.7	28.6	14.3	24.2	1.0	6.7
	70-74	25.1	18.3	4.9	0.7	29.1	13.8	24.9	0.7	7.5
	75-79	28.3	21.1	4.7	0.8	28.7	12.5	25.1	1.1	6.1
	80+	23.8	17.6	4.3	0.5	29.1	14.2	26.9	0.7	6.7
Mujer	50-54	21.5	15.7	4.5	0.6	32.1	17.2	23.1	0.9	5.8
	55-59	23.0	17.0	3.9	0.7	32.3	15.9	23.8	0.7	5.6
	60-64	23.9	18.2	3.9	0.8	30.9	15.7	23.3	1.0	6.3
	65-69	24.5	18.4	4.5	0.6	31.0	14.7	24.2	0.7	5.9
	70-74	24.4	17.4	5.1	0.6	29.7	14.8	25.6	0.6	6.2
	75-79	24.5	17.2	5.1	0.9	30.4	12.9	27.3	0.5	5.7
	80+	20.7	15.7	3.3	0.3	29.0	14.3	29.6	0.5	7.1

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

Las discapacidades relacionadas con la vista se presentan de manera homogénea en hombres y mujeres y se incrementan respecto de la edad. Este mismo patrón, aunque con menor intensidad, se presenta en la discapacidad relacionada con el oído, manifestándose de manera importante en los grupos de mayor edad (75-79 y 80 o más).

La discapacidad relacionada con el movimiento de las extremidades superiores presenta niveles de incidencia bajos. Las discapacidades mentales y las relacionadas con el habla se presentan en porcentajes que no rebasan el 1% de los grupos poblacionales estudiados y no se puede apreciar un patrón diferencial por sexo o edad.

Cuadro 17
Tipo de discapacidad de la población indígena de 50 años y más
según sexo y edad, muestra ponderada

Sexo	Edad en rangos	Tipo de Discapacidad					
		Tiene limitación para moverse, caminar o lo hace con ayuda	Tiene limitación para usar sus brazos y manos	Es sordo (a) o usa aparato para oír	Es mudo (a)	Es ciego (a) o sólo ve sombras	Tiene algún retraso o deficiencia mental
Hombre	50-54	1.3	0.5	0.7	0.1	2.2	0.3
	55-59	1.6	0.6	1.1	0.1	2.9	0.2
	60-64	2.7	0.8	1.5	0.1	3.6	0.3
	65-69	3.7	1.1	2.3	0.1	4.4	0.2
	70-74	4.9	1.2	4.7	0.2	6.5	0.5
	75-79	6.3	1.1	6.3	0.1	8.8	0.5
	80+	13.2	2.1	12.8	0.2	13.4	0.8
Mujer	50-54	1.1	0.4	0.6	0.1	2.1	0.2
	55-59	1.8	0.4	0.8	0.1	2.8	0.2
	60-64	2.4	0.5	1.1	0.1	3.9	0.2
	65-69	3.7	0.8	1.7	0.1	4.8	0.3
	70-74	5.7	0.7	3.1	0.1	7.0	0.5
	75-79	8.4	1.2	4.7	0.1	8.5	0.4
	80+	15.2	1.8	9.8	0.3	13.1	0.9

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

En el cuadro 18 se presentan las causas de la discapacidad indicada por las indígenas encuestadas. Los porcentajes de personas que argumentaron la edad avanzada como causa de la discapacidad, fueron en ascenso conforme se incrementaba la edad, siendo mayores en mujeres. En relación a los que especifican que la discapacidad se debe a una enfermedad, se observa una

disminución al aumentar la edad, con excepción del grupo de 65 a 69 años. El tercer porcentaje en importancia corresponde a la discapacidad debida a un accidente. Los hombres respecto de las mujeres y los grupos de menor edad respecto a los mayores, respondieron con mayor frecuencia esta causa de discapacidad, lo cual podría estar relacionado con el trabajo rudo desplegado a lo largo de la vida. En cuanto a los que argumentaron causas congénitas, se presenta cierta disminución en los porcentajes a medida que se incrementa la edad; considerando el género las cifras indican porcentajes menores en mujeres.

Cuadro 18
Causa de la discapacidad de la población indígena de 50 años y más
según sexo y edad, muestra ponderada

Sexo	Edad en rangos	Causa de la discapacidad				
		Porque nació así	Por una enfermedad	Por un accidente	Por edad avanzada	Por otra causa
Hombre	50-54	7.5	43.0	29.0	19.2	1.3
	55-59	5.0	46.6	24.1	23.5	0.8
	60-64	4.4	38.3	22.3	34.5	0.5
	65-69	1.3	41.4	18.9	38.1	0.3
	70-74	2.2	29.3	16.4	51.8	0.4
	75-79	0.8	27.0	13.5	58.6	0.2
	80+	0.8	17.7	7.4	73.9	0.2
Mujer	50-54	6.2	50.8	11.5	31.0	0.4
	55-59	3.6	49.4	12.0	34.8	0.2
	60-64	3.4	40.7	8.5	47.1	0.2
	65-69	2.2	43.2	9.0	45.3	0.2
	70-74	1.7	33.5	6.4	58.2	0.1
	75-79	1.3	28.1	7.9	62.6	0.0
	80+	0.2	16.4	5.8	77.5	0.1

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

Otra forma más adecuada de aproximarse al fenómeno de las discapacidades es midiendo la funcionalidad física a través de la capacidad de las personas mayores para desempeñar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) sin limitaciones. Desafortunadamente los datos censales no nos proporcionan información al respecto; sin embargo la aproximación a esta información se puede lograr con encuestas especializadas como la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), muestra que será utilizada en los dos capítulos siguientes de este trabajo.

Conclusiones

El panorama actual de la población indígena muestra con claridad los efectos de la desigualdad y exclusión de que han sido objeto durante la mayor parte de la historia colonial y nacional de México. La pobreza, las desigualdades en el acceso a la educación y la salud, el deterioro de su hábitat, el desconocimiento y atropello de sus derechos colectivos y libertades fundamentales son la expresión del colonialismo interno en que aún prevalece la mayor parte de los pueblos indígenas. En estas condiciones y en el contexto de la nueva y acelerada transformación de la estructura de edades de la población, que se está presentando en nuestro país debido a la drástica disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad y al rápido incremento de las tasas de emigración de personas en edad productiva, conviene resaltar las características que este fenómeno demográfico presenta en la población indígena. Este grupo social, que en realidad es un conjunto de grupos en tanto se reconoce la composición pluriétnica de la población indígena mexicana, ostenta tasas mayores de fecundidad y mortalidad que el resto de la población, viven esencialmente en zonas rurales y/o marginales, con demandas sociales y económicas diferenciadas y con patrones culturales disímiles. Por estos motivos, en este capítulo se presentaron algunas características sociodemográficas y económicas en las que viven los indígenas mexicanos de 50 años y más, considerando también las posibles diferencias por aspectos de género y edad.

Un resultado estrictamente demográfico a resaltar es que en la población indígena de edad mayor no se presenta el fenómeno de la feminización de la vejez, la cantidad de hombres y mujeres indígenas que alcanzan edades mayores es similar, aspecto que probablemente sea producto, entre otras causas, de la alta mortalidad femenina y a un posible patrón migratorio diferencial entre hombres y mujeres indígenas: las mujeres que migran en edad productiva a las ciudades no retornan a sus comunidades originarias, lo contrario parece ocurrir con los hombres, siendo el proceso migratorio un factor de pérdida de pertenencia al grupo social indígena.

En cuanto a la ubicación geográfica, la población indígena de edad mayor se concentra principalmente en zonas rurales del país, aunque hay cierta tendencia a vivir en zonas más urbanizadas, aspecto que probablemente se explica tanto por la emigración del campo a la ciudad, sobre todo hacia las grandes metrópolis, debido a las crisis de subsistencia por la que atraviesan los pueblos indígenas, como por el crecimiento poblacional de las localidades donde

se asientan los indígenas logrando montos de más de 2500 habitantes, fenómeno que ha sido denominado como nueva ruralidad.

Las condiciones paupérrimas de las viviendas son un indicador de las condiciones de pobreza y desigualdad social que enfrenta la mayoría de la población indígena, más que ser una característica propia de la población de mayor edad. A pesar de que la mayoría de los indígenas de edad mayor son propietarios de sus viviendas, cerca de la mitad tienen piso de tierra, dos tercios no cuentan con drenaje, están sin servicio de agua en poco más de la mitad y casi la cuarta parte no cuenta con servicio sanitario. Estas características, homogéneas en cuanto a edad y género, reflejan desfavorables condiciones de vida y salud de la población indígena.

En edades avanzadas, las incapacidades físicas, las enfermedades y las dependencias física y económica tienden a incrementarse, ante lo cual las redes sociales y familiares tienen una importancia fundamental para conservar cierta calidad de vida de los individuos. La composición de los arreglos residenciales en donde habitan los indígenas de edad mayor proporciona una primera idea de la disponibilidad de recursos de los que se disponen. Los datos analizados indican que los indígenas mexicanos de edad mayor habitan prioritariamente en hogares nucleares o ampliados y en una menor proporción viven solos. Sin embargo esta propensión no es homogénea respecto a la edad y el sexo; en edades más avanzadas se presenta una mayor tendencia a vivir solos, o en hogares ampliados, particularmente en el caso de las mujeres; en contraparte, en menor proporción en edades avanzadas se vive en un hogar nuclear. La coresidencia de los adultos mayores cobra importancia por los apoyos de cuidados y monetarios necesarios ante enfermedades propias de la edad avanzada y la imposibilidad de seguir desarrollando las actividades que se realizaban en otra etapa de la vida, lo que implica pensar en las particularidades de las relaciones de parentesco que se establecen en las comunidades indígenas.

En el plano de la educación, las desigualdades son sistemáticas, siendo el reflejo de las transformaciones que se han dado en el país y la existencia de la diferenciación por género. Las generaciones de indígenas más antiguas tuvieron pocas posibilidades de acceso a cualquier tipo de educación, siendo más perjudicadas las mujeres. La discriminación, reflejada en el menor acceso a la educación, adopta una doble forma: por una parte, la población indígena recibe menos información, lo que limita el ejercicio de sus derechos y su acceso a los bienes públicos; por otra parte, reduce las posibilidades de movilidad social. Otro efecto de la educación se da en

la salud, los bajos niveles de escolaridad resultan en una sobremortalidad; lo mismo sucede en el caso de otros indicadores de condiciones de vida.

La mayor esperanza de vida de las mujeres y sus pautas de nupcialidad (la mujer tiende a casarse con hombres mayores), hace que la viudez sea más común entre ellas sobre todo en los grupos de edad mayor, lo cual se corresponde con mayores porcentajes de hombres que permanecen unidos. La situación conyugal puede ser fundamental ante los problemas de salud y bajos recursos económicos de las personas de edad mayor, ante la ausencia del cónyuge las redes de apoyo suelen activarse pero no parecen suficientes para suplir en lo afectivo la adversa situación.

Los niveles de escolaridad inferiores alcanzados por la población indígena y su relación con su entorno propician que la vejez en este grupo se presente con grandes carencias económicas al no contar la mayoría con el derecho a la jubilación o pensión, lo que propicia que un gran porcentaje nunca deja de trabajar y depende en gran medida de las transferencias o apoyos familiares y de posibles apoyos gubernamentales para su supervivencia. Sin embargo el porcentaje de indígenas que trabaja disminuye con la edad, siendo más bajos los porcentajes de mujeres que trabajan.

La atención sanitaria que recibe la población indígena de edad avanzada parece ser poca y de mala calidad. Al tener mayores restricciones de acceso a los servicios de salud, propicia diferentes enfermedades que podrían ser mortales por la falta de atención médica oportuna. En este contexto llama la atención la alta incidencia de problemas relacionados con la vista y el oído, aspecto que merece una atención urgente por las instituciones de salud.

En general, los resultados indican que la población indígena vive la vejez de una manera desventajosa en relación con el resto de la población mexicana, agudizándose en edades más avanzadas, siendo las mujeres indígenas las que viven aún en peores condiciones. Los esfuerzos tendientes a lograr la equidad requieren necesariamente la adopción de una perspectiva intercultural, en la que se reconozcan los derechos civiles y políticos, así como los derechos económicos, sociales y culturales, de los pueblos indios. Los siglos de dominación y exclusión se traducen a principios de este nuevo milenio en los peores indicadores económicos y sociales de la región para las poblaciones indígenas. Pese a todo, durante el siglo XX ha habido intentos de reconocer la condición pluriétnica de nuestro país y en particular los aspectos culturales y condiciones sociales y económicas en que viven los grupos indígenas. En particular en las

últimas décadas se ha iniciado un proceso en el que las demandas indígenas han sido más visibles y ha comenzado a reconocerse, en gran parte debido al movimiento zapatista en Chiapas iniciado en 1994, al menos en el plano legal, como pueblos multiétnicos y pluriculturales lo que representa un avance para la implementación de políticas, programas y proyectos destinados a superar la situación y condición histórica desfavorable de dichas poblaciones.

IV. CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE EDAD MAYOR Y DIFICULTADES PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA, ENASEM 2001

Introducción

Una consecuencia, a nivel poblacional, de los avances en la investigación en el ámbito de la medicina, que ha propiciado mejorías en la salud en edades tempranas, es el incremento de la esperanza de vida, aspecto que ha llevado a que cada vez una mayor proporción de individuos alcancen edades avanzadas. Considerando que el aumento de edad en los individuos tiende a producir cambios biológicos que se manifiestan en la pérdida de fuerza y resistencia, vista cansada, pérdida de memoria a corto plazo, pérdida de masa ósea, pérdida de audición, entre múltiples aspectos que hacen más vulnerable al organismo, se espera un incremento en la probabilidad de enfermar en edad avanzada respecto a edad joven. Es decir, en los individuos la mayor supervivencia a edades adultas incrementa el grado de exposición a factores de riesgo asociados con enfermedades, y el incremento de la proporción de personas de edad avanzada incrementa la presencia en la población de padecimientos crónicos y degenerativos, cambiando el patrón epidemiológico que hace algunas décadas presentaba como principales causas de mortalidad enfermedades infecciosas, gastrointestinales, contagiosas, y derivadas de la reproducción, entre otras.

Sin embargo, envejecer no es sinónimo de enfermedad ya que existen otros factores medioambientales y sociales que pueden propiciar o no la presencia de enfermedades a cualquier edad. Como se ha mencionado en el capítulo previo, la situación social, económica y cultural de la población indígena es diferente al resto de la población y en los aspectos de salud en edades avanzadas esa diversidad cultural y desigualdad social sigue manifestándose como consecuencia de que la vida de la mayoría de los indígenas mexicanos transcurre en situación de pobreza, de trabajo rudo, poco remunerado y sin prestaciones sociales que permitan aspirar a una pensión o jubilación, sin posibilidad de acceso a servicios que pudieran propiciar mejores condiciones de vida. Estas circunstancias han propiciado que en población indígena las tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna continúen altas, características que propician la coexistencia de diferentes patrones epidemiológicos que corresponden a las diferentes etapas de la transición epidemiológica. Así, en población indígena la morbilidad y la mortalidad están asociadas tanto a enfermedades infecciosas, gastrointestinales, etc., como a las llamadas crónicas degenerativas como diabetes, cáncer, cardiovasculares, etc.

El género, es otro factor diferencial para la salud en edades avanzadas: la esperanza de vida en mujeres es mayor que en hombres, el cuerpo de la mujer sufre deterioros debido a la reproducción, la menopausia parece estar relacionada con el riesgo de osteoporosis y artritis en mujeres, en tanto el desarrollo de la próstata en hombres puede dar lugar a diversas enfermedades e incluso al cáncer, para mencionar aspectos biológicos que establecen diferencias por género. Las diferencias biológicas entre hombres y mujeres probablemente ha dado pauta para concebir diferencias sociales respecto a los roles y status que se han asignado a ambos sexos. Estas diferencias se manifiestan en situaciones desiguales en ámbitos de la vida cotidiana, como son educación, acceso a plazas laborales, puestos públicos, roles de hogar, etc. propiciando que hombres y mujeres sigan diferentes cursos vitales donde las mujeres han sido colocadas en desventaja, lo que probablemente se traduce en variaciones en la salud, bienestar económico y recursos familiares en el último tramo de la vida, situación que para algunos autores (Arber y Ginn, 1996:242) implica que la mujeres en edades avanzadas estén más expuestas a padecer enfermedades crónicas que limitan su movilidad y capacidad para vivir sin cuidados de sus familiares o de otras personas. Por tanto, aunque la esperanza de vida de mujeres es mayor que hombres, parecería ser que esta diferencia disminuye al considerar la esperanza de vida sin enfermedades discapacitantes.

Cuando los individuos de edad avanzada padecen alguna enfermedad, principalmente las crónicas degenerativas, a menudo sufren deterioros funcionales que van en detrimento de la calidad de vida de los sujetos al verse impedidos de realizar las actividades de la vida diaria, lo que aumenta los requerimientos de apoyo de familiares o conocidos (Solís, 1999). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1982) estas actividades han sido clasificadas en dos grupos: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Las ABVD son actividades primarias de la persona encaminadas a su autocuidado y movilidad, que la dotan de autonomía e independencia elemental y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. Incluye aspectos tales como el comer, uso del retrete, arreglarse, vestirse, bañarse, así como el traslado de un sitio a otro. Las AIVD son actividades que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad, correlacionan mejor con el estado cognitivo y por ello pueden utilizarse para la detección precoz de dicho deterioro; son actividades más complejas que las ABVD y hacen referencia a actividades necesarias para adaptarse con independencia al medio en el que se vive

habitualmente: cocinar, transportarse, manejar dinero para adquirir bienes, tomar medicamentos, realizar las tareas de las casa, etc.

Las enfermedades crónico-degenerativas cada vez poseen un mayor peso en el actual patrón epidemiológico de la población mexicana, en particular en las personas de edad mayor, donde, de acuerdo a estimaciones de CONAPO, las enfermedades cardiovasculares, diabetes *mellitus*, neoplasias y digestivas son las principales causas de mortalidad en 2005 (García y Gloria, 2006:47).

Debido a la disímil situación social, económica y cultural de la población indígena, en particular los de edad mayor, este capítulo intenta dar respuesta a las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la relación entre edad y género respecto a las dificultades que manifiestan los indígenas de 50 años y más para poder realizar las ABVD y las AIVD? ¿Existen diferencias por género y edad de la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, hipertensión, artritis reumatoide) en la población indígena de edad mayor? ¿Son diferentes los factores sociodemográficos, económicos y de salud que están relacionados con una mayor probabilidad de presentar dificultad con las ABVD y AIVD en población indígena de edad mayor?

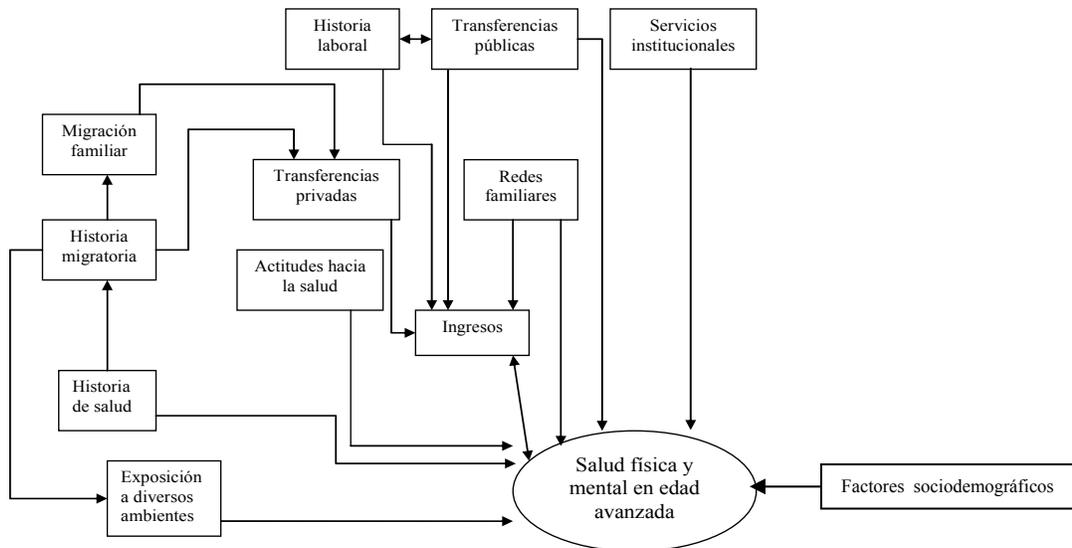
Salud en edad avanzada

Se retoma el enfoque planteado por Wong y Lastra (2001), quienes ilustran en un esquema, figura 1, los factores asociados al estado de salud de las personas mayores. La siguiente argumentación ha sido adaptada del artículo de las autoras. El estado de salud de una persona adulta mayor es el resultado de la combinación de efectos directos e indirectos en ella y pueden ayudar a entender la dinámica del proceso de envejecimiento. Entre los factores con efectos directos se encuentran las actitudes y percepciones hacia la salud y al uso de servicios, las redes familiares, las transferencias privadas y la exposición acumulada de la persona a diversos ambientes. Los indirectos incluyen la historia laboral y de salud, la experiencia migratoria del individuo y de su red familiar, y las transferencias públicas.

Además de estos factores, otros pueden estar relacionados con el estado de salud, como las características demográficas del individuo, en particular la edad y el sexo, así como su historial de salud, laboral y en su caso migratorio. La falta de atención médica en la infancia, la malnutrición y la secuela de enfermedades manifestadas a temprana edad, tienen efectos sobre la salud en etapas posteriores de la vida adulta, y se pueden manifestar

como discapacidades y como una mala calidad de vida. El historial laboral del individuo tiene repercusiones similares al historial de salud, sin embargo sus efectos son indirectos. Por un lado, las personas que participaron en el mercado laboral formal tienen mayores probabilidades de contar con los beneficios de los servicios de salud que proveen los sistemas de seguridad social.

Figura 1
Factores que inciden en la salud física y mental de las personas de edad avanzada



Fuente: Wong y Lastra (2001)

Por otro lado, el haber participado en la fuerza de trabajo puede incrementar la riqueza acumulada a cierta edad, y la posibilidad de contar con una pensión de retiro a edad avanzada. De manera que aquellas personas que trabajaron formalmente, no sólo pueden tener bienes personales que contribuyen a su riqueza, sino mayor acceso al sistema de seguridad social, el cual incluye pensiones y servicios médicos. Un aspecto importante del estudio de la salud física y mental en personas de edad avanzada es la forma en que cambian las actitudes y percepciones acerca de la salud con la edad, y la interacción con proveedores de servicios. Las actitudes y percepciones acerca de la salud suelen modificarse al reducirse la motivación de obtener buena salud como un bien de inversión para el futuro. Asimismo, el costo psicológico de la interacción con proveedores de servicios de salud puede aumentar con la edad al reducirse la funcionalidad física y la movilidad independiente que permiten al individuo tener acceso a los servicios de salud y usarlos.

En los casos en que las personas en edad avanzada carecieran de una historia laboral estable y por ende recibieran transferencias públicas insuficientes, los familiares, mediante las transferencias privadas, podrían suplir estas deficiencias. Dichas transferencias pueden provenir tanto de la familia nuclear como de la familia extendida.

El ingreso tiene efectos directos en la salud en edad avanzada, ya que al aumentar el ingreso mejoran la nutrición de las personas mayores, su acceso a servicios médicos y su cuidado personal. Sin embargo, influyen en el ingreso las redes familiares y las transferencias privadas y públicas. A la vez, las transferencias privadas están afectadas por el historial migratorio del individuo y por el de su familia o red de apoyo.

Dado que la migración es un proceso selectivo, aquellos que tuvieron una infancia y una juventud saludable contaron con mayores oportunidades de migrar y adaptarse a ambientes con condiciones diferentes a las del lugar de origen. Esta exposición a diversos ambientes tiene efectos sobre la cantidad y la calidad de vida en la vejez. Las condiciones de trabajo, alimentación y sanidad en el área de destino pueden afectar la calidad y la esperanza de vida de los migrantes, tanto de manera positiva como negativa.

El aumento de las discapacidades y la pérdida de funcionalidad en edad avanzada provocan que las personas mayores de 60 años requieran la ayuda de otras personas para poder actuar adecuadamente. Sus incapacidades pueden ir desde realizar pagos de diversos servicios hasta requerir ayuda para bañarse, comer y vestirse. Estas ayudas no son necesariamente de carácter financiero, sino que requieren que los parientes o amigos contribuyan con tiempo para sustituir a la persona mayor en dichas actividades. Contar con apoyo físico y emocional provoca que mejore la condición mental de la persona en edad avanzada y se realice un intercambio de bienes en el interior de la familia. Por ejemplo, una hija(o) que se muda a la casa de sus padres, contribuye con los cuidados a las personas mayores, pero al mismo tiempo las personas mayores contribuyen con la vivienda para la hija(o). Otro caso se presenta cuando el padre se muda a la casa del hijo(a) y ayuda en las labores domésticas e incluso contribuye con apoyos financieros al gasto de ese hogar.

Finalmente, los servicios institucionales y comunitarios -que van desde la recolección de basura y la reparación de calles hasta la organización de actividades culturales o sociales- tienen efectos sobre el estado de salud de las personas de edad avanzada. El suministro de servicios públicos oportunos y de calidad provee ambientes adecuados para desarrollarse y llevar a cabo

sus actividades. Para el caso de las personas en edad avanzada, debido a su disminuida capacidad funcional y al aumento en su fragilidad, esto es aún más trascendente en cuanto a los efectos sobre su estado de salud.

Esta breve descripción de un marco referencial para estudiar la salud de las personas de edad avanzada ilustra que la salud es resultante de una interacción de factores acumulados (del pasado), de condiciones actuales, y de actitudes y comportamientos que pueden también obedecer a expectativas futuras. Es decir, la salud es un fenómeno complejo, con una dinámica importante, sobre todo en edades avanzadas.

Aspectos Metodológicos

Los datos utilizados proceden de la encuesta aplicada en el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)¹⁷, una investigación de panel prospectiva. La muestra ENASEM se seleccionó a partir de los hogares en muestra en el cuarto trimestre de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE) 2000, realizada por el INEGI en México. La ENE tiene cobertura en áreas urbanas y rurales en los 32 estados de la república mexicana. Los hogares con al menos un residente nacido antes de 1951 fueron elegibles para formar parte de la muestra ENASEM. Si los individuos seleccionados estaban casados o unidos y el cónyuge o compañero residía en el mismo hogar, se entrevistó también a dicha persona sin importar su edad. Se levantaron los datos de la encuesta base inicial en el 2001 y el seguimiento en 2003. En este capítulo se utiliza parte de la información de 2001.

En la muestra ENASEM, fueron entrevistadas 15,230 personas, con una tasa global de respuesta de 91.85 por ciento. Se eliminaron los casos cuya edad era menor de 50 años que representan el 11.3% de la muestra a los cuales no se les aplicó toda la batería de preguntas del cuestionario. Por lo tanto, la encuesta se aplicó a 13,463 individuos de 50 años o más que representan a 14,605,727 personas de acuerdo al factor de ponderación. La identificación de la población indígena se logra con la aplicación de la pregunta sobre si el individuo habla lengua indígena. Con este criterio la muestra reporta un total de 1,190 individuos indígenas (8.0%) que representan a un total de 1,143,180; la distribución por grupo de edad y sexo se presenta en el

¹⁷ La encuesta forma parte del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001, realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y por investigadores de las Universidades de Pennsylvania, Maryland, y Wisconsin, de los Estados Unidos de Norteamérica

cuadro 19. Con la información del factor de ponderación se calculó el factor de escalamiento que es utilizado en los subsecuentes cálculos estadísticos¹⁸.

Cuadro 19
Distribución de los hablantes de lengua indígena por edad y sexo

Grupo de Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Ponderado	Sin ponderar	Ponderado	Sin ponderar	Ponderado	Sin ponderar
50-54	169,294	176	184,871	192	354,165	368
55-59	108,223	113	104,249	108	212,472	221
60-64	84,298	88	65,575	68	149,873	156
65-69	85,644	89	39,015	41	124,659	130
70-74	60,794	63	32,514	34	93,308	97
75-79	53,578	56	38,451	40	92,029	96
80+	34,387	36	82,287	86	116,674	122
Total	596,218	621	546,962	569	1,143,180	1,190

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la encuesta del Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud en México (ENASEM) ronda del 2001.

Las actividades básicas de la vida diaria consideradas son: caminar de un lado a otro de un cuarto, bañarse en una tina o regadera, comer (cortar la comida), acostarse y levantarse de la cama y usar el excusado, incluyendo subirse y bajarse o ponerse en cuclillas. Por otra parte las actividades instrumentales son: preparar una comida caliente, hacer compras de víveres/mandado, tomar sus medicamentos (si toma alguno o tuviera que tomar alguno) y manejar su dinero. Se construyeron dos índices, uno por cada conjunto de actividades. Estos índices son dicotómicos, valen cero si el individuo no tiene dificultad para realizar alguna de las actividades y uno en el caso de que presente al menos una de las dificultades en el grupo de actividades correspondiente.

Se analiza la prevalencia de las siguientes enfermedades crónico-degenerativas: Hipertensión, Diabetes, Artritis o reumatismo y fractura de hueso o cadera, que fueron recuperadas del cuestionario mediante la pregunta sobre si personal médico le ha diagnosticado alguna de ellas, por lo cual estas variables son dicotómicas.

El análisis estadístico está dividido en dos partes. En la primera se realiza un análisis de asociación entre las dificultades para realizar las ABVD, las AIVD, la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas respecto al género y grupo de edad, grupos quinquenales a partir de los 50 años y hasta los 79 y el último grupo de 80 y más años, calculando el estadístico

¹⁸ El factor de escalamiento se calcula como: $fesc = \frac{n}{N} * factorexporig$ donde n es el tamaño de la muestra, N el de la población y *factorexporig* es el factor de ponderación original.

de contraste χ^2 para las relaciones bivariadas y aplicando la técnica multivariada de análisis de correspondencia múltiple para la exploración de la asociación de más de dos variables.

La segunda parte del análisis considera una relación causal entre diversos factores sociodemográficos, económicos y de salud respecto a la dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, por lo que considerando los índices dicotómicos contruidos respecto a las ABVD y las AIVD como variables dependientes, se ajustan modelos de regresión logística tomando por separado hombres y mujeres.

Las características de las personas de edad mayor o variables independientes que se supusieron podrían estar asociadas a la probabilidad de poseer mayores dificultades para realizar las ABVD y las AIVD son: localidad de residencia, tipo de hogar, disponibilidad de agua entubada, posesión de refrigerador, escolaridad, situación conyugal, situación laboral, haber tenido alguna experiencia migratoria, el número de hijos vivos, recibir ayuda económica y no económica de parte de hijos, estado de salud auto percibido y padecimiento de las enfermedades crónico-degenerativas consideradas. Debido a los bajos niveles de escolaridad de la población indígena de edad mayor, esta variable se clasificó en dos grupos: los que nunca asistieron a la escuela y los que fueron al menos un año. La situación conyugal se agrupó en dos categorías: unido (casado por el civil, la iglesia o ambas formas y los de unión libre) y no unidos (divorciado, separado de unión libre, viudo o soltero). El tipo de localidad de residencia sólo contempla las categorías mixta (menos de 100,000 habitantes) y urbana (100,000 o más habitantes). La situación laboral sólo tiene las categorías sí trabaja y no trabaja, elaborada de acuerdo con los criterios usuales. La variable migró sólo establece si el individuo tuvo o no experiencia migratoria (nacional o internacional). El número de hijos con los que cuenta el entrevistado se agrupó en tres categorías: 0 a 2, 3 a 5 y 6 o más. El estado de salud autopercebido tiene dos categorías: regular-buena-excelente y mala. Las variables ayuda económica y no económica recibidas de hijos se categorizaron entre los que si reciben la ayuda y los que no.

Diferencias por edad y sexo en la dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria: análisis bivariado

Iniciaremos con la caracterización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) por edad agrupada y sexo (cuadro 20). En las cinco actividades consideradas se encontraron diferencias significativas ($p < 0.05$) en los porcentajes con que los individuos admitieron presentar dificultad para la realización de la actividad tocante a la edad; las cifras encontradas indican que en los indígenas, la probabilidad de presentar dificultad para la realización de alguna de estas

actividades aumenta al incrementarse la edad. En cuanto al sexo, sólo el uso de la cama (acostarse y pararse) y el uso del sanitario son actividades donde los porcentajes de mujeres que dicen poseer dificultad para realizar estas actividades son significativamente mayores ($p < 0.05$) que las manifestadas por hombres.

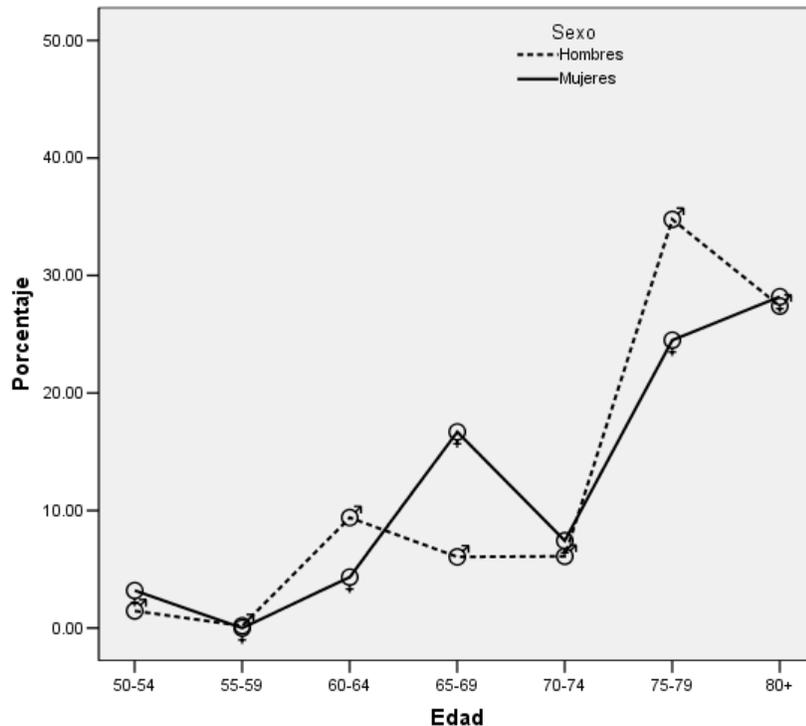
Cuadro 20

Dificultad para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria por grupo de edad y sexo

Edad	Dificultad para caminar				Dificultad para bañarse			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%	n	%
50-54	3	1.7	5	2.9	1	0.6	17	2.8
55-59	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
60-64	8	9.2	3	4.6	0	0.0	0	0.0
65-69	5	5.6	7	17.5	2	2.2	1	1.5
70-74	4	6.3	3	8.8	4	6.5	1	2.5
75-79	19	34.5	10	25.0	3	5.5	2	5.9
80+	10	28.6	24	28.2	7	20.0	6	15.0
	Prueba χ^2 por sexo $p > 0.05$				Prueba χ^2 por sexo $p > 0.05$			
	Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$				Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$			
Edad	Dificultad para comer				Dificultad para usar cama			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%	n	%
50-54	0	0.0	5	2.9	0	0.0	0	0.0
55-59	0	0.0	0	0.0	3	2.7	0	0.0
60-64	0	0.0	0	0.0	1	1.1	1	1.5
65-69	0	0.0	0	0.0	3	3.4	0	0.0
70-74	0	0.0	0	0.0	3	4.8	4	11.8
75-79	0	0.0	3	7.5	4	7.1	10	25.0
80+	11	31.4	1	1.2	8	22.9	27	31.4
	Prueba χ^2 por sexo $p > 0.05$				Prueba χ^2 por sexo $p < 0.05$			
	Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$				Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$			
Edad	Dificultad para usar sanitario							
	Hombres		Mujeres					
	n	%	n	%				
50-54	0	0.0	0	0.0				
55-59	0	0.0	0	0.0				
60-64	0	0.0	0	0.0				
65-69	3	3.4	0	0.0				
70-74	4	6.8	5	14.7				
75-79	0	0.0	6	15.0				
80+	9	25.7	24	27.9				
	Prueba χ^2 por sexo $p < 0.05$							
	Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$							

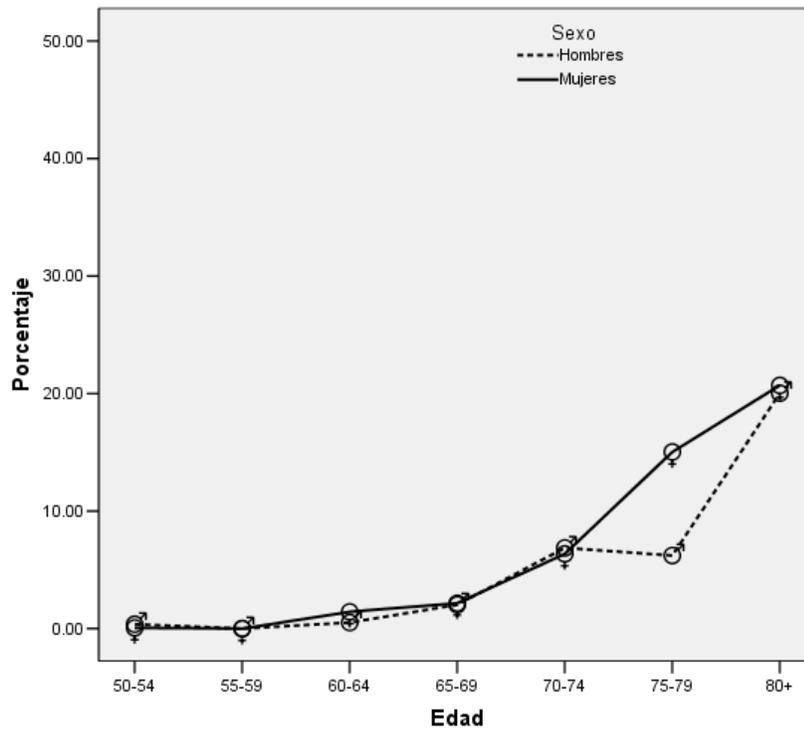
Si se considera la actividad de caminar de un lado a otro en un cuarto se observa que, en los grupos de edad previos a los 60 años, los porcentajes de individuos que manifestaron dificultad para realizarla son bajos, sin embargo, en edades posteriores se da un repunte de estas cifras, en particular a partir de los 75 años. En el último grupo de edad poco más de 28% de indígenas expresaron dificultades para caminar (gráfica 4).

Gráfica 4
Porcentaje de individuos con dificultades para caminar de un lado a otro en un cuarto

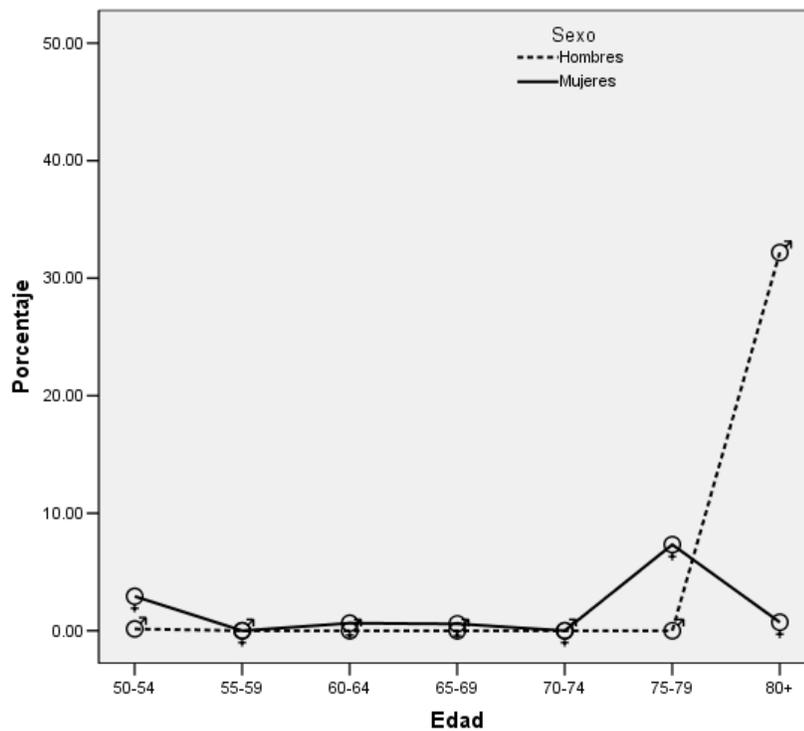


En cuanto a los porcentajes de individuos con dificultades para darse un baño, gráfica 5, se aprecia a partir de los 60 años una tendencia creciente en los porcentajes de mujeres indígenas que respondieron tener dificultades para realizar esta actividad, acelerándose a partir de los 70 años. En los hombres el ritmo con el que crecen los porcentajes de individuos con problemas para llevar a cabo esta actividad parece ser más lento aunque más sostenido, de manera que en el último grupo de edad (80+) los porcentajes en ambos sexos son similares e indican que poco más de una quinta parte presenta dificultad para bañarse. Es conveniente comentar que la mayoría de los indígenas habitan en zonas rurales donde las viviendas no cuentan con regadera, ni mucho menos tina para ducharse, recurriendo a veces a un río o arroyo para llevar a cabo la actividad, por lo que probablemente más que la dificultad se presenta la imposibilidad de realizar la actividad debido a la falta de condiciones en las viviendas para realizarla.

Gráfica 5
Porcentaje de individuos con dificultades para bañarse en una tina o regadera

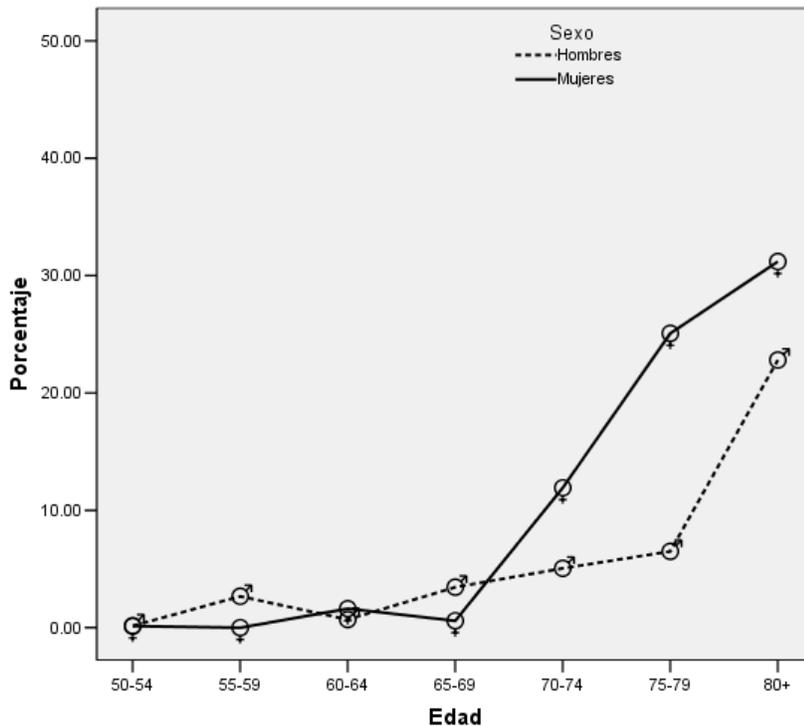


Gráfica 6
Porcentaje de individuos con dificultades para comer (cortar la comida)



En lo referente a la ingestión de alimentos, es la actividad donde los porcentajes de individuos con dificultades para realizarla son menores de todas las ABVD, si se excluyera el grupo de los de edad mayor (80+), como se puede apreciar en la gráfica 6. En este grupo de edad, se puede inferir que los hombres más envejecidos tienen mayores dificultades que las mujeres para realizar esta actividad. Esta variable puede presentar ciertos sesgos debido a la manera de realizar la pregunta, considerando que en población indígena la manera de ingerir los alimentos no es como en la cultura occidental, con el uso de cubiertos (cuchillo, tenedor, cuchara). La población indígena que habita en sus localidades de origen, frecuentemente utiliza como instrumentos para comer sólo las manos y los dientes, y si acaso una cuchara, por lo que los bajos porcentajes podrían deberse a que la comida no es manipulada con cuchillo y/o tenedor con lo que disminuye la posibilidad de presentar dificultades para ingerirla; por otra parte, los altos porcentajes observados en los hombres de 80 años y más y las mujeres de 75 a 79 años podría deberse más a un problema de pérdida de piezas dentales

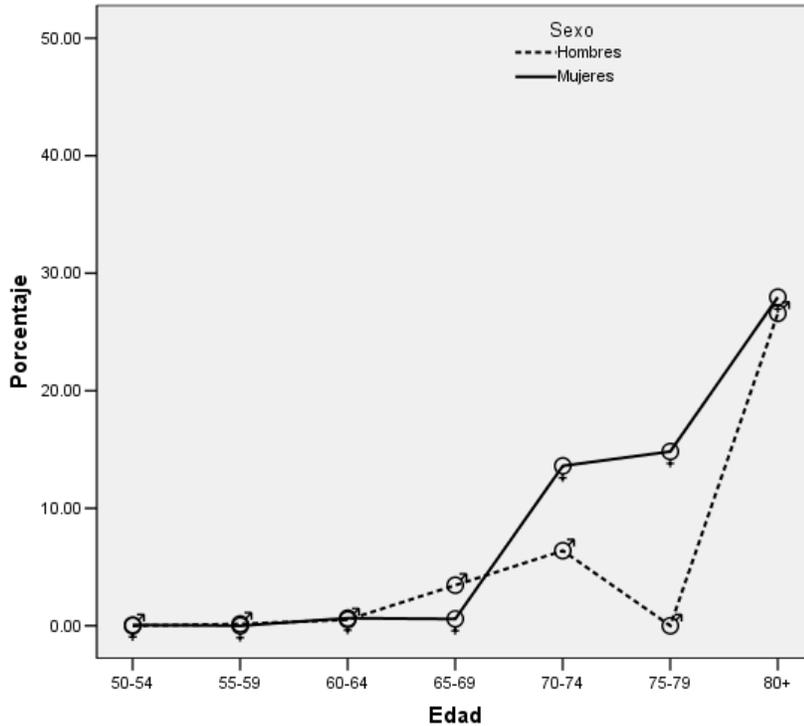
Gráfica 7
Porcentaje de individuos con dificultades para acostarse y levantarse de la cama



Tocante a la dificultad para acostarse y levantarse se nota un incremento significativo en mujeres a partir del 70-74 años, crecimiento que en hombres sólo se acentúa en el grupo de

mayor edad. En el grupo de (80+) 22.9% de hombres y 31.4% de mujeres declararon tener dificultad para acostarse y levantarse (ver gráfica 7).

Gráfica 8
Porcentaje de individuos con dificultades para usar el excusado, incluyendo subirse y bajarse o ponerse en cuclillas



El uso del retrete es una actividad que empieza a presentar dificultades más temprano en hombres que en mujeres, 3.4% de los hombres indígenas del grupo de 65-69 años respondieron que tenían dificultades ya sea al subirse, bajarse o en ponerse en cuclillas. En el caso de mujeres es hasta el grupo de 70-74 años donde el 14.7% contestó que tenía dificultad para realizar la actividad siendo una cifra similar a la presentada en el siguiente grupo (75-79); en los hombres la tendencia es errática aunque creciente en general, manifestándose ligeramente en una menor proporción (25.7%) que las mujeres (27.9%) en el grupo de 80 y más años. La tendencia porcentual se puede observar en la gráfica 8.

Relación multivariada entre las actividades básicas de la vida diaria, edad y género

En este apartado se aplicó la técnica de análisis de correspondencias múltiple tratando de detectar las relaciones existentes entre las ABVD, la edad y el género, explorando el comportamiento de estas variables de manera simultánea. Esta técnica estadística proporciona una proyección en dos dimensiones que permite establecer la cercanía de las categorías de las variables consideradas.

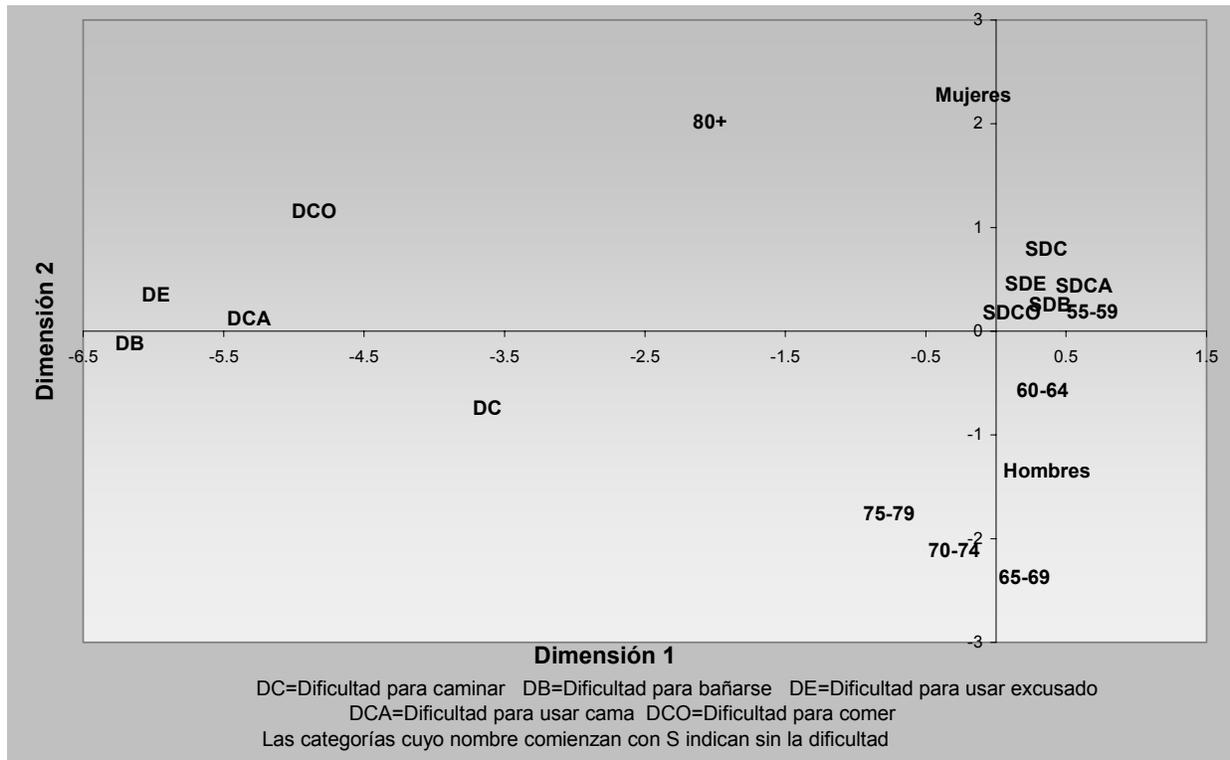
En el cuadro 21 se pueden apreciar los pesos o coeficientes de las variables originales en las nuevas dimensiones o variables de proyección; de acuerdo a estos valores observamos que la dimensión 1 está representando la información de las variables que miden la dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, en tanto la dimensión 2 se relaciona principalmente con las variables edad y sexo.

Cuadro 21
Medias de discriminación en el análisis de correspondencia múltiple (ABVD)

Variable	Dimensión	
	1	2
Edad	.292	.670
Sexo	.012	.602
Dificultad para caminar	.602	.016
Dificultad para bañarse	.752	.001
Dificultad para comer	.208	.004
Dificultad para usar cama	.801	.001
Dificultad para usar excusado	.814	.001
Total de varianza (inercia) explicada: 0.682		

En la gráfica 9 se aprecia el plano cartesiano de la proyección resultante en dos dimensiones de la relación entre las categorías de las características que se examinan. Un primer patrón que podemos identificar, en el cuadrante superior derecho, es el de los individuos que no presentan dificultad en alguna de las ABVD y que son de los grupos de menor edad considerados (50-54, 55-59 y 60-64 años), estando más cercanos a los hombres. El lado izquierdo de la gráfica y de la dimensión 1 representa a los individuos que manifestaron poseer dificultad para realizar alguna de las ABVD. Observamos que aunque todas las categorías relacionadas con la dificultad para realizar actividades básicas discriminan, son la dificultad para bañarse y usar el excusado las que tienen mayor peso en la dimensión 1; aunque las categorías de edad parecen alejadas, son los grupos de edad mayor (70-74, 75-79) y sobre todo el último grupo de 80 y más años el que está en mayor medida relacionado con los impedimentos para realizar las ABVD, en tanto las mujeres parecen tener una mayor tendencia a relacionarse con estas categorías, lo que parecería indicar que las mujeres indígenas presentan mayores inconvenientes relacionados con su salud que les impide realizar sin problemas las actividades básicas de la vida diaria.

Gráfica 9
Análisis de correspondencia múltiple sexo, edad
y Actividades Básicas de la Vida Diaria



Actividades instrumentales de la vida diaria, relación con edad y género: análisis bivariado

Las Actividades Instrumentales de La Vida Diaria (AIVD), son diligencias con un grado de complejidad mayor que las ABVD, por lo cual los porcentajes de dificultad de su realización tienden a ser mayores. Las actividades instrumentales que se analizan en este apartado son: preparar una comida caliente, comprar víveres o mandado, tomar medicamentos y manejar dinero.

De acuerdo a los resultados presentados en el cuadro 22, se infiere que el incremento de la edad propicia diferencias significativas ($p < 0.05$) en las cuatro AIVD consideradas. En, tanto, al comparar por sexo sólo en el caso de la preparación de alimentos los porcentajes de hombres con esta dificultad son significativamente mayores ($p < 0.05$) que las mujeres.

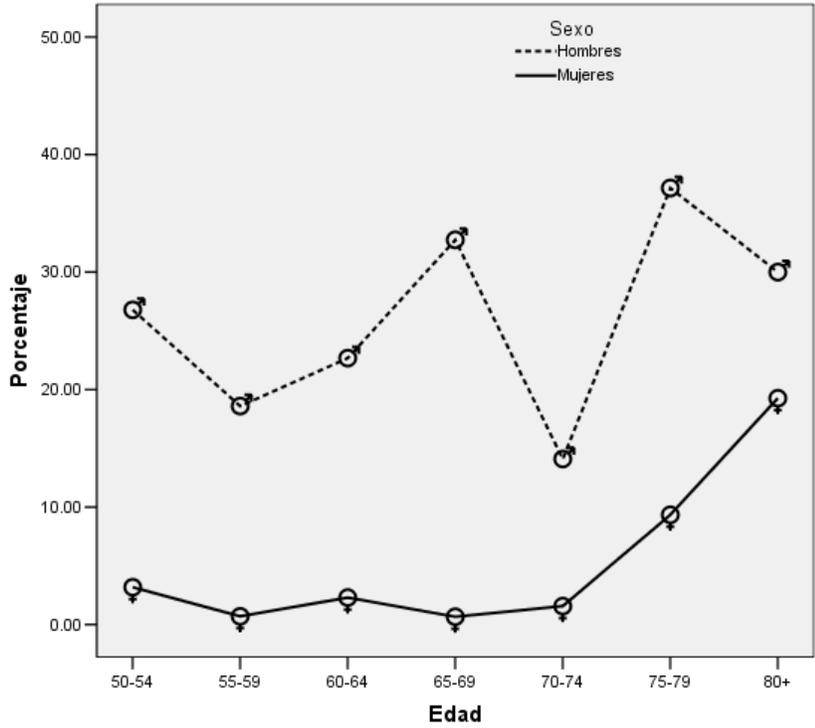
La preparación de alimentos es una actividad donde el rol de género juega un papel trascendental, en el sentido que en la mayoría de las sociedades ha sido tradicionalmente asignada a la mujer. Las comunidades indígenas mexicanas no son la excepción. Los resultados que se ilustran en la gráfica 10, confirman este aspecto, observando que en el grupo de 50-54

años 26.7% de los hombres contestaron tener dificultad para realizar esta actividad, cifra que es sólo de 3.1% en mujeres. Hasta antes de los 75 años el porcentaje de mujeres con dificultades para preparar una comida caliente es menor del 4%, mientras que en hombres la cifra en el grupo de 65-69 años alcanza un 33%. Aunque los porcentajes para hombres son oscilantes respecto de la edad, en general se observa una tendencia creciente. En mujeres se observa un incremento acelerado a partir del grupo de 75-79 años. En el grupo de 80 y más años 18.8% de las mujeres respondieron tener dificultad para cocinar siendo en los hombres el porcentaje 30.6%. Los altos porcentajes en hombres con dificultades desde las edades menores consideradas, probablemente se debe más al patrón cultural que juega el género que al impedimento físico.

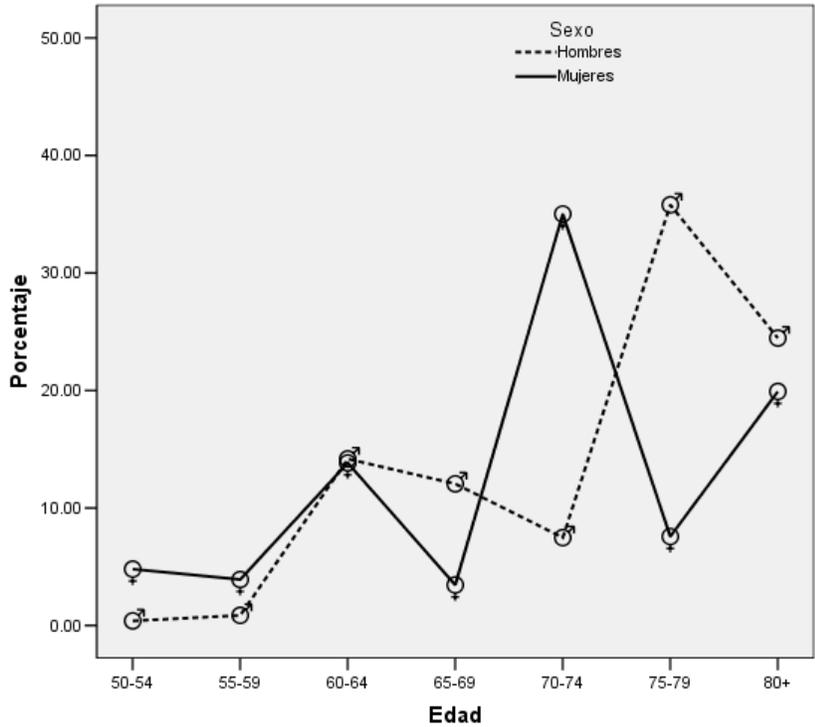
Cuadro 22
Dificultad para realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
por grupo de edad y sexo

		Dificultad para preparar una comida caliente				Dificultad para comprar víveres o mandado			
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
Edad	n	%	N	%	n	%	n	%	
50-54	47	26.7	6	3.1	1	0.6	9	4.7	
55-59	21	18.6	1	0.9	1	0.9	4	3.7	
60-64	20	22.7	2	2.9	12	13.8	9	13.4	
65-69	29	33.0	0	0.0	11	12.4	1	2.5	
70-74	9	14.3	1	2.9	5	7.9	12	35.3	
75-79	21	37.5	4	10.0	20	35.7	3	7.5	
80+	11	30.6	16	18.8	9	25.0	17	19.8	
Prueba χ^2 por sexo $p < 0.05$					Prueba χ^2 por sexo $p > 0.05$				
Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$					Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$				
		Dificultad para tomar medicamentos				Dificultad para manejar dinero			
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
Edad	n	%	N	%	n	%	n	%	
50-54	13	7.4	5	2.6	0	0.0	5	2.6	
55-59	0	0.0	4	3.7	0	0.0	0	0.0	
60-64	9	10.2	0	0.0	0	0.0	3	4.4	
65-69	1	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
70-74	2	3.2	2	6.1	2	3.2	0	0.0	
75-79	19	34.5	0	0.0	3	5.5	2	5.0	
80+	7	19.4	19	22.1	8	22.2	5	5.9	
Prueba χ^2 por sexo $p > 0.05$					Prueba χ^2 por sexo $p > 0.05$				
Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$					Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$				

Gráfica 10
Porcentaje de individuos con dificultades para preparar una comida caliente



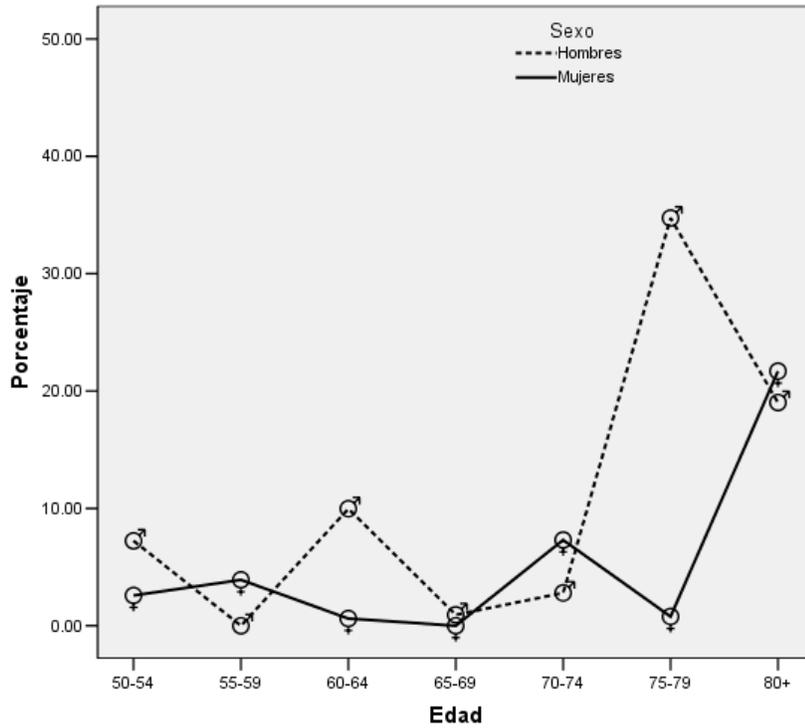
Gráfica 11
Porcentaje de individuos con dificultades para hacer compras de víveres/mandado



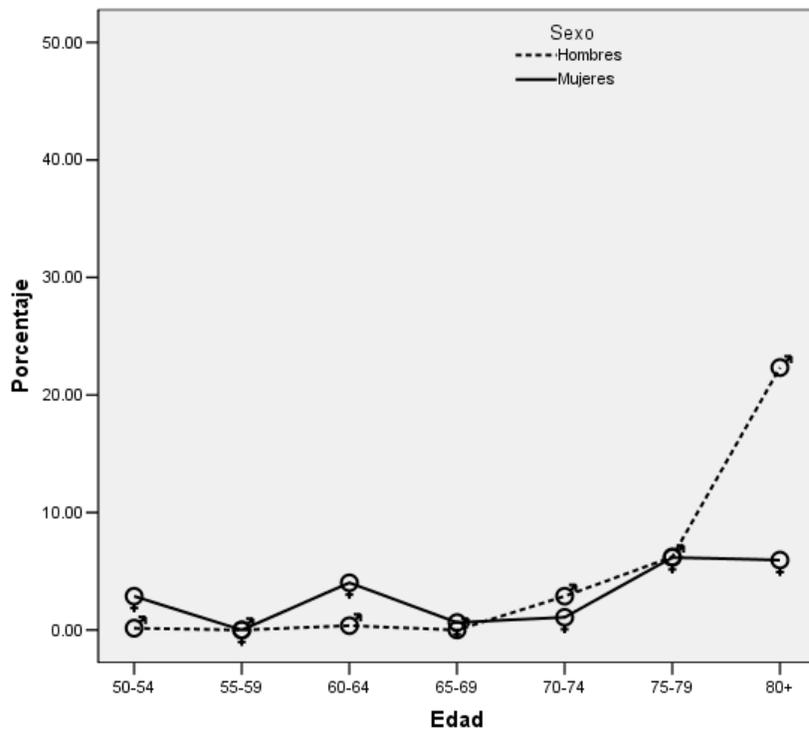
La compra de víveres o mandado en la población indígena asentada en comunidades es toda una tradición. Los famosos tianguis de origen prehispánico eran lugares donde esencialmente se practicaba el trueque o intercambio de productos en un día específico y en una localidad que no es necesariamente donde se habita. En la actualidad se conserva algo de esta tradición, aunque el trueque prácticamente ya no se practica, el día (generalmente los domingos) y lugar de tianguis se sigue conservando para abastecerse de los víveres que se consumirán en la semana, con la particularidad que acude la pareja, muchas veces acompañada por los hijos, y en no pocas ocasiones el hombre solo. Los resultados, presentados en la gráfica 11, reflejan esta conducta y aunque no se presentan diferencias significativas por sexo, las líneas de tendencias porcentuales permiten inferir algunos patrones. En el caso de las mujeres, en los primeros grupos de edad considerados (50-54 y 55-59), respondieron tener esta dificultad alrededor del 5%, mientras que en hombres no supera el 1%. A partir de los 60 años los porcentajes en ambos sexos empiezan a crecer, aunque no de manera sostenida; uno de cada cuatro hombres y una de cada cinco mujeres de 80 años expresaron tener dificultad para realizar la actividad.

En edades avanzadas no pocas personas tienen la necesidad de tomar medicamentos en cierta cantidad y determinadas horas. En el caso de las comunidades indígenas muchos de los medicamentos son del tipo tradicional, es decir algún té o remedio cuyas propiedades curativas se ha transmitido por tradición oral en la comunidad, donde en muchos casos existen curanderos o brujos. Sin embargo, las autoridades sanitarias han aumentado su presencia en algunas comunidades instalando centros de salud, aunque con personal médico y medicamentos insuficientes o inexistentes. Estos elementos pueden estar influenciando las respuestas sobre la pregunta relacionada con la dificultad para tomar medicamentos en el caso de que tuviera o estuviese tomando alguno, no tanto por ser un problema físico o mental relacionado con la edad. Los resultados mostrados en la gráfica 12, indican que los hombres presentan mayores dificultades en diferentes grupos de edad que las mujeres, aunque en el grupo de mayor edad los porcentajes son ligeramente mayores en éstas. El comportamiento porcentual, aunque se vislumbra creciente es un tanto errático, lo cual se deba quizás a los reducidos tamaños de muestra de los grupos de edad mayor.

Gráfica 12
Porcentaje de individuos con dificultades en tomar sus medicamentos



Gráfica 13
Porcentaje de individuos con dificultades para manejar su dinero



La última actividad instrumental de la vida diaria considerada en el análisis tiene que ver con el manejo del dinero. Los resultados que se presentan en la gráfica 13 indican que antes de los 75 años los porcentajes de individuos que declararon presentar dificultades para realizar esta actividad no superan el 5%. La problemática parece manifestarse en los dos grupos de mayor edad. En el grupo de 80 años y más los porcentajes de hombres con esta problemática son mayores que en mujeres, aunque en general, como se mencionó antes no se pueden establecer diferencias significativas por sexo.

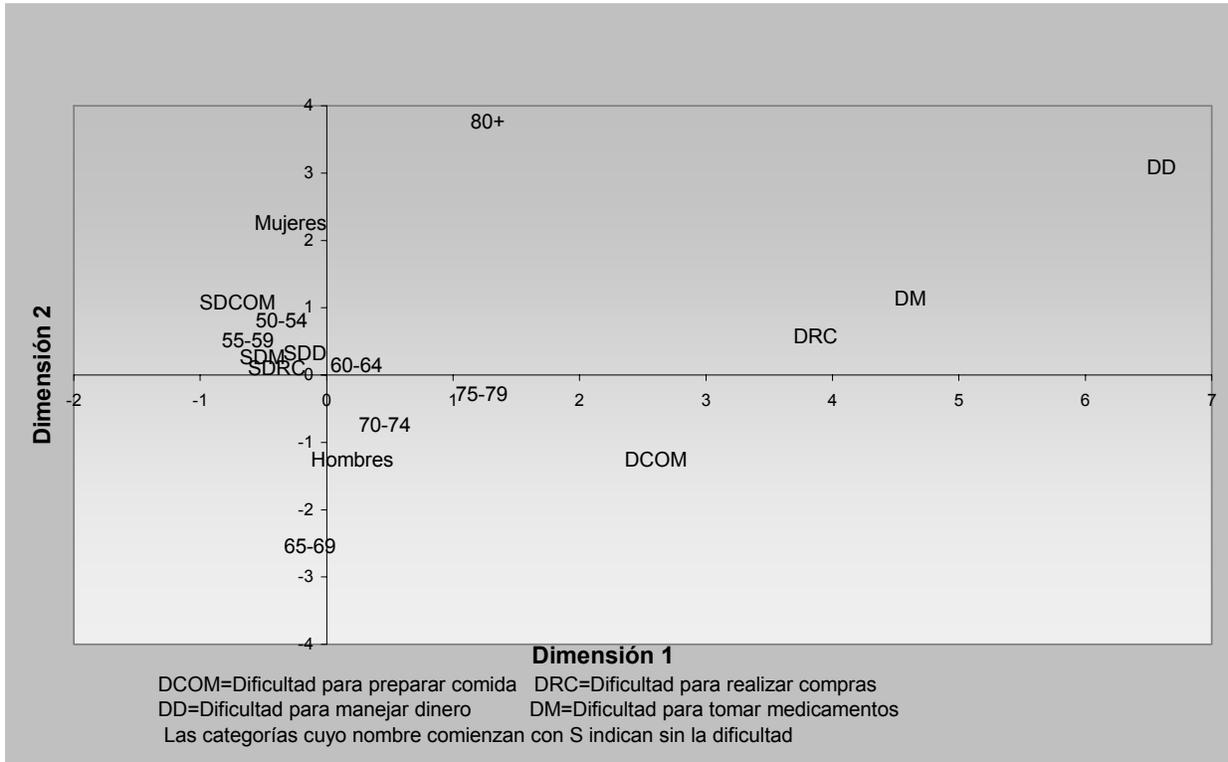
Actividades instrumentales de la vida diaria, edad y género: análisis multivariado

De manera similar a lo encontrado con las ABVD, en el análisis de correspondencia múltiple se encontró que la primera dimensión representa la variabilidad de las AIVD, en tanto la segunda absorbe la información de sexo y edad (cuadro 23). En el cuadrante superior izquierdo de la gráfica 14 podemos observar individuos que no presentan dificultad para realizar las AIVD y que corresponden a los grupos de menor edad considerados (50-54, 59-60 y 60-64) que tienden a estar más cercanos de las mujeres. Del lado derecho de la dimensión 1 (eje X) se puede apreciar las categorías de los individuos que presentan dificultad para realizar la AIVD, mostrando una estrecha relación entre las dificultades para realizar compras de víveres y la auto-administración de medicamentos. Aunque menos clara que en la ABVD, parece ser en mayor medida la edad que el género el factor que incrementa la posibilidad de presentar dificultades para realizar las actividades instrumentales.

Cuadro 23
Medias de discriminación en al análisis de correspondencia múltiple (AIVD)

Variable	Dimensión	
	1	2
Edad	.169	.499
Sexo	.018	.640
Dificultad para preparar una comida caliente	.519	.110
Dificultad para realizar compras de víveres o mandado	.651	.001
Dificultad para tomar medicamentos	.640	.009
Dificultad para manejar dinero	.467	.041
Total de varianza (inerencia) explicada: 0.627		

Gráfica 14
Análisis de correspondencia múltiple sexo, edad y
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria



Actividades de la vida diaria, enfermedades crónicas, edad y género

Considerando cada grupo de actividades por separado, se construyeron dos índices: el primero de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria (ABVD) y el segundo relacionado con las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). En ambos casos se consideró que un individuo poseía dificultades si contestó que al menos en una de las actividades tenía problema para realizarla. Por otra parte del cuestionario ENASEM sobre salud se tomó la información del diagnóstico de alguno de los siguientes padecimientos: Hipertensión, Diabetes, Artritis o Reumatismo y Fractura de hueso y cadera, las cuales fueron consideradas como variables dicotómicas (si tienen el padecimiento o no).

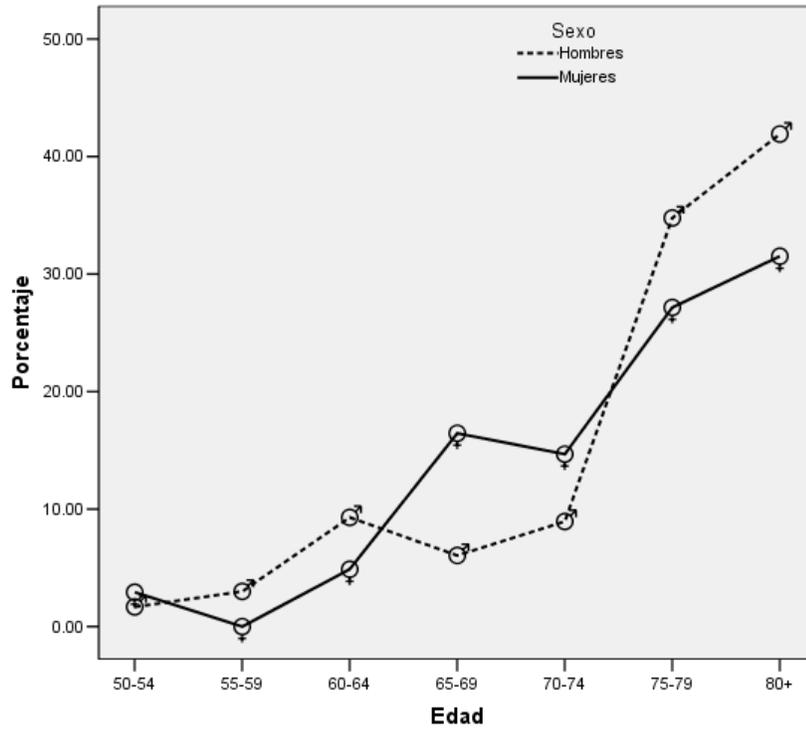
En el cuadro 24 se presenta la distribución porcentual por edad y sexo de las seis características; en todas las variables, los porcentajes obtenidos son significativamente diferentes ($p < 0.05$) por grupo de edad, aunque en el caso de la diabetes y la hipertensión no se presenta un incremento constante respecto de la edad, podría decirse que los indígenas en edades avanzadas están más propensos a presentar mayores dificultades para realizar actividades básicas e

instrumentales de la vida diaria así como a poseer alguna enfermedad crónica como las que en este apartado se consideran.

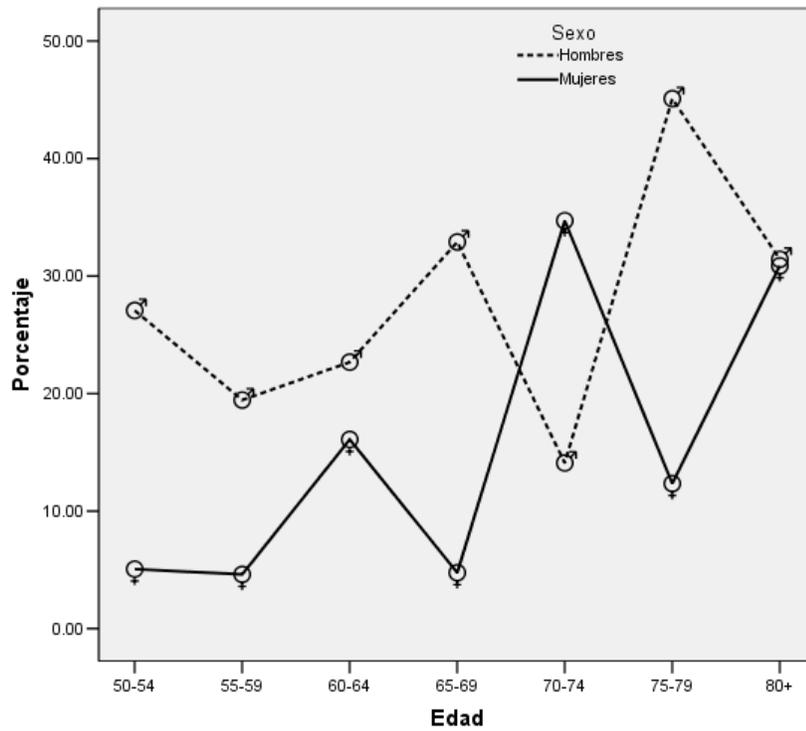
Cuadro 24
Índices de dificultad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y enfermedades crónicas por grupo de edad y sexo

Edad	Dificultad con al menos una ABVD				Dificultad con al menos una AIVD			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%	n	%
50-54	3	1.7	6	3.1	48	27.3	10	5.2
55-59	3	2.7	0	0	22	19.5	5	4.6
60-64	8	9.1	3	4.4	20	22.7	11	16.2
65-69	5	5.6	7	17.1	29	32.6	2	4.9
70-74	6	9.4	5	14.7	9	14.3	12	35.3
75-79	19	34.5	11	27.5	25	44.6	5	12.5
80+	15	41.7	27	31.4	11	30.6	26	30.6
	Prueba χ^2 por sexo $p > 0.05$				Prueba χ^2 por sexo $p < 0.05$			
	Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$				Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$			
Edad	Hipertensión				Diabetes			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%	n	%
50-54	26	15.2	54	29.2	14	8.2	15	8.1
55-59	19	18.1	42	42.9	7	6.6	18	18.4
60-64	12	14.5	21	32.8	7	8.5	16	25
65-69	32	39	21	52.5	4	4.9	13	32.5
70-74	31	49.2	17	54.8	15	23.8	11	35.5
75-79	15	30	23	57.5	6	11.8	7	17.5
80+	12	34.3	26	35.1	4	11.4	13	17.3
	Prueba χ^2 por sexo $p < 0.05$				Prueba χ^2 por sexo $p < 0.05$			
	Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$				Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$			
Edad	Artritis o reumatismo				Fractura de hueso o cadera			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%	n	%
50-54	11	6.4	12	6.5	7	4.1	19	9.9
55-59	26	24.8	16	16.3	19	17.0	18	16.7
60-64	14	16.9	16	25.4	10	11.9	10	14.7
65-69	11	13.4	5	12.2	31	34.8	5	12.2
70-74	24	38.1	11	34.4	3	4.8	5	14.7
75-79	15	29.4	16	41.0	23	41.8	6	15.0
80+	13	37.1	38	50.7	9	25.0	24	28.6
	Prueba χ^2 por sexo $p > 0.05$				Prueba χ^2 por sexo $p > 0.05$			
	Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$				Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$			

Gráfica 15
Porcentaje de individuos con dificultades para realizar al menos una ABVD



Gráfica 16
Porcentaje de individuos con dificultades para realizar al menos una AIVD



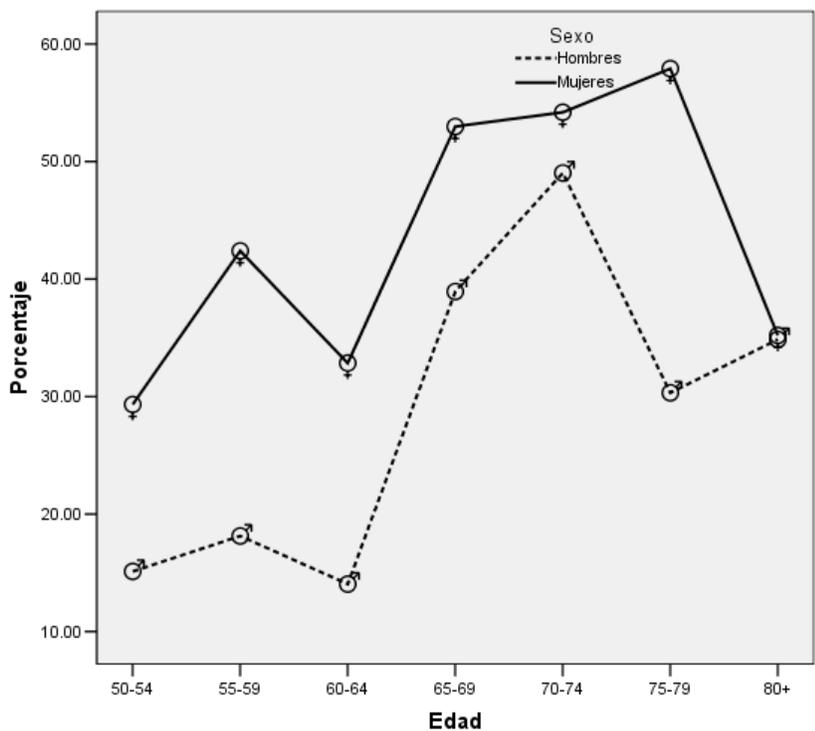
Al comparar por sexo de los encuestados se encontraron prevalencias de hipertensión y diabetes significativamente mayores en mujeres ($p < 0.05$), en tanto en la AIVD los porcentajes son significativamente mayores ($p < 0.05$) en hombres, donde la actividad de preparar alimentos estaría influyendo de forma definitiva en el índice construido.

La distribución del índice de ABVD respecto al sexo y edad de los individuos presentada en la gráfica 15, no permite establecer diferencias por sexo en general aunque en los dos grupos de mayor edad (75-79 y 80+) se observan porcentajes mayores de hombres con dificultad para realizar al menos una de las actividades, lo que podría indicar que las mujeres indígenas afrontan la vejez en un mejor estado de salud; sin embargo en los grupos previos (65-69 y 70-74) las mujeres presentan mayores dificultades, aspecto que probablemente se debe a que los hombres indígenas tienden a no reconocer algún problema de salud ya que a esas edades se encuentran muy ligados a las actividades laborales, particularmente las relacionadas con el campo.

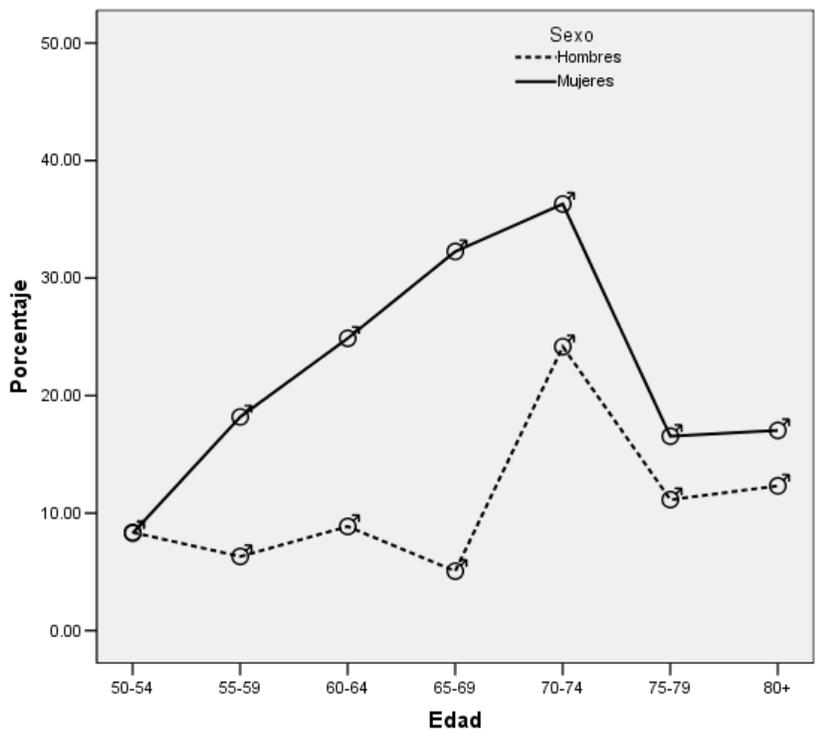
Tocante al índice de las AIVD, los datos de la gráfica 16 indican valores porcentuales más altos en hombres en todos los grupos de edad, salvo en el de 70-74 años. En el caso de las mujeres se observa una tendencia creciente respecto a la edad, de manera que en el grupo de mayor edad (80+) mujeres y hombres presentan porcentajes similares, cerca del 31%. Como se mencionó antes, algunas de las AIVD están influenciadas por el rol de género, en particular la preparación de alimentos y quizás la compra de víveres, aspecto que podría estar afectando las cifras obtenidas y no deberse necesariamente a edad avanzada.

En relación a la prevalencia de hipertensión por edad y sexo, en la gráfica 17 se puede apreciar que las cifras son mayores en mujeres, lo que indicaría una posible predisposición mayor a presentar este padecimiento, debido quizás a su función reproductiva o a su rol de actividades que implican un menor esfuerzo físico que los hombres. Respecto a la edad se presenta una tendencia creciente en mujeres hasta el grupo de 75-79 años donde cerca de 6 de cada 10 declararon tener complicaciones con este padecimiento; la declinación en las prevalencias en el grupo de mayor edad en mujeres y en el de 75-79 en hombres, estaría indicando que la esperanza de vida para indígenas que tienen este padecimiento es más reducido que si no se padece, es decir muchos de los que en edades previas a los 75 años padecían de hipertensión no sobrevivieron a edades mayores.

Gráfica 17
Porcentaje de individuos con diagnóstico de hipertensión

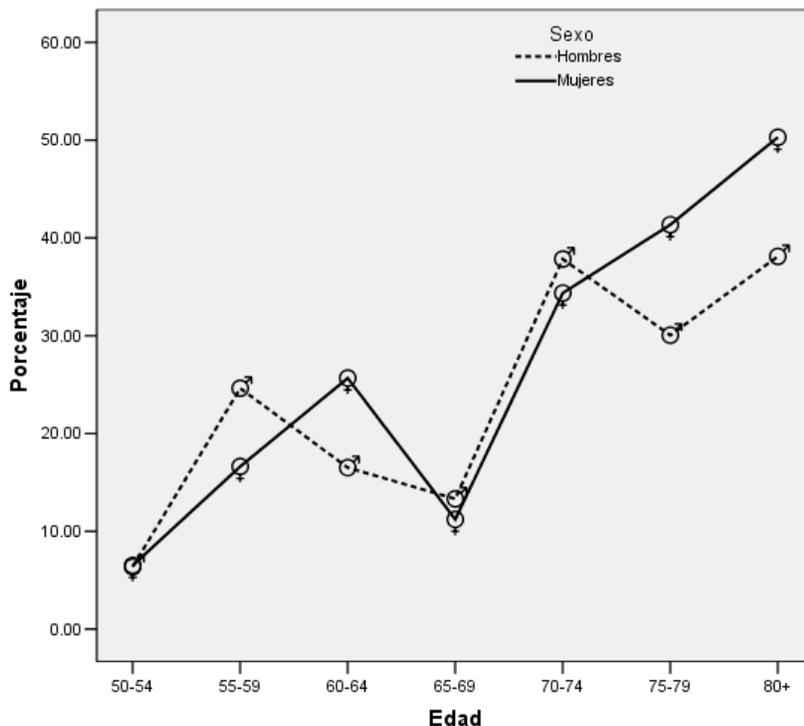


Gráfica 18
Porcentaje de individuos con diagnóstico de diabetes



Aunque las tasas de prevalencia de diabetes son más bajas que los de hipertensión, el comportamiento por sexo es similar, es decir, los porcentajes de mujeres con diabetes son mayores salvo en el grupo de 50-54 años donde son similares. Las tasas máximas de prevalencia se encuentran en el grupo de 70-74 años, siendo poco mayor del 30% y del 20% en mujeres y hombres respectivamente; en los dos grupos de mayor edad se presenta una fuerte declinación, tendencia que otra vez estaría indicando una importante tasa de mortalidad debido a la diabetes antes de los 75 años de edad, en ambos sexos. En población indígena con una escasa cobertura médica especializada, la hipertensión y la diabetes probablemente tienen una complejidad mayor debido a los medicamentos especializados y costosos que se requieren para su control, así como por la imposibilidad de seguir las recomendaciones de cambios de hábitos alimenticios y de ejercicio que suelen proclamarse por las instituciones de salud para paliar los efectos de dichos padecimientos. La imposibilidad de estos cambios pasa tanto por la pobreza en que vive la mayor parte de la población indígena como por la cultura alimenticia ancestral ligada a productos del maíz en la mayoría de las comunidades indígenas.

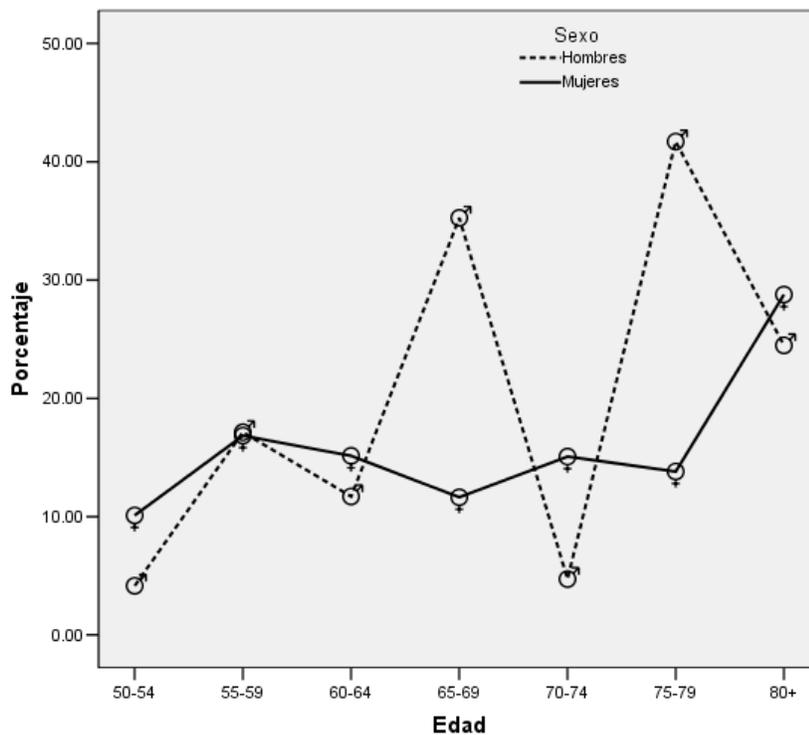
Gráfica19
Porcentaje de individuos con diagnóstico de artritis o reumatismo



Las prevalencias de artritis o reumatismo son muy similares por sexo, antes de los 75 años de edad; en los dos grupos de mayor edad los porcentajes para mujeres son superiores a los

de hombres. En mujeres la tendencia de los porcentajes con artritis o reumatismo son crecientes salvo en el grupo de 65-69 años donde se presenta una disminución importante; a los 80 o más años más de la mitad de las mujeres manifestaron presentar algún problema artrítico o de tipo reumatoide. En los hombres el comportamiento es más errático alcanzando sus máximos en los grupos de 70-74 y 80 y más años donde alrededor del 40% de los individuos manifiestan complicaciones con este padecimiento.

Gráfica 20
Porcentaje de individuos con fractura de hueso o cadera



Debido al paso del tiempo y la actividad desarrollada a lo largo de su vida, los huesos de las personas de edad avanzada tienden a debilitarse produciendo en muchas ocasiones fracturas especialmente de cadera. En mujeres, además de la edad, características propias relacionadas con la reproducción como son la menstruación, gestación, lactancia y la menopausia entre otras, están relacionadas con la pérdida de calcio en los huesos repercutiendo en la posibilidad de fisuras en el sistema óseo. Aunque en general las prevalencias de fracturas de hueso o cadera no presentaron diferencias significativas por sexo, el comportamiento en algunos grupos de edad son diferentes en hombres y mujeres indígenas; por ejemplo en el grupo de 65 a 69 años sólo 12% de mujeres respondieron verse afectadas por esta característica en contraste con 34.8% de hombres, cifras que probablemente estén relacionadas con el trabajo rudo y de alto riesgo

desarrollado en el campo. La diferencia es aún mayor, 42% en hombres contra 15% en mujeres, en el grupo de 75 a 79 años, sin embargo en el grupo de 80 y más años los porcentajes de mujeres son ligeramente superiores a los hombres, 29% y 25% respectivamente. Quizás porque los hombres afectados no alcancen a sobrevivir a esa edad.

Actividades de la vida diaria, enfermedades crónicas, edad y género: análisis multivariado

Considerando las variables ABVD, AIVD con dos categorías (si presenta dificultad en al menos una de las actividades o no), si está o no diagnosticado con cada una de las cuatro enfermedades crónico degenerativas, la edad y sexo de los individuos se realizó un análisis de correspondencia múltiple. La proyección resultante indica que las variables edad, ABVD, AIVD, fractura de hueso o cadera y artritis o reumatoide están relacionadas, principalmente, con la primera dimensión; en tanto sexo, hipertensión y diabetes se asocian con la segunda (cuadro 25).

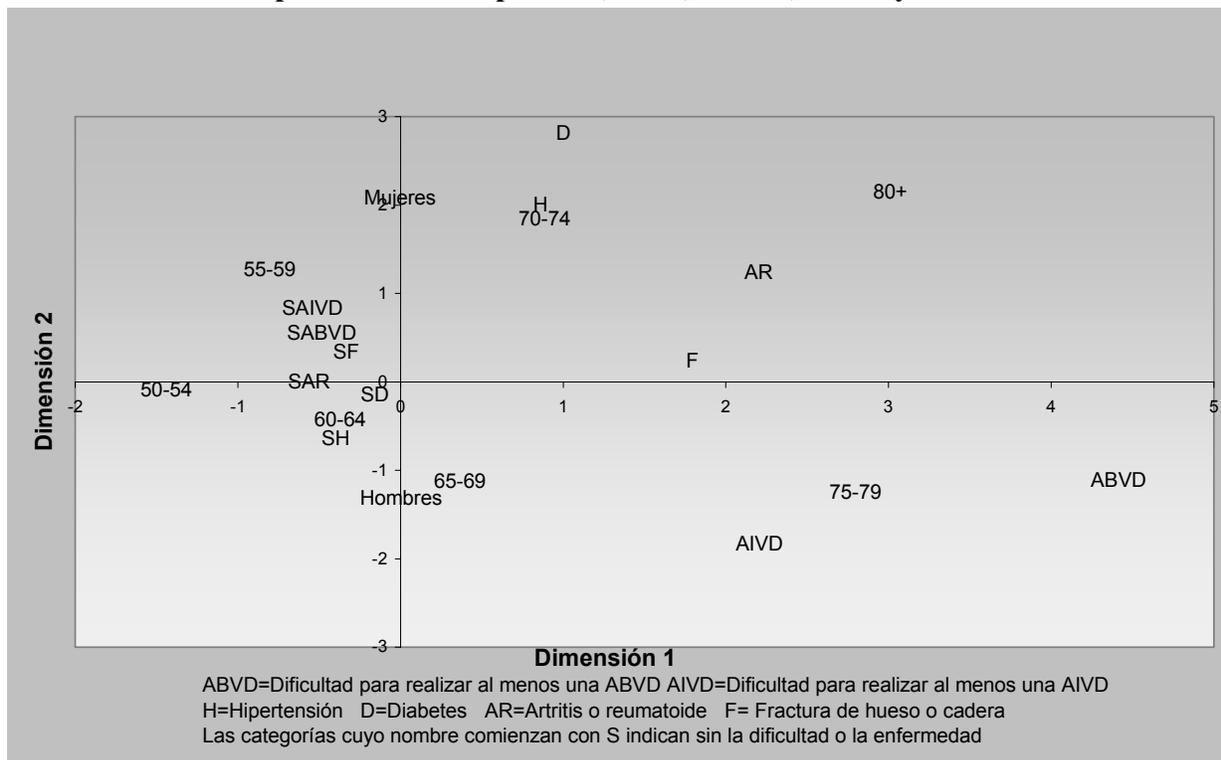
Cuadro 25
Medidas de discriminación en al análisis de correspondencia múltiple (Enfermedades, ABVD y AIVD)

Variable	Dimensión	
	1	2
Edad	.562	.222
Sexo	.000	.502
Diagnóstico de Hipertensión	.074	.231
Diagnóstico de Diabetes	.034	.167
Diagnóstico de Artritis o Reumatoide	.271	.041
Fractura de hueso o cadera	.141	.000
Dificultad con al menos una ABVD	.501	.039
Dificultad con al menos una AIVD	.278	.197
Total de varianza (inerencia) explicada: 0.408		

Al graficar las categorías originales en el plano cartesiano definido por las dos nuevas variables o dimensiones (gráfica 21) observamos algunos patrones de asociación. En la parte superior del lado izquierdo se ubican las categorías de individuos que no presentan dificultad para realizar alguna de las ABVD y las AIVD características asociadas a no haber tenido fracturas de hueso o cadera, siendo de los grupos de edad más jóvenes considerados (50-54 y 55-59 años). Del mismo lado izquierdo en la parte inferior están las categorías de individuos sin diagnóstico de diabetes, hipertensión y artritis, relacionados con los grupos de 60-64 y 65-69 años de edad, del sexo masculino. Del lado derecha de la gráfica se encuentran los indígenas que presentan alguna dificultad para realizar las actividades básica e instrumentales de la vida diaria, los que presentan problemas artríticos, con alguna fractura de hueso o cadera asociados con los

grupos de mayor edad (75-79 y 80 y más años). Los individuos con diagnóstico de diabetes o hipertensión están altamente asociados al grupo de 70-74 años y son principalmente mujeres.

Gráfica 21
Análisis de correspondencia múltiple sexo, edad, ABVD, AIVD y enfermedades crónicas



Factores que afectan la dificultad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria: modelos de regresión logística

A partir de considerar los índices dicotómicos contruidos respecto a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (con dificultad para realizar al menos una de las actividades en cada grupo) como variables dependientes se ajustaron modelos de regresión logística bajo el supuesto de que existen factores sociodemográficos y de salud, explicados teóricamente en el modelo de Wong y Lastra (2001) al inicio de este capítulo, que están relacionados con la funcionalidad de los adultos mayores. En total se ajustaron cuatro modelos considerando ABVD, AIVD para cada sexo.

Cuadro 26
VARIABLES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES EN EL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

Variable	Categoría	Hombres		Mujeres	
		%	n	%	N
Alguna dificultad para realizar ABVD	Sí	9.7	60	10.3	58
	No	90.3	560	89.7	510
Alguna dificultad para realizar AIVD	Sí	26.5	164	12.4	71
	No	73.5	456	87.6	498
Tipo de localidad	Urbana	17.0	106	24.4	139
	Mixta	83.0	514	75.6	430
Tipo de hogar	Unipersonal	6.8	42	8.4	48
	Pareja	14.6	91	15.0	86
	Pareja y otros	78.6	487	76.5	435
Agua entubada en la vivienda	No	63.1	390	55.0	312
	Sí	36.9	228	45.0	255
Refrigerador	No	62.7	389	55.4	314
	Sí	37.3	231	44.6	253
Escolaridad	Sin estudios	33.4	206	52.2	293
	1-3	42.3	261	27.2	153
	4+	24.2	149	20.5	115
Situación conyugal	Unido	79.2	412	55.2	273
	Separado, soltero o viudo	20.8	108	44.8	221
Trabaja	No	27.6	171	75.6	429
	Sí	72.4	449	24.4	138
Migró	No	70.4	433	64.5	365
	Sí	29.6	182	35.5	201
Hijos vivos	0-2	12.9	80	19.5	111
	3-4	22.6	140	24.2	137
	5+	64.4	398	56.3	320
Ayuda económica recibida de hijos	No	55.3	332	46.1	241
	Sí	44.7	268	53.9	282
Ayuda no económica recibida de hijos	No	39.9	239	41.1	215
	Sí	60.1	361	58.9	309
Estado de salud	Regular, buena o excelente	86.7	477	80.6	391

Variable	Categoría	Hombres		Mujeres	
		%	n	%	N
auto percibida	Mala	13.3	73	19.4	94
Hipertensión	No	75.1	443	61.6	328
	Sí	24.9	147	38.4	204
Diabetes	No	90.2	532	82.6	440
	Sí	9.8	58	17.4	93
Artritis o reumatismo	No	80.7	476	78.6	419
	Sí	19.3	114	21.4	114
Fractura de hueso o cadera	No	83.2	510	84.6	479
	Sí	16.8	103	15.4	87

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Envejecimiento y Salud en México (ENASEM) ronda del 2001.

Además de la edad, que se introduce de forma continua en el modelo, se consideraron diferentes variables categóricas, mismas que en el cuadro 26 se presentan en cuanto a su distribución absoluta y porcentual. Las cifras indican que sólo 17% de los hombres y 24% de las mujeres indígenas viven en localidades urbanas (más de 100,000 habitantes); asimismo poco más del 20%, en ambos sexos, viven en hogares unipersonales o sólo con su pareja. En cuanto a las características de la vivienda casi dos terceras partes de los hombres indígenas no cuentan con agua entubada en su vivienda, cifra que es de 55% en las mujeres; cifras similares se presentan en cuanto a la tenencia de refrigerador. En cuanto a escolaridad, una tercera parte de los hombres y 52.2% de las mujeres indígenas de edad mayor no tuvieron acceso a la escuela. Respecto a la situación conyugal, se tiene que casi el 80% de los hombres permanece en algún tipo de unión en contraste con el 52.2% de las mujeres.

Casi tres de cuatro hombres y una de cada cuatro mujeres respondieron que al momento de la entrevista se encuentran laborando. La experiencia migratoria fue experimentada por 29.6% de los hombres y 35.5% de las mujeres.

En cuanto a la posibilidad de redes familiares de intercambio, el 64.4% de los hombres y 56.3% de las mujeres contestaron que tenían 5 o más hijos vivos, aspecto que puede ser importante en la edad avanzada particularmente si no se cuenta con buena salud. En este sentido se tiene que reciben ayuda económica de parte de alguno de los hijos el 44.7% de los hombres y 53.9% de las mujeres. Los porcentajes de ayuda no económica proporcionada por algún hijo son de 60.1% y 58.9% de hombres y mujeres indígenas respectivamente.

Respecto al estado de salud auto percibido, el 13.3% de los hombres indígenas y 19.4% de las mujeres encuestadas dijeron contar con mala salud. En relación a las enfermedades crónicas degenerativas 38.4% de mujeres y 24.9% de hombres manifestaron tener diagnosticada hipertensión, diabetes 17.4% y 9.8% de mujeres y hombres respectivamente; cifras más parejas por género se presentan en la prevalencia de artritis o reumatismo donde 21.4% de mujeres y 19.3% de hombres mencionaron padecerla, en tanto 15.4% de mujeres y 16.8% de hombres manifestaron que habían sufrido alguna fractura de cadera o algún otro hueso del esqueleto.

En los cuadros 27 y 28 se muestran los resultados del ajuste del modelo de regresión logística para las variables dependientes, los índices de dificultad de realización de las ABVD y las AIVD, en función de los factores sociodemográficos y de salud. A continuación se describe el comportamiento de las variables significativas.

Edad

Se ha documentado mucho sobre la incorrecta declaración de la edad; en el caso de la población indígena de edad mayor, la edad es una característica difícil de recolectar con fiabilidad y precisión, ya que muchos de ellos no cuentan con un documento donde se certifique la fecha de nacimiento debido a la inexistencia de registro civil o eclesiástico cuando ellos nacieron en sus lugares de origen y la memorización no es muy adecuada.

A pesar de estas limitaciones, los modelos de regresión logística ajustados indican que, en hombres, los momios de presentar dificultad para realizar alguna de las AIVD se incrementan significativamente ($p < 0.05$) en 4% por cada año que se cumpla, en tanto para las ABVD los incrementos de los momios son más acelerados: 9% anual. El deterioro de la salud en mujeres, medido por la dificultad para realizar ABVD y AIVD, es más acelerado respecto de la edad que el presentado en hombres si nos atenemos a las razones de momios estimadas en los modelos de regresión logística; en el caso de los momios de presentar alguna dificultad en las ABVD se incrementan en 23% por cada año de edad ($p < 0.05$), en tanto en las AIVD el incremento es de 16% por año cumplido ($p < 0.01$). Los resultados nos permiten inferir una diferenciación por género en cuanto al patrón de salud de los indígenas mayores. Es conocido que las mujeres presentan menores tasas de mortalidad lo que las hace sobrevivir a edades avanzadas en mayor proporción que los hombres pero las cifras encontradas evidencian que las mujeres padecen enfermedades que les dificultan en mayor medida que los hombres realizar las actividades cotidianas de la vida.

Cuadro 27
Modelos de regresión logística ajustadas, variable dependiente: índice de dificultad de realización de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

Variable	Categoría	Hombres				Mujeres			
		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%	
				Inferior	Superior			Inferior	Superior
Edad		0.013	1.04	1.01	1.07	0.000	1.16	1.10	1.23
Tipo de localidad	Urbana	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Mixta	0.157	0.58	0.28	1.23	0.005	0.18	0.06	0.60
Tipo de hogar	Unipersonal	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Pareja	0.151	2.70	0.70	10.41	0.797	1.34	0.14	12.85
	Pareja y otros	0.059	3.22	0.96	10.82	0.072	5.30	0.86	32.66
Agua entubada en la vivienda	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.000	0.35	0.20	0.63	0.000	0.10	0.03	0.33
Refrigerador	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.966	1.01	0.59	1.74	0.869	0.91	0.30	2.80
Escolaridad	Sin estudios	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	1-3	0.657	1.13	0.66	1.94	0.751	1.19	0.41	3.50
	4+	0.161	0.59	0.28	1.24	0.065	3.15	0.93	10.67
Situación conyugal	Unido	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Separado, soltero o viudo	0.576	1.21	0.62	2.34	0.288	1.87	0.59	5.91
Trabaja	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.031	0.53	0.30	0.94	0.115	0.39	0.12	1.26
Migró	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.136	0.66	0.38	1.14	0.214	0.52	0.18	1.47
Hijos vivos	0-2	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	3-4	0.001	0.23	0.10	0.55	0.155	2.70	0.69	10.55
	5+	0.066	0.50	0.24	1.05	0.563	1.44	0.42	4.95
Ayuda económica recibida de hijos	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.027	1.73	1.07	2.81	0.368	1.53	0.61	3.89

Variable	Categoría	Hombres				Mujeres			
		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%	
Ayuda no económica recibida de hijos	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.001	2.46	1.45	4.18	0.107	2.17	0.85	5.54
Estado de salud auto percibida	Regular, buena o excelente	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Mala	0.911	0.96	0.48	1.94	0.000	6.52	2.59	16.45
Hipertensión	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.011	0.46	0.25	0.84	0.060	2.15	0.97	4.76
Diabetes	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.305	1.48	0.70	3.16	0.015	4.16	1.32	13.13
Artritis o reumatismo	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.078	1.66	0.95	2.93	0.414	1.49	0.57	3.84
Fractura de hueso o cadera	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.249	0.68	0.35	1.31	0.050	2.91	1.00	8.46

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Envejecimiento y Salud en México (ENASEM) ronda del 2001.

Cuadro 28
Modelos de regresión logística ajustadas, variable dependiente: índice de dificultad de realización de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Variable	Categoría	Hombres				Mujeres			
		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%	
				Inferior	Superior			Inferior	Superior
Edad		0.016	1.09	1.02	1.17	0.000	1.23	1.12	1.34
Tipo de localidad	Urbana	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Mixta	0.674	0.70	0.13	3.79	0.172	0.28	0.04	1.75
Tipo de hogar	Unipersonal	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Pareja	0.011	213.22	3.35	13571.15	0.032	0.01	0.00	0.68
	Pareja y otros	0.014	141.12	2.70	7375.81	0.655	1.59	0.21	12.26
Agua entubada en la vivienda	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.398	0.54	0.13	2.23	0.029	0.17	0.03	0.84
Refrigerador	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.128	0.33	0.08	1.37	0.091	5.81	0.75	44.83
Escolaridad	Sin estudios	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	1-3	0.162	0.36	0.09	1.51	0.413	0.43	0.06	3.29
	4+	0.970	0.96	0.13	7.03	0.833	0.82	0.13	5.34
Situación conyugal	Unido	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Separado, soltero o viudo	0.212	0.38	0.09	1.73	0.104	5.11	0.72	36.45
Trabaja	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.000	0.07	0.02	0.29	0.067	4.08	0.91	18.36
Migró	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.137	2.86	0.72	11.44	0.350	0.44	0.08	2.45
Hijos vivos	0-2	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	3-4	0.767	1.36	0.18	10.44	0.185	0.24	0.03	1.99
	5+	0.195	0.25	0.03	2.03	0.003	0.08	0.02	0.43
Ayuda económica recibida de hijos	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.052	4.25	0.99	18.31	0.012	19.68	1.94	199.90

Variable	Categoría	Hombres				Mujeres			
		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%	
				Inferior	Superior			Inferior	Superior
Ayuda no económica recibida de hijos	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.058	0.26	0.06	1.05	0.434	1.92	0.38	9.80
Estado de salud auto percibida	Regular, buena o excelente	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Mala	0.000	15.84	4.06	61.85	0.033	5.30	1.14	24.54
Hipertensión	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.527	1.64	0.36	7.59	0.944	1.05	0.27	4.08
Diabetes	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.017	0.07	0.01	0.63	0.429	0.42	0.05	3.57
Artritis o reumatismo	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.002	7.67	2.08	28.32	0.200	2.57	0.61	10.88
Fractura de hueso o cadera	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.487	1.70	0.38	7.65	0.720	0.69	0.09	5.24

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Envejecimiento y Salud en México (ENASEM) ronda del 2001.

Localidad de residencia

Ante problemas de enfermedad, la localidad donde de residencia puede ser un factor importante para la atención ya que los hospitales que atienden asuntos que requieren especialistas o de estudios médicos a mayor profundidad suelen concentrarse en las ciudades más grandes del país, lo que propicia que la mayoría de la población indígena asentada en comunidades rurales indígenas tenga imposibilidad de acceder a ellas. Los ajustes de los modelos logísticos sólo permiten inferir incrementos significativos ($p < 0.05$) en los momios de presentar alguna dificultad con las actividades instrumentales en mujeres indígenas que residen en localidades urbanas (más de 100,000 habitantes) respectos a las que residen en localidades mixtas (rurales y menos urbanizadas).

Tipo de hogar

La posibilidad de contar con ayudas de familiares ante situaciones de enfermedad en edades avanzadas depende de las características y amplitud de las redes sociales intrafamiliares disponibles, siendo los arreglos familiares o tipo de hogar donde habitan los indígenas de edad

mayor la característica que permite evaluar esta situación. Se esperaría que ante la dificultad de realizar actividades básicas en instrumentales los indígenas de edad mayor pudieran contar con personas en su entorno que les pudieran auxiliar. Las razones de momios estimadas permiten confirmar en parte esta suposición ya que en el caso de las actividades instrumentales los momios de vivir con pareja y otros familiares, conocidos o amigos incrementa significativamente ($p < 0.05$) los momios de presentar alguna dificultad con este grupo de actividades respecto a los que viven en hogares unipersonales, es decir solos. Sin embargo si los indígenas de edad mayor viven únicamente con su pareja los momios de presentar dificultades con alguna AIVD son similares a los que viven solos. Estos patrones son similares en ambos sexos.

Sin embargo, al considerar el conjunto de actividades básicas la relación no es clara, ya que mientras en hombres, vivir en pareja o en pareja con otros familiares incrementa ($p < 0.05$) los momios de presentar dificultad respecto a los que viven solos, en mujeres son las que viven solas las que presentan mayores momios ($p < 0.05$) de presentar alguna dificultad para realizar las ABVD respecto a las que viven en pareja. Este resultado nos indicaría una mayor dependencia de parte de los hombres indígenas ante problemas de enfermedad que derivan en la dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria

Agua entubada en la vivienda

Aunque la mayor parte de los indígenas mexicanos viven en situaciones de pobreza, algunos se encuentran en peores condiciones económicas que otros. Una medida indirecta de la desigualdad al interior de la población indígena es la posibilidad de acceder al servicio de agua potable mediante una instalación al interior de la vivienda, bajo el supuesto que no contar con este servicio implica una situación más precaria. Los resultados del modelo indican que mujeres indígenas que no cuentan con servicio de agua potable al interior de sus viviendas están más propensas ($p < 0.05$) a presentar dificultades tanto con actividades básicas como instrumentales de la vida diaria, situación que sólo se presenta en las AIVD en hombres. Los resultados estimados permiten inferir que los indígenas que se encuentran en situación económica más precaria tienen mayor probabilidad de presentar dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, quizás por problemas de enfermedades relacionadas con la pobreza o con el trabajo rudo que han tenido que sortear para poder supervivir a lo largo de su vida.

Escolaridad

En población indígena la escolaridad es un factor relacionado con la posibilidad de poderse comunicar por la vía oral y por escrito, en la lengua española, con la población no indígena, en particular con personal ligado al sector salud. Por lo tanto, la escolaridad puede estar relacionada con la salud de un individuo porque le proporciona maneras de acceder a información sobre dónde, cómo y cuándo acudir en caso de alguna enfermedad. En México, la escolaridad es desigual y con grandes rezagos. La cantidad y calidad de la educación que se imparte y se recibe dependen de la clase social, del medio rural o urbano, del sexo y también de la cohorte de edad a la que se pertenece. En el caso de la población indígena de edad mayor se caracteriza por su escasez, acentuándose en población que se ubica en localidades que no cuentan con instituciones educativas o el servicio que se otorga no es el adecuado ya sea por falta de instalaciones apropiadas y/o falta de profesores.

Los parámetros estimados al ajustar los modelos de regresión logística indican que en hombres, haber acudido 4 o más años a la escuela incrementa significativamente ($p < 0.05$) los momios de presentar dificultad para realizar al menos una de las AIVD respecto a los que no tuvieron la posibilidad de asistir alguna vez a estudios formales, dato que podría indicar más bien la posibilidad de concientización de poseer dificultades para realizar este tipo de actividades por individuos que han tenido alguna posibilidad de conocer aspectos relacionados con su salud. En el caso de las ABVD esta variable no resultó significativa ($p > 0.05$), misma situación presentada en el caso de mujeres en los dos índices. Los bajos y homogéneos niveles de escolaridad de las mujeres indígenas de edad avanzada podrían ser una de las causas por la que esta variable no haya resultado de importancia en los modelos

Situación laboral

Se supone que la vejez es la época de reposo, sin embargo una importante proporción de población indígena de 50 años o más, permanece trabajando. A estas cifras se suma el hecho de que la ocupación declarada por la mayoría de mujeres adultas es la tarea del hogar la cual, indebidamente, no se considera trabajo. Sin embargo, muchas de las mujeres en épocas de siembra o cosecha de productos del campo cooperan con los hombres en estas labores, o bien las realizan en forma permanente debido a la ausencia por efecto de la migración de hombres, a lo que se aúna que estén realizando actividad artesanal cuyo producto venden y sirve de ayuda para la manutención del hogar.

Los parámetros estimados en los modelos de regresión logística indican que en hombres indígenas los momios de presentar dificultad con alguna de las ABVD disminuye significativamente ($p < 0.01$) en 93% si es que se mantienen trabajando, cifra que es de 47% en el caso de las AIVD; estos datos estarían indicando que presentar dificultad con alguna actividad de la vida diaria propicia la disminución de actividades laborales. Para las mujeres el patrón es diferente, las que se mantienen trabajando tienen mayores probabilidades ($p < 0.05$) de presentar algún problema para realizar las ABVD en relación a las que mencionaron que no trabajan.

Estos resultados indican que en edades avanzadas, no poder realizar alguna de las actividades básicas en hombres está relacionado con dejar de trabajar, pero en mujeres es al contrario, se mantienen trabajando aunque tengan dificultad para realizar alguna de las actividades básicas. Estos resultados confirman que existe una tenue división entre lo que se entiende por trabajar y no trabajar en comunidades indígenas donde el trabajo se realiza prácticamente hasta la muerte.

Número de hijos vivos

Para la población de edad mayor las relaciones familiares son cruciales para su manutención y bienestar. Ante la precariedad de la salud y la imposibilidad de contar con ingresos económicos, las posibles ayudas de parte de sus familiares directos en particular los hijos podría ser una forma de mantener cierto nivel de vida. De acuerdo a los resultados obtenidos se puede inferir que contar con hijos vivos trae como efecto un mejor estado de salud que se refleja en las probabilidades más bajas de poseer dificultades para la realización de las actividades cotidianas. Las cifras indican que en mujeres los momios de presentar mayor dificultad para realizar al menos una ABVD disminuyen significativamente ($p < 0.05$) si se tienen 5 o más hijos vivos respecto a tener de 0 a 2. En hombres, en el caso de las AIVD la disminución de los momios de poseer al menos dificultad para realizar una de estas actividades disminuye en 77% ($p < 0.05$) y 50% ($p < 0.05$) si se tienen 3 a 4 o 5 y más hijos respectivamente en relación a los que tienen de 0 a 2.

Ayudas recibidas de hijos

Ante la posible situación adversa en edades avanzadas, las ayudas formales e informales recibidas por las personas de edad mayor son en ocasiones de vital importancia. La ausencia y/o insuficiencia de apoyos gubernamentales propicia que la solidaridad de los familiares, particularmente la de los hijos, se active. Las ayudas que los familiares brindan a sus padres o

abuelos suelen ser a partir de transferencias económicas o bien en ayudas instrumentales y no económicas como son cuidados, compañía, ayuda en los quehaceres, trabajo en el campo, transferencias de productos alimenticios, etc. que suele englobarse como ayudas no económicas. A pesar de que este tipo de ayudas pueden ser proporcionadas por hermanos, primos, tíos, nietos, u otros familiares además de vecinos, en estas variables se consideran sólo las ayudas proporcionadas por hijos.

Los parámetros estimados en el modelo permite inferir que cuando los hombres indígenas presentan alguna dificultad para realizar las actividades instrumentales se activan tanto las ayudas económicas como las no económicas de parte de los hijos; situación que no sucede en el caso de las mujeres indígenas quienes siguen percibiendo el mismo tipo de ayuda económica y no económica de sus hijos si existe o no presencia de problemas de salud que les impide realizar sin dificultades las actividades instrumentales.

Si el problema de salud es de tal magnitud que impide la realización de al menos una de las actividades básicas se incrementan significativamente ($p < 0.05$) las transferencias monetarias de parte de los hijos, en ambos sexos, sin embargo la ayuda no económica disminuye significativamente en el caso de los hombres, aspecto que es paradójico ya que quizás los indígenas de edad mayor que no pueden realizar actividades como caminar, comer o pararse requerirían más de apoyos físicos y de cuidados, en vez de apoyos monetarios. Cuando las mujeres presentan alguna dificultad para realizar alguna de estas actividades los momios de recibir en mayor medida este tipo de ayudas no se ven incrementados, lo que podría significar que el apoyo que reciben de sus hijos no es tanto por el estado de salud, sino por su condición de madres ya que de acuerdo a las cifras del cuadro 28, este tipo de apoyos ellas los reciben en mayor proporción.

Estado de salud auto percibida

La auto percepción de la salud es una de las maneras como en circunstancias donde no se puede contar con la infraestructura médica se utiliza como recurso, considerando que algunos estudios han comprobado su eficacia para medir el estado de salud de los individuos.

En relación con la auto percepción de la salud reportada por los indígenas de edad mayor encuestados, los momios estimados a partir de los modelos de regresión logística permiten inferir, una relación directa entre la auto percepción del estado de salud y las dificultades para realizar las actividades de la vida diaria. Tocante al índice de las ABVD, en hombres y mujeres,

auto percibirse con estado de salud malo incrementa los momios ($p < 0.05$) de presentar dificultad para realizar alguna de las actividades, respecto a un estado de salud regular bueno o excelente. En relación al índice de las AIVD los resultados indican, en mujeres, que los momios de estar en el grupo con mayores dificultades son 6.52 veces mayores ($p < 0.01$) que si se considera en mal estado de salud respecto a tener un estado de salud regular bueno o excelente; en hombres no se presentaron aumentos significativos ($p > 0.05$).

Enfermedades crónicas

La pérdida de capacidades físicas esenciales como caminar, escuchar o ver, el nuevo patrón epidemiológico que se caracteriza por enfermedades crónico degenerativas como diabetes, cardiovasculares, neurológicas como Alzheimer o Parkinson son propias del estado de salud física y mental de las personas de edad mayor, siendo la presencia de alguna de ellas un aspecto importante en la vida cotidiana afectando no sólo a las personas que las padecen sino también a familiares o personas que los rodean. En este contexto se esperaría asociación positiva entre poseer dificultad para realizar las actividades de la vida diaria y estar diagnosticado con alguna de las enfermedades crónicas.

De acuerdo a los resultados encontrados se puede inferir que en mujeres padecer diabetes, hipertensión y haber sufrido una fractura de cadera o algún otro hueso del esqueleto incrementa los momios ($p < 0.05$) de presentar dificultad para realizar alguna de las actividades que requieren una mayor complejidad de realización, es decir las actividades instrumentales de la vida diaria, sin embargo ninguna de las enfermedades que se analizan permite inferir aumento significativo ($p > 0.05$) en la probabilidad de poseer dificultad para realizar alguna de las actividades básicas. La artritis o reumatismo es el único padecimiento que no afecta en las actividades instrumentales en las mujeres indígenas, contrario a lo que sucede en hombres ya que sólo esta enfermedad se relaciona con el incremento ($p < 0.05$) en los momios de presentar dificultad tanto con las actividades instrumentales como con las básicas. Un resultado estadístico que llama la atención es que los hombres indígenas de edad mayor con diabetes tienen menor probabilidad ($p < 0.05$) de presentar dificultad con las ABVD.

Variables no significativas

En este apartado se describen las variables que no fueron significativas en los modelos. La situación conyugal en las edades avanzadas destaca en importancia específicamente la convivencia en pareja. Contar con el cónyuge representa beneficios primordiales sentimentales y

psicológicos, la posibilidad de atención y cuidados mutuos y la oportunidad de apoyo material y moral, en contraparte con la soledad que es un factor de depresión en la vejez, además de que la dependencia para los cuidados y el sustento sobre otros miembros de la familia no es tan constante ni tan confiable como la de la propia pareja. Aunque no se encontró una asociación significativa ($p>0.05$) con los índices de dificultad de realización se observa un patrón interesante: los hombres y las mujeres que no están en unión presentan mayores probabilidades de ostentar dificultad para realizar alguna de las actividades básicas de la vida. En contraparte los individuos que están en unión tienen mayores probabilidades de tener dificultad para realizar al menos una de las actividades instrumentales.

La experiencia migratoria en edades previas puede estar relacionada con el estado de salud actual debido a que en muchas ocasiones se realiza en condiciones adversas y está asociada a trabajos rudos y peligrosos que pueden dejar alguna huella en el cuerpo que impida en edades avanzadas realizar las actividades cotidianas. Sin embargo, los resultados obtenidos, no permiten inferir diferencias significativas en los momios de presentar dificultades para realizar las actividades básicas e instrumentales ni en hombres ni en mujeres.

Conclusiones

El cambio de la estructura por edad de la población mexicana, presenta grandes retos para la sociedad en general, siendo la salud de las personas de mayor edad uno de los ámbitos en los que se enmarcan los mayores desafíos, debido al incremento numérico de este grupo de la población, y por el incremento en la esperanza de vida, por lo cual se aumenta el número de individuos que experimenta alguna patología o discapacidad. El proceso de transición epidemiológica, caracterizada por un mayor control de las enfermedades transmisibles y el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas entre las principales causas de muerte, está adquiriendo un mayor impulso. Estas transformaciones, demográfica y epidemiológica, se presentan en condiciones de una enorme desigualdad social donde a los aspectos de etnicidad y género se les suma el de la edad como factores que más han resentido dicha desigualdad, propiciando peores condiciones sociales, económicas y de salud de los grupos indígenas, las mujeres y las personas de edad mayor.

Los resultados obtenidos indican que la pérdida de funcionalidad física en indígenas de edad mayor, medida por la dificultad para desarrollar las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana, está asociada de manera importante con el aumento de edad. El aumento en el

porcentaje de indígenas con dificultades en la realización de la mayoría de las actividades se observa de forma significativa a partir de los setenta años aproximadamente. En el caso de las AIVD los porcentajes se incrementan de manera más acelerada que en las ABVD aunque en algunas actividades no hay una diferenciación clara por género, en otras, particularmente las instrumentales, se puede concluir que esta característica juega un papel importante en cuanto a los roles que socialmente se asignan a hombres y mujeres por ejemplo en cuanto a actividades domésticas como la elaboración de alimentos.

Las cifras que se presentan deben ser evaluadas a la luz del instrumento de recolección de información, en este caso el cuestionario ENASEM donde, por ejemplo en relación con las ABVD, se pregunta, entre otros aspectos sobre la posibilidad de acostarse y levantarse de la cama, usar cubiertos para ingerir alimentos, el uso de tina o regadera para el baño cotidiano o el sentarse y pararse sin ayuda del WC; estas preguntas ignoran la condición económica y costumbres de la población indígena que vive en sus comunidades originarias y comúnmente carecen de regadera, WC, cama y no acostumbran usar cubiertos para comer, lo que probablemente ocasione un sesgo en las respuestas de los encuestados, que al no haber usado nunca los implementos mencionados hubiesen aceptado o rechazado poseer dificultad para realizar la ABVD. En el caso de las AIVD se pregunta por el manejo de dinero o la compra de víveres o medicamentos. Considerando que estas actividades a menudo son realizadas fuera de las comunidades donde habita la población de edad mayor, probablemente en la cabecera municipal, las dificultades pueden deberse más a la imposibilidad de comunicarse correctamente en castellano, una lengua distinta a la materna, que el propio manejo del dinero. La pregunta sobre la posibilidad de poder preparar una comida caliente presenta un sesgo del rol de género en tanto los hombres indígenas (y los no indígenas) muy pocas veces en la vida realizan esta actividad, por lo que más que influir el aspecto de la edad avanzada en las cifras encontradas estaría impactando el no saber realizar esta actividad por falta de haberla practicado a lo largo de la vida. Una recomendación para futuros estudios en población indígena es el de la reformulación de estas preguntas.

En cuanto a las enfermedades crónicas se puede inferir una diferenciación en el comportamiento de las prevalencias de diabetes, hipertensión y artritis por edad y género. El aumento de la edad ésta relacionado con los padecimientos, y la baja de prevalencia en edades posteriores se debe a la mortandad de los individuos probablemente por causas derivadas de las

mismas enfermedades estudiadas. Al comparar por género se hace visible la mayor afectación de las mujeres indígenas en edades avanzadas respecto de los hombres, aspecto que probablemente se relaciona con los roles asignados a las mujeres a lo largo de su ciclo vital, la maternidad y a la misma constitución biológica. Se puede concluir que las mujeres indígenas viven más años, pero comparadas con los hombres que llegan a edades similares se encuentran en peores condiciones de salud. Sin embargo, las cifras de prevalencias podrían tener cierto sesgo, similar a las ABVD y AIVD, debido a la metodología empleada en la recolección de la información y las condiciones sociales de la población indígena mexicana: la encuesta preguntó sobre enfermedades diagnosticadas por algún médico, pero en el caso de la mayoría de las comunidades indígenas no existe la posibilidad de asistir con personal de salud especializado porque son prácticamente inexistentes en las cercanías de las comunidades, lo que se suma a las costumbres de acudir con curanderos, brujos o chamanes ante afectación de molestias. Es decir, podría ser que se trate más bien de desconocimiento de padecer alguna de las patologías que se investigan.

A pesar de que el análisis estadístico bivariado permitió establecer algunas relaciones entre las características de interés, la información que proporciona el análisis de correspondencia permitió inferir diferentes patrones al considerar de manera simultánea la asociación entre las variables consideradas. Las gráficas resultantes permiten inferir diferencias por género, donde las mujeres están más propensas a presentar tanto dificultades con las ABVD como con las enfermedades crónicas y se corrobora que las edades avanzadas son otro factor de riesgo de padecer dichas patologías. Otro aspecto que resalta es de que, la pérdida en la autonomía funcional es muy fuerte en las edades superiores de la octava década.

Considerando que la expresión de la buena o mala salud de los indígenas de edad mayor se da por la posibilidad de poder seguir o no realizando las actividades de la vida cotidiana y tomando en cuenta las diferencias por género en el patrón epidemiológico se ajustaron los modelos logísticos cuya intención fue establecer qué factores económicos y sociodemográficos estaban relacionados con la dificultad para realizar al menos una de las actividades básicas e instrumentales.

En relación a las ABVD, los resultados ajustados nos permiten inferir que las desigualdades económicas por género se acentúan en las edades mayores ya que son las mujeres indígenas que viven solas, con mayores problemas económicos (inferidos por la falta del servicio básico del agua), teniendo necesidad de seguir trabajando, las que presentan un deterioro más

rápido de sus capacidades funcionales en relación de la edad, lo que propicia un mayor apoyo económico de parte de hijos aunque no en la ayuda instrumental como son los cuidados. En apariencia el deterioro no se relaciona con el diagnóstico de diabetes, hipertensión, artritis o el haber padecido alguna fractura ósea, aunque lo más probable es que ellas ignoren si presentan algún cuadro clínico ante la ausencia de servicios médicos y por ignorancia debido a la baja o nula escolaridad con la que cuentan. En hombres se puede inferir que presentar alguna dificultad para realizar al menos una ABVD se relaciona con el incremento de la edad, padecen artritis o reumatismo, cohabitan al menos con su pareja, reciben mayores apoyos económicos de sus hijos, aunque la ayuda instrumental disminuye, cifras que se ven influenciadas por la posición diferenciada de hombres y mujeres en torno a las enfermedades, siendo estas últimas más propensas a expresarlas y a buscar la posibilidad de acudir a servicios médicos para su atención, en tanto los hombres, dada su función de proveedor, les es más difícil aceptar problemas de salud, no acuden al servicio médico y están menos dispuestos a aceptar ayudas no económicas de parte de sus familiares.

Las ABVD están más relacionadas con aspectos de la capacidad física de los individuos en tanto las AIVD se refieren a actividades cuya realización depende además de la capacidad mental de las personas. Así como los medios a su alcance, por ejemplo el medio de transporte utilizado para salir a realizar sus compras, o bien el instrumental de cocina disponible para preparar una comida caliente. Los resultados en torno a la dificultad con al menos una AIVD indican que el efecto de la edad es más importante en mujeres, donde el padecimiento de las enfermedades crónicas, con excepción de artritis o reumatismo, se encuentran estrechamente relacionadas con la probabilidad de presentar dificultad con alguna de estas actividades, propiciando que vivan con su pareja y/o otros familiares, estando en peores condiciones económicas. En hombres la dificultad se da en individuos que padecen algún problema artrítico o reumatoide lo que puede estar relacionado con el hecho de seguir trabajando ya que es más probable que cuenten con un menor número de hijos vivos, aunque con los que cuentan suelen proporcionarles en mayor medida ayuda económica que no económica, lo que no sucede en el caso de mujeres que presentan problemas para realizar las AIVD. Similar a las mujeres, los hombres que viven en peor situación económica, inducida por la falta de agua potable en la vivienda, tienen mayor probabilidad de padecer dificultades con las AIVD.

Los resultados de este capítulo ofrecen detalles concernientes a algunos aspectos de las condiciones de vida y salud de la población indígena mexicana de edad mayor. Los datos analizados indican comportamientos desiguales en los grupos al interior de la población indígena. Como en la mayoría de los aspectos de la vida, si no se aplican políticas y cambios en la actitud de la población con miras de aminorar la desigualdad persistente en nuestro país, ser pobre, indígena, mujer y anciano serán grupos sociales que se encuentren con mayor desventaja.

El creciente número de personas que en las próximas décadas entrará en esta situación representa un gran reto tanto para el diseño de políticas de seguridad social como para la implantación de programas que permitan prevenir los problemas de salud de este grupo poblacional y brinden apoyo a las familias indígenas que tendrán un anciano en casa, en un contexto evidente de decremento en el tamaño medio de las familias, lo que probablemente traerá consigo un debilitamiento de la institución que tradicionalmente y hasta la fecha se ha hecho cargo de los ancianos situados en una condición de deterioro funcional. El reto es doble debido al centralismo con que suelen ejercerse las políticas públicas en México, sin considerar que hay sectores sociales que se encuentran en peores condiciones sociales y económicas como sucede con la población indígena mexicana.

Aunque la mayoría de las familias indígenas mantienen y conservan su disponibilidad para atender a sus ancianos, muchas veces lo hacen a un alto costo para ellas mismas. La atención de un anciano requiere tiempo, recursos económicos y una disponibilidad física y anímica adecuada; es por eso que brindar apoyo a las familias y en especial a la persona cuidadora, debe ser objetivo de cualquier política o programa dirigido a la atención de las personas de edad avanzada.

V. ASPECTOS SOCIALES Y DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS CON LOS APOYOS OTORGADOS Y RECIBIDOS DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE EDAD MAYOR, ENASEM 2001

Introducción

Los datos analizados en el capítulo III apuntaban a inferir que la población indígena vive la vejez de una manera más desventajosa que el resto de la población, agudizándose en edades más avanzadas, siendo las mujeres indígenas las que viven aún en peores condiciones. Otro hallazgo es que en población indígena de edad mayor no se presenta el fenómeno de la feminización ya que la cantidad de hombres y mujeres indígenas que alcanzan edades mayores es similar. En cuanto a su ubicación geográfica, la población indígena de edad mayor se concentra principalmente en zonas rurales del país, aunque hay cierta tendencia a vivir en ciudades medianas. La mayoría de las viviendas de los indígenas mayores están en condiciones deplorables, con piso de tierra, sin drenaje, sin servicio de agua, aspectos que son indicativos de las malas condiciones de vida y salud que caracterizan a este grupo de la población. Los niveles de escolaridad inferiores alcanzados por la población indígena y su relación con su entorno, con las tierras de cultivo, propician que a edades avanzadas la mayoría de la gente presente grandes carencias económicas al no contar con el derecho a jubilación o pensión, los datos sobre población indígena indican que las transferencias formales expresadas por las jubilaciones o pensiones son percibidas por menos del 7%, propiciando que los indígenas no dejen de trabajar a lo largo de su vida; es conocido que en el campo el trabajo es algo que permanece prácticamente hasta la muerte con ingresos precarios o sin ellos, por lo que se hacen necesarias en varios casos las transferencias o apoyos familiares para la supervivencia, en particular de parte de sus descendientes.

En esta etapa del ciclo vital, en la cual los contactos extra-familiares se reducen marcadamente, las relaciones entre progenitores e hijos adquieren dinámicas nuevas y complejas cuando se convierten en cuidadores de los padres, los que por sus múltiples necesidades, aparentemente reciben más ayuda de la que brindan. Sin embargo, distintos estudios coinciden en señalar que los hijos también son receptores del apoyo emocional (confianza, compañía, orientación, etc.) e instrumental (ayuda financiera, ayuda en las labores de la casa etc.), proporcionado por las personas de edad avanzada (Clemente, 2003:16). Los estudios antropológicos en comunidades indígenas han resaltado la importancia que tienen las fuertes relaciones de parentesco en estas poblaciones para la supervivencia ante las circunstancias

adversas que se atraviesan, por lo que las redes familiares y sociales de apoyo tienen un importante papel en la atención y satisfacción de necesidades de los viejos. Sin embargo, se ha observado que estos sistemas de apoyo familiar no son sistemas de dependencia sino de transferencias. Las personas de edad avanzada transfieren a sus hijos, o a sus proveedores de recursos en la vejez, bienes y servicios como trabajo doméstico, preparación de alimentos o cuidado de los niños, mientras que ellas reciben respaldo familiar o social, y apoyos en forma de transferencias monetarias, instrumentales o emocionales.

Aunque la población indígena mexicana de edad mayor comparte ciertas características de homogeneidad, se pueden explorar algunos factores sociodemográficos y de salud que permiten inferir que las ayudas recibidas y proporcionadas, presentan comportamientos diferenciales, por lo que analizar aspectos como género, edad, escolaridad, tipo de hogar, nivel económico, situación conyugal, número de hijos y el padecimiento de enfermedades crónicas darían indicios de la heterogeneidad en cuanto a las redes de transferencias para y de parte de los indígenas mexicanos de edad mayor.

En este contexto, la propuesta de este capítulo es describir y analizar las relaciones que la población indígena de edad mayor mantienen con su entorno, es decir, las redes sociales y familiares de intercambio, en particular la que establecen con sus hijos, que posibilitan su subsistencia y determinar la relación entre características sociodemográficas, estado de salud y funcional con las redes familiares de intercambio de la población indígena de edad mayor. Las preguntas que se intenta dar respuesta son: ¿Existe relación entre las ayudas recibidas y proporcionadas con la edad y género de los indígenas de edad mayor? ¿Cómo influyen los factores sociodemográficos y las condiciones de salud de la población indígena de edad mayor en la probabilidad de recibir y proporcionar ayudas económicas y no económicas de parte y para sus hijos?

Redes sociales y edad avanzada

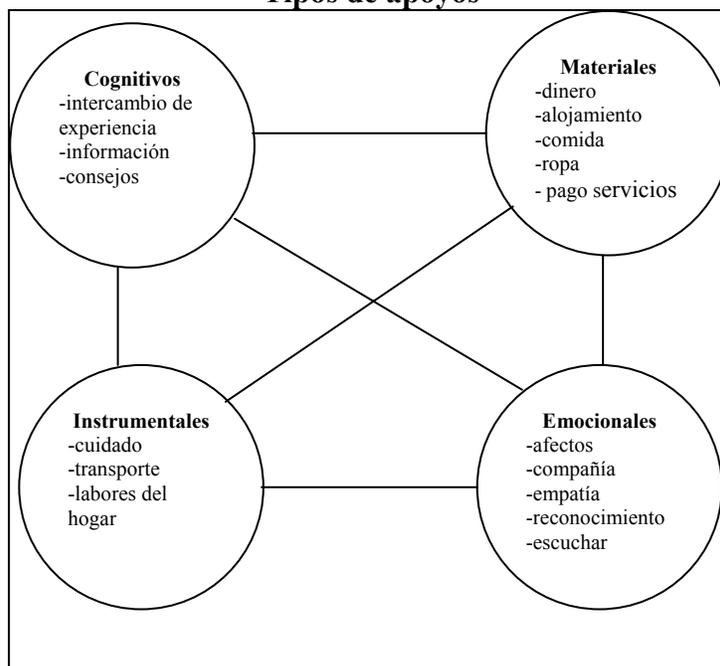
Formalmente, el estudio de las redes sociales parece surgir a mediados del siglo XX sin embargo, la difusión de la sociedad como un sistema estructurado en redes es reciente. Las redes remiten a sistemas de vínculos entre entidades sociales o individuos (Luna, 2004). Aunque no existe un concepto único de redes sociales, convendremos que son “una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar

así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto” (Guzmán, *et al.*, 2003).

Algunos elementos básicos para el estudio del tema son el apoyo social, la identificación de las fuentes de apoyo, los tipos de vínculos, la disponibilidad y sostenimiento de las redes, y la complementación entre fuentes formales e informales de apoyo social. A continuación se aborda brevemente cada uno de ellos.

Referente a los apoyos se consideran cuatro categorías: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos. Los apoyos materiales implican un flujo de recursos monetarios (dinero en efectivo, sea como aporte regular o no, remesas, regalos y otros) y no monetarios, bajo diversas formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios y otros). Los apoyos instrumentales pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar, el cuidado y acompañamiento. Los apoyos emocionales se expresan, por ejemplo, por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro. Pueden asumir distintas formas, como visitas periódicas, transmisión física de afecto, otras. Los apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, la transmisión de información (significado), los consejos que permiten entender una situación, otros. Los cuatro niveles de apoyo pueden interactuar entre sí, como se muestra en la figura 2.

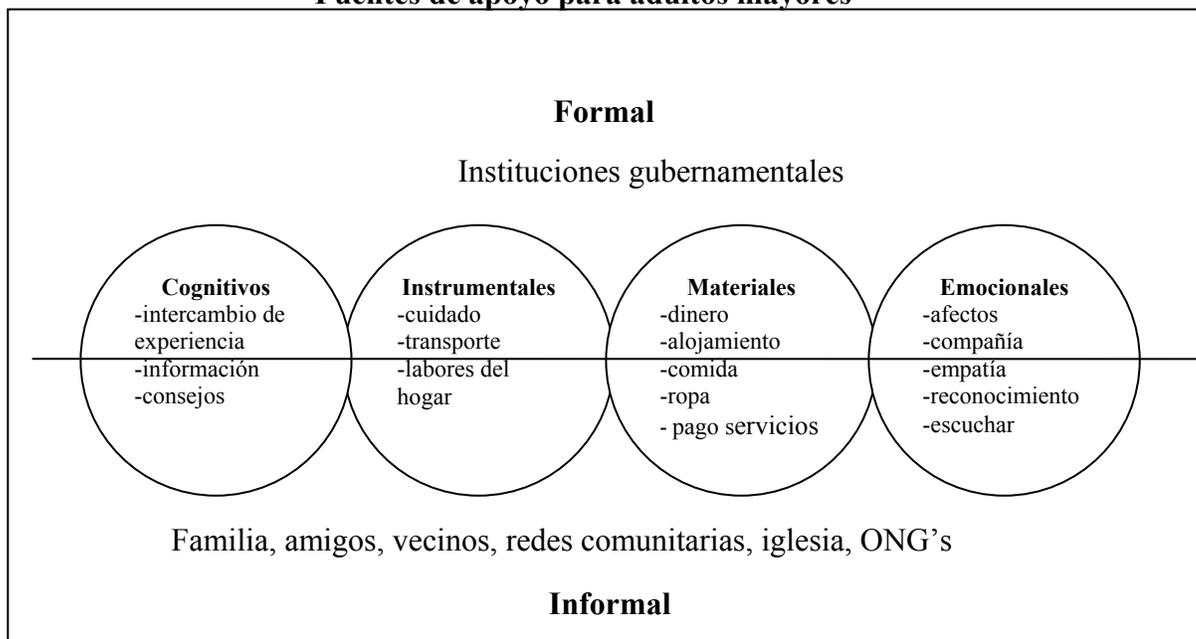
Figura 2
Tipos de apoyos



Fuente: Adaptado de Guzmán, *et al.*, 2003.

Con respecto a las fuentes de apoyo éstas pueden ser de dos tipos: formal e informal (figura 3). El sistema formal de apoyo proviene de una organización gubernamental, principalmente. Los apoyos informales pueden ser definidos como los que otorga la familia, amigos, vecinos y otras redes sociales que están constituidas por gobiernos y otras entidades institucionales establecidas. Las organizaciones no gubernamentales (ONG's) pueden ser consideradas formales o no, lo cual depende del grado de organización o su reconocimiento.

Figura 3
Fuentes de apoyo para adultos mayores



Fuente: Adecuación propia a partir de Martínez (2002) y Guzmán, *et al.* (2003).

El apoyo formal es otorgado básicamente a través de las pensiones que, como se ha documentado, cubre una parte mínima de la población adulta mayor siendo prácticamente inexistente en el caso de la población indígena. También puede considerarse en esta categoría los intentos de pensión universal por ejemplo, las otorgadas en el gobierno de la Ciudad de México y en algunas otras entidades y municipios del país. Los programas sociales a nivel federal, como Oportunidades (antes Progresá), recientemente han incluido un programa (70 y más) dirigido a la población de edad mayor que vive en zonas rurales marginadas, sin embargo su cobertura es limitada, insuficiente y raquítica (\$300 mensuales aproximadamente).

Con respecto al apoyo informal, que es el de interés en este trabajo, la cohabitación con la familia es considerada como una de las formas más comunes de apoyo a las personas mayores, aunque puede darse también sin ella, especialmente en lo relativo a apoyo material y emocional.

Si bien es cierto que una de las formas más comunes de apoyo familiar es la cohabitación de los adultos mayores con sus familias, lo cual no parece haber cambiado sustancialmente (Hakkert y Guzmán, 2004), este patrón puede modificarse en el futuro como resultado de cambios en la nupcialidad y del aumento de las necesidades de una creciente población de edad mayor demandante de recursos médicos costosos.

Las redes de amigos y vecinos constituyen también fuentes de apoyo importantes ya que los vínculos de amistad son establecidos por intereses comunes y actividades compartidas. En lo que respecta a los apoyos informales que brindan las redes comunitarias se trata de entidades en las que las personas mayores participan activamente en actividades manuales, de convivencia como bailes, aspectos religiosos o simplemente de intercambio de opiniones.

En cuanto a los tipos de vínculos que se establecen entre los proveedores de apoyo económico y las personas mayores se debe de considerar que se trata de un intercambio entre quien provee y el que recibe apoyo. La relación no es unidireccional, pero no se trata de procesos enteramente definidos en que uno da al otro en función de lo que recibe de éste, sino de un complejo sistema basado en normas culturales y valores sociales que premian ciertas conductas y penalizan otras. Otro elemento que se debe considerar es la percepción de la ayuda recibida o dada no sólo por los adultos mayores sino por sus familiares o red de apoyos.

La disponibilidad de personas que puedan formar parte de las redes de apoyo depende de factores demográficos (baja fecundidad, migración, patrones de formación y disolución de uniones y otros) y no demográficos (como estabilidad en el empleo y nivel de bienestar de otros miembros de la familia), aunque una mayor disponibilidad no implica necesariamente recibir apoyos.

Las redes formales e informales no están necesariamente separadas. Montes de Oca (1999) ha encontrado que cuando los apoyos institucionales disminuyen o desaparecen, la red de apoyo informal (familia, amigos y otros) tiende a activarse, y a desactivarse cuando existen apoyos institucionales. Sin embargo, estas redes informales pueden verse seriamente dañadas cuando ocurren crisis graves, en las que los actores que intervienen en ellas (familiares, amigos y otros) sufren mermas extremas de sus propios recursos, dejando a los grupos más vulnerables, como es el caso de los mayores de edad, en una situación altamente precaria. Pese lo anterior, se destaca la existencia de espacios específicos de interacción entre las redes formales y las

informales. Uno de estos casos es el de las pensiones de vejez, que permiten a los mayores hacer una contribución a los otros miembros del hogar.

De acuerdo a la literatura sobre envejecimiento y la evidencia de muchos países, en la base de las diferentes redes de apoyo social se encuentra la familia, sea esta corresidente o no. Varios estudios han mencionado que el cónyuge y los hijos son los principales actores de este tipo de red. Sin embargo, las redes familiares se encuentran amenazadas por el descenso de la fecundidad y se espera que en el futuro otras redes sean capaces de apoyar a las personas adultas mayores (Montes de Oca, 2003).

El concepto apoyo social consiste "en transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación" (Guzmán Op. cit.). Este conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes, se denomina genéricamente como transferencias, se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula.

En México es notoria la aguda modificación de las relaciones familiares e intergeneracionales, fenómeno que resulta distinto según los estratos sociales y económicos. Seguramente, en las capas más bajas, la necesidad de sobrevivencia ha obligado a las familias a mantener lazos estrechos de apoyo. La "solidaridad familiar" consiste en vínculos que unen a los miembros de una familia. Implica la identidad conyugal y la dinámica de las transferencias intergeneracionales. Los sistemas de transferencias están expuestos a presiones debidas al crecimiento de la población de viejos, al incremento de la sobrevivencia en edades avanzadas y a los cambios en la composición de la salud y discapacidad (Ham-Chande *et al.*, 2003).

Una forma habitual de solidaridad intergeneracional es la cohabitación, que reduce el gasto de vivienda por persona, resulta en economía de escala en la compra y preparación de alimentos y facilita el apoyo directo a parientes con necesidades especiales; ahora bien, la coresidencia no siempre implica una socialización de los recursos y los adultos mayores pueden recibir u otorgar transferencias de o a familiares que residen fuera del hogar.

Es de suponer que las mujeres se beneficien más que los hombres en las transferencias informales porque cuentan con menos recursos económicos, menos contacto con el sector formal de empleo. Los apoyos se incrementan con la edad por deterioros de la salud y disminución de recursos (Wong, 1999).

Aspectos metodológicos

Para cumplir con los objetivos planteados se utiliza la misma fuente de información que el capítulo anterior, el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). A partir de varios ítems de la encuesta se construyeron cinco variables dicotómicas: ayuda económica proporcionada a hijos, ayuda no económica proporcionada a hijos, ayuda económica recibida de hijos, ayuda no económica recibida de hijos.

En la primera parte del análisis estadístico se examina el comportamiento porcentual de estas variables respecto al sexo y la edad de los individuos agrupada en quinquenios, aplicando la prueba Chi-cuadrada para establecer si existe o no asociación con estas características. Posteriormente se aplica el análisis de correspondencias múltiple con el fin de explorar los patrones establecidos a partir de la relación simultánea de las seis variables consideradas (ayudas económicas y no económicas recibidas y proporcionadas, edad y sexo). Para finalizar este primer de análisis se explora el comportamiento de un “índice de reciprocidad” construido a partir de las posibles combinaciones de las categorías de las variables relacionadas con las ayudas recibidas y proporcionadas a hijos.

La segunda parte el análisis estadístico consiste en el ajuste de ocho modelos de regresión logística usando como variables dependientes dicotómicas la presencia o no de la ayuda económica y no económica proporcionada por los adultos mayores o recibida de parte de algún familiar, para hombres y mujeres por separado. Las características de las personas de edad mayor que se pensaron podrían estar asociadas a la probabilidad de otorgar o recibir ayuda son edad, localidad de residencia, tipo de hogar, situación económica (medida por la disponibilidad de agua entubada en la vivienda y posesión de refrigerador), escolaridad, situación conyugal trabajar, experiencia migratoria, gozar de pensión, número de hijos vivos, estado de salud auto percibida, índice de dificultad para realizar ABVD e índice de dificultad para ó realizar AIVD y enfermedades crónicas diagnosticadas.

La edad se consideró continua, la escolaridad se clasificó en dos grupos: el de 0 años que corresponde a las personas que no tuvieron acceso a la educación formal y los que fueron al menos un año a la escuela. El estado conyugal se agrupó en dos categorías: unido (casado por el civil, la iglesia o ambas formas y los de unión libre) y no unido (soltero, separado, divorciado, separado de unión libre y viudo). La variable trabajo sólo tiene las categorías sí trabaja y no trabaja, elaborada de acuerdo con los criterios usuales. Otra característica es sí recibe jubilación

o no. La experiencia migratoria se divide entre los que sí la experimentaron y los que no. La variable número de hijos vivos tiene tres categorías: 0-2, 3-4 y 5 o más. El estado de salud auto percibido tiene dos categorías: regular-buena-excelente y mala. Los índices de dificultad para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) tienen dos categorías: sin dificultad y con al menos una dificultad.

Transferencias por edad y sexo: análisis bivariado

Las redes de apoyo social se construyen a lo largo de la vida y están integradas por familiares, amigos, vecinos, etc. En el caso de las indígenas de edad mayor, las redes tienden a disminuir ante el cambio de residencia, muerte o enfermedad de familiares y amigos, situación que genera que los apoyos principales con los que se cuenta queden reducidos en muchos de los casos al ámbito de lo familiar. En este apartado describiremos la relación de intercambio que establece la población indígena de edad mayor con sus descendientes directos, en particular sus hijos.

Los datos del cuadro 29 muestran que la edad es un factor que incide significativamente ($p < 0.05$) para otorgar, así como para recibir, ayudas económicas y no económicas para y de parte de hijos, en tanto al considerar la variable sexo sólo se presentan diferencias significativas en las ayudas económicas proporcionadas y recibidas.

Respecto a la ayuda económica que los indígenas de edad mayor proporcionan a sus hijos, observamos en la gráfica 22, aunque oscilante, disminución en el porcentaje de individuos que proporcionan la ayuda respecto al aumento de la edad, llamando la atención la caída pronunciada en el grupo de 60-64 años donde el porcentaje de hombres que respondieron que daban apoyo económico a sus hijos es de 7.1%, cifra que es de 47.6 y 27.0% en los grupos de 50-54 y 55-59 años respectivamente; el comportamiento en mujeres es diferente, ya que se presenta una tendencia creciente entre los 55 y 69 años de edad, lo que podría hablar de una situación de mayor proteccionismo de parte de las madres indígenas hacia sus hijos, sin embargo en los siguientes grupo de edad el porcentaje disminuye lo cual puede deberse a la falta de recursos económicos en esos grupos de edad. En términos generales la proporción de hombres que mencionaron apoyar económicamente a sus hijos es mayor que el de mujeres, lo que parece ir de acuerdo con el rol de proveedor de recursos a la familia de parte del varón.

Tocante a la ayuda no económica proporcionada a los hijos, en la gráfica 23 se puede observar que esta se otorga en porcentajes mayores que la económica, aunque respecto a la edad se presenta una tendencia decreciente más clara que la presentada en la ayuda económica. En el

caso de los hombres, los porcentajes fluctúan entre 64.0% en el grupo de menor edad (50-54 años) y 5.7% en el mayor (80+), presentado tendencia decreciente con excepción del grupo de 75-79 años.

Cuadro 29
Ayudas proporcionadas y recibidas por grupo de edad y sexo

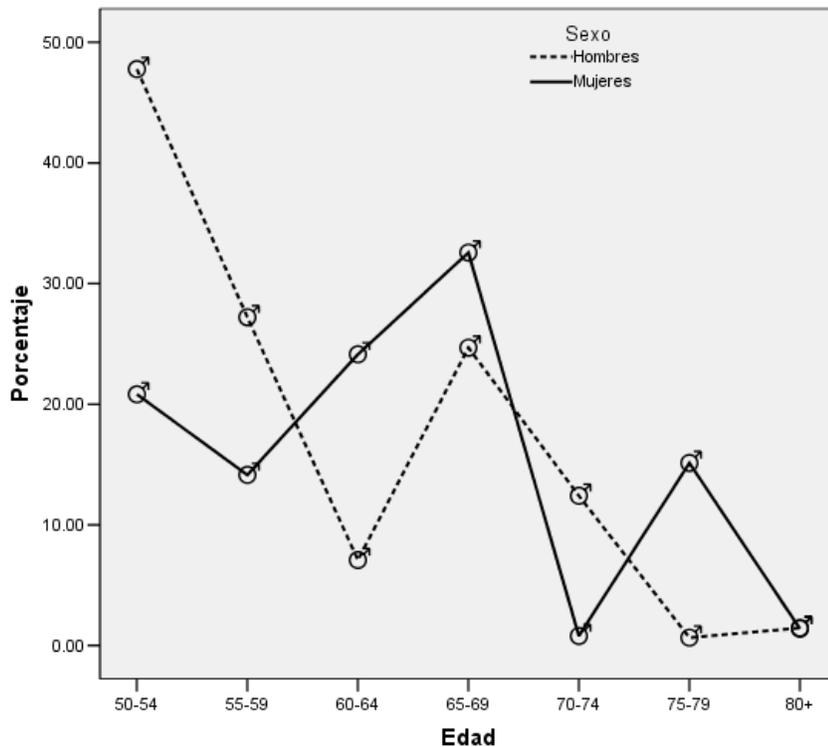
Edad	Ayuda económica proporcionada a sus hijos				Ayuda no económica Proporcionada a sus hijos			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	n	%	N	%	n	%	n	%
50-54	78	47.6	35	20.6	105	64.0	91	52.9
55-59	30	27.0	15	14.3	54	48.2	47	44.8
60-64	6	7.1	16	24.2	36	43.9	42	63.6
65-69	22	24.7	12	32.4	37	42.0	9	23.7
70-74	7	11.7	0	0.0	11	17.7	11	35.5
75-79	0	0.0	6	15.0	12	22.2	12	30.8
80+	1	2.8	1	1.4	2	5.7	5	8.3
	Prueba χ^2 por sexo $p < 0.05$				Prueba χ^2 por sexo $p > 0.05$			
	Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$				Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$			
Edad	Ayuda económica recibida de sus hijos				Ayuda no económica recibida de sus hijos			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	N	%	n	%	n	%	N	%
50-54	49	29.9	49	28.5	116	70.7	106	61.3
55-59	41	36.9	59	56.7	80	71.4	60	57.1
60-64	35	41.7	45	68.2	43	51.2	30	45.5
65-69	53	59.6	31	79.5	48	54.5	17	44.7
70-74	33	53.2	26	83.9	23	37.1	12	38.7
75-79	33	61.1	24	61.5	31	57.4	20	50.0
80+	23	65.7	48	67.6	18	51.4	63	88.7
	Prueba χ^2 por sexo $p < 0.05$				Prueba χ^2 por sexo $p > 0.05$			
	Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$				Prueba χ^2 por edad $p < 0.05$			

Comparando por sexos, se observa una tendencia en donde las mujeres proporcionan mayor ayuda no económica que los hombres en las edades más avanzadas, en tanto los hombres proporcionan, con mayor frecuencia, ayudas no económicas en los primeros grupos de edad considerados. Aunque la tendencia en los porcentajes de mujeres que proporcionan ayuda económica tiende a ser menor con respecto al aumento de la edad, el comportamiento decreciente es más bien errático. Aunque en general no existen diferencias por género en esta característica, si comparamos las gráficas 22 y 23 se desprende que las mujeres apoyan a sus

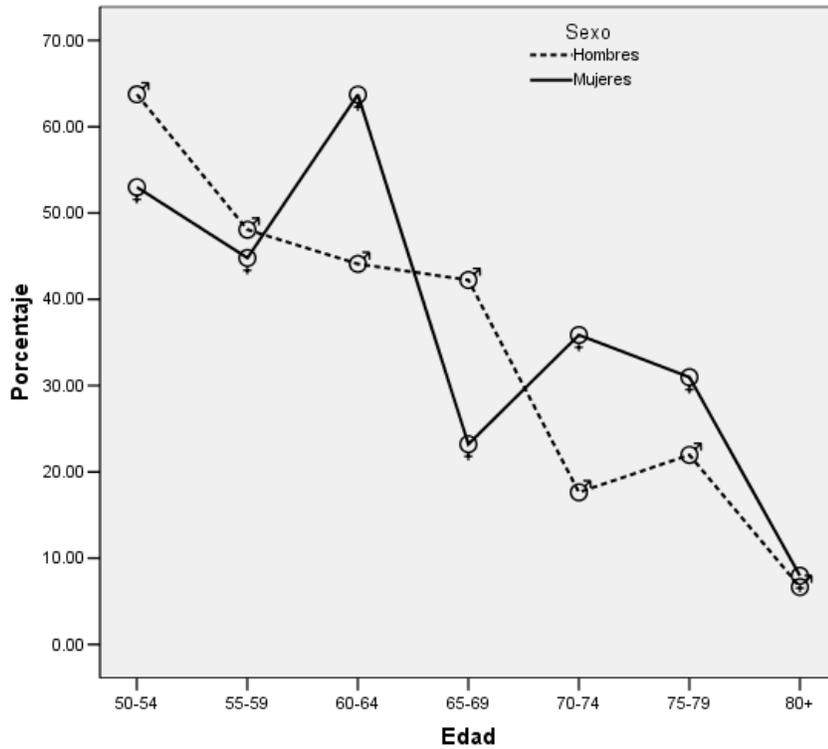
hijos en mayor proporción que los hombres, la diferencia es que hasta antes de los 70 años podían otorgarles ayuda económica, aspecto que parece cambiar a ayuda no económica en edades superiores.

Acerca de la ayuda económica recibida de los hijos, en primera instancia llama la atención que es recibida en porcentajes mayores por mujeres en prácticamente todos los grupos de edad. Los porcentajes de mujeres que reciben ayuda económica aumentan en relación directa respecto a la edad hasta el grupo de 70-74 años y en hombres los porcentajes de los que reciben apoyo económico de sus hijos aumenta siempre respecto de la edad, salvo en el grupo de 70-74 años. En los dos grupos de mayor edad los porcentajes de hombres y mujeres que reciben ayuda económica de sus hijos son similares, lo que probablemente se deba al deterioro del estado de salud y funcional de los indígenas de edad mayor, que les impide realizar actividades que les repercutan económicamente.

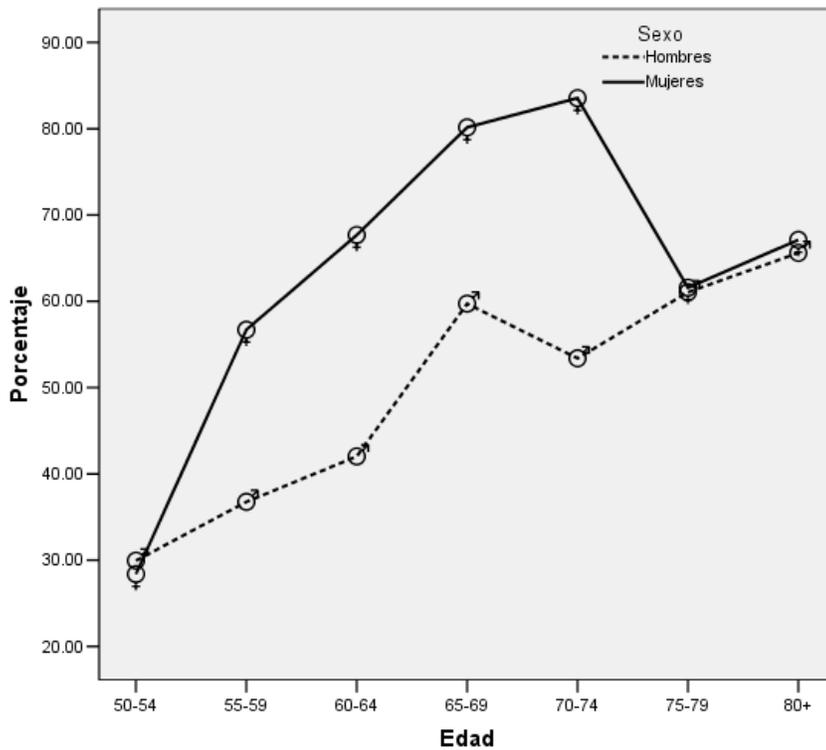
Gráfica 22
Porcentaje de individuos que proporcionan ayuda económica a sus hijos



Gráfica 23
Porcentaje de individuos que proporcionan ayuda no económica a sus hijos



Gráfica 24
Porcentaje de individuos que reciben ayuda económica de sus hijos



En relación a las ayudas no económicas recibidas, gráfica 25, en casi todos los grupos de edad los porcentajes son mayores en hombres, con excepción del grupo de 70-74 y 80+ años. En el grupo de 70-74 años se obtienen los porcentajes menores en ambos sexos, lo cuales son poco menores a 40% lo cual indica que esta tipo de ayuda es proporcionada de manera importante en los demás grupos de edad. En el grupo de mayor edad (80+), 9 de cada 10 mujeres recibe apoyo de parte de sus hijos, lo cual indicaría que aunque la ayuda económica recibida es alta como se observa en la gráfica anterior, quizás la ayuda instrumental es aún más importante.

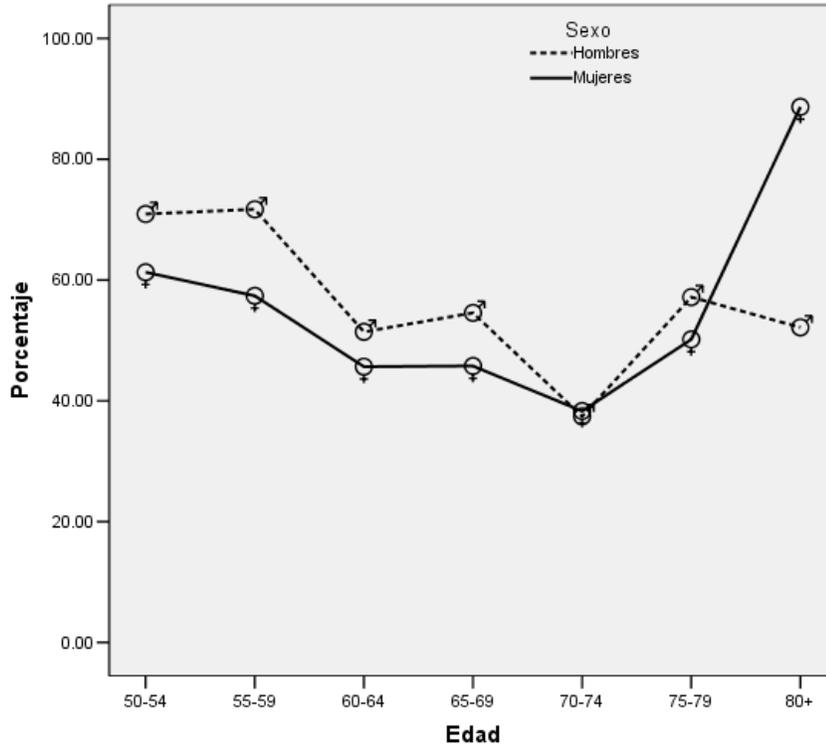
Los resultados anteriores, en relación al género parecen advertir que el hombre indígena es más dado a aceptar ayudas no económicas que económicas, con lo cual, no se afecta en su autoestima, su rol de proveedor desarrollado a lo largo de su vida, como esposo y como padre. En tanto, los resultados para mujeres permiten percibir una mayor cercanía entre ellas con sus hijos, tomando en cuenta la menor volatilidad de las cifras obtenidas.

Respecto a los datos de ayudas proporcionadas, las cifras encontradas indican la importancia que juegan las personas mayores como dadoras, no sólo de aspectos económicos y materiales o poseedores de las tierras de cultivo y donde se construye la vivienda, sino también en aspectos no económicos, como pueden ser las ayudas en los quehaceres y cuidados de nietos, aspecto que es usual en las comunidades indígenas, donde la emigración del padre y cada vez más de la madre, hacia ciudades en nuestro país y/o de tipo internacional (Estados Unidos), en busca de mejores condiciones de vida es una constante, ante la crítica situación en que se encuentra el campo mexicano.

Transferencias por edad y sexo: análisis multivariado

Considerando las ayudas económicas y no económicas recibidas y otorgadas por la población indígena de edad mayor así como el sexo y los grupos de edad, se aplicó la técnica de análisis de correspondencia múltiple. La proyección encontrada, cuadro 30, indica que la dimensión 1 absorbe la información de las ayudas económicas y no económicas proporcionadas, la edad y la ayuda no económica recibida de hijos. En tanto la dimensión 2 se encuentra relacionada principalmente con la edad y el sexo de los individuos.

Gráfica 25
Porcentaje de individuos que reciben ayuda no económica de sus hijos



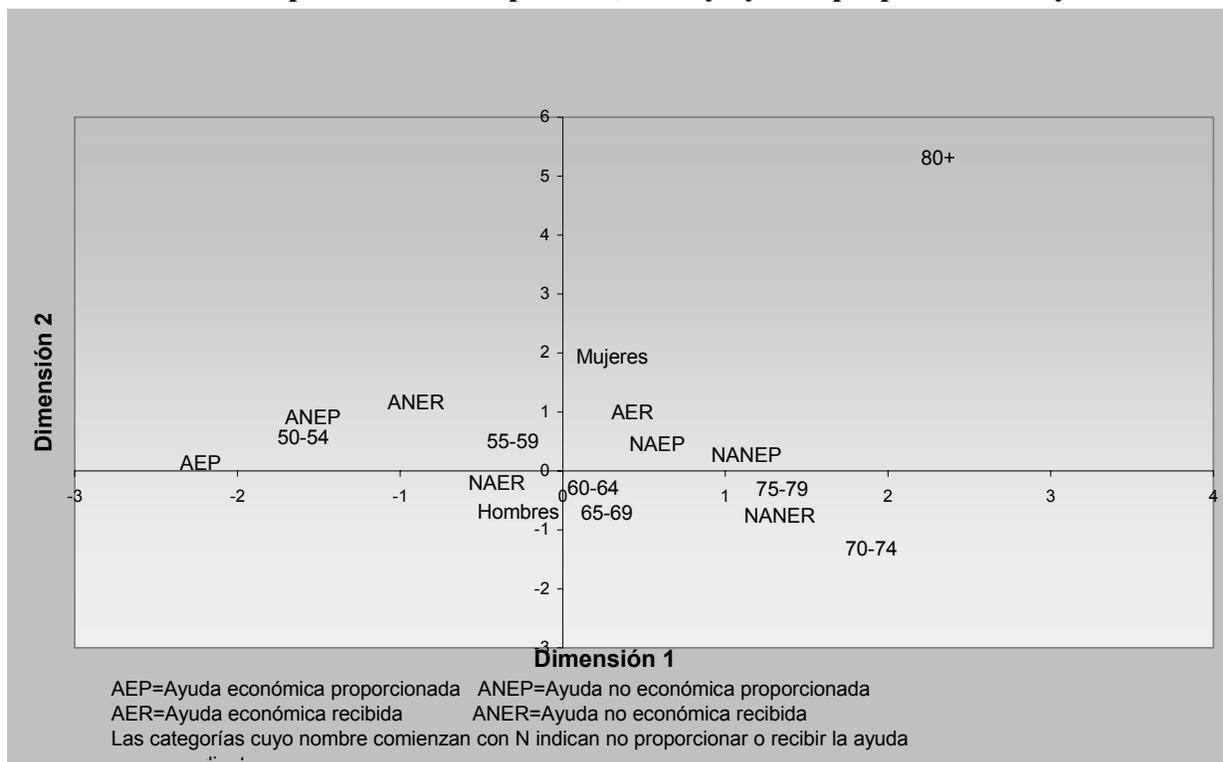
Cuadro 30
Medias de discriminación en el análisis de correspondencia múltiple (Ayudas proporcionadas y recibidas)

Variable	Dimensión	
	1	2
Ayuda económica proporcionada a sus hijos	.359	.005
Ayuda no económica proporcionada a sus hijos	.475	.033
Ayuda económica recibida de sus hijos	.048	.083
Ayuda no económica recibida de sus hijos	.336	.213
Sexo	.025	.435
Edad	.533	.736
Total de varianza (inerencia) explicada: 0.547		

Una primera agrupación que se puede observar en la gráfica 26 se encuentra del lado izquierdo de la dimensión 2 que corresponde a los indígenas que proporcionan ayuda económica (AEP) y no económica (ANEP) y a su vez reciben ayuda no económica (ANER) correspondientes a las edades de 50-54 y 55-59 años, es decir la población más joven con más posibilidades de brindar ayudas, ya sea porque tengan a sus hijos todavía viviendo con ellos y/o bien porque desarrollan trabajo que permite compartir algo monetario con los hijos. Otra pequeña agrupación corresponde a hombres que no reciben apoyo económico y cuyas edades se

encuentran en los grupos de 60-64 y 65-69 años, en la gráfica se puede apreciar por debajo del origen de coordenadas; esta relación podría estar indicando que el hombre indígena dado su rol de proveedor y jefe de familia no admite el hecho de ser ayudado económicamente por sus hijos, situación contraria a las mujeres que en la gráfica se encuentran muy cercanas con la categoría de quienes reciben ayuda económica (AER), pero se ven imposibilitadas de proporcionarla (NAEP). Otro aspecto que se puede apreciar es que el aumento en la edad de los indígenas (75-79) se relaciona con la imposibilidad de proporcionar ayuda no económica (NANEP), sin embargo llama la atención que también a edades mayores existe la tendencia a prescindir de ayudas no económicas de parte de los hijos (NANER).

Gráfica 26
Análisis de correspondencia múltiple sexo, edad y ayudas proporcionadas y recibidas



Relaciones de reciprocidad

En la gráfica resultante del análisis de correspondencia anterior se advierte la cercanía entre las categorías NANER y NANEP por un lado y ANEP con ANER por otro, dando pauta a inferir relaciones de reciprocidad en las ayudas entre hijos y sus padres indígenas de edad mayor, por lo que analizar el comportamiento como relación de reciprocidad en lugar de transferencia puede

dar información relevante en cuanto a las redes familiares de apoyo de la población indígena de edad avanzada.

Con estas ideas presentes y considerando las 16 combinaciones posibles de las cuatro variables dicotómicas relacionadas con las ayudas proporcionadas y recibidas se construyó un índice de reciprocidad, cuyos valores oscilan entre 0 y 15. El valor más bajo corresponde a indígenas de edad mayor que no reciben ni proporcionan algún tipo de ayuda, en contraparte el valor más alto corresponde a los que proporcionan y reciben tanto ayuda económica como no económica. En el cuadro 31 se resumen las combinaciones mencionadas, los diferentes valores asignados al índice de reciprocidad y las frecuencias relativas y absolutas de los diferentes valores.

Cuadro 31
Índice de reciprocidad de ayudas de la población indígena de edad mayor

Económica recibida	No económica recibida	Económica proporcionada	No económica proporcionada	Índice de reciprocidad	Porcentaje	Frecuencia
Si	Si	Sí	Sí	15	24.9	296
		No	No	12	2.0	24
		Sí	Sí	13	2.3	28
		No	No	10	5.2	62
	No	Sí	Sí	11	10.9	130
		No	No	6	2.4	28
		Sí	Sí	7	0.4	4
		No	No	4	4.2	50
No	Si	Sí	Sí	14	10.2	122
		No	No	5	0.3	3
		Sí	Sí	8	11.1	132
		No	No	3	0.1	2
	No	Sí	Sí	9	3.1	37
		No	No	2	12.3	146
		Sí	Sí	1	6.8	81
		No	No	0	3.8	45

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2001

Los estadísticos calculados por grupo de edad y sexo que se presentan en el cuadro 32, aunque no permiten inferir en general diferencias significativas en el índice de reciprocidad por sexo ($p > 0.05$), en los dos primeros grupos (50-54 y 55-59) el valor en hombres es significativamente mayor ($p < 0.05$) que en mujeres, relación que se invierte en el siguiente grupo de edad. En ambos sexos, la edad está marcando diferencias significativas ($p < 0.05$), aunque el comportamiento es diferente, ya que mientras en mujeres el índice crece en los tres primeros grupos de edad, desde los 65 años baja y permanece prácticamente constante en un valor de 4 en

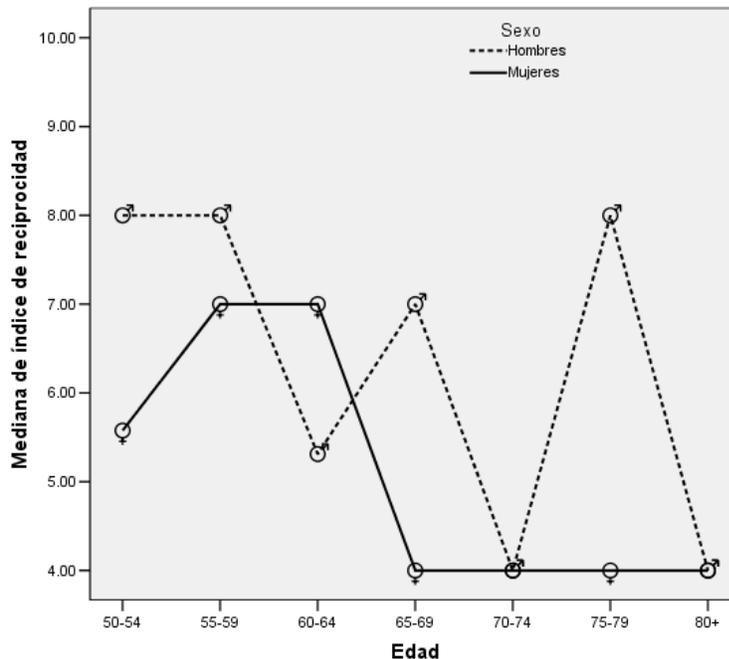
la mediana, lo que podría indicar un debilitamiento de la relación de intercambio con hijos producto de la edad. En hombres el comportamiento es más errático, llamando la atención el alto valor del índice en el grupo de 75 a 79 años, edad que está altamente relacionada con la pérdida de capacidades funcionales en hombres. El comportamiento de la mediana, por edad y sexo se muestra en la gráfica 27.

Cuadro 32
Medidas descriptivas del índice de reciprocidad de ayudas
en población indígena de edad mayor por edad y sexo

Edad	Hombres			Mujeres			Prueba de Mann Whitney por sexo		
	n	Media	Desviación estándar	Mediana	n	Media		Desviación estándar	Mediana
50-54	176	8.0	6.0	8.0	192	5.7	5.1	5.6	$p < 0.05$
55-59	113	7.5	5.2	8.0	108	6.9	5.3	7.0	$p < 0.05$
60-64	88	5.7	5.5	5.3	68	7.6	4.7	7.0	$p < 0.05$
65-69	89	7.1	5.2	7.0	41	6.6	5.2	4.0	$p > 0.05$
70-74	63	4.6	4.7	4.0	34	6.1	4.5	4.0	$p > 0.05$
75-79	56	6.3	4.9	8.0	40	6.4	4.6	4.0	$p > 0.05$
80+	36	5.1	3.3	4.0	86	5.7	4.7	4.0	$p > 0.05$
Total	620	6.8	5.4	7.0	569	6.3	5.0	7.0	$p > 0.05$

Prueba de Kruskal-Wallis $p < 0.05$ Prueba de Kruskal-Wallis $p < 0.05$

Gráfica 27
Índice de reciprocidad de ayudas por edad y sexo



Factores sociodemográficos y de salud relacionados con ayudas: modelos de regresión logística

Los resultados anteriores respecto a las ayudas otorgadas y proporcionadas muestran la relación por edad y sexo de los indígenas de edad mayor. En este apartado se da cuenta de otros factores sociodemográficos y de salud que establecen relaciones de causalidad con la probabilidad de que ocurran los eventos relacionados con las ayudas. Considerando las ayudas económicas y no económicas como variables dicotómicas (proporciona o no, recibe o no) dependientes para cada sexo se ajustaron ocho modelos de regresión logística, donde los factores o variables explicativas o independientes que se introdujeron en los modelos son: localidad de residencia, tipo de hogar, agua entubada en la vivienda, posesión de refrigerador, escolaridad, situación conyugal, trabajar, tener experiencia migratoria, recibir algún tipo de pensión, hijos vivos, estado de salud auto reportada, presentar dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria, presentar dificultad para realizar al menos una actividad instrumental de la vida diaria (ver capítulo IV), y tener diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades: hipertensión, diabetes, artritis o reumatismo y haber padecido fractura de hueso o cadera.

La ayuda económica otorgada por los adultos mayores indígenas muestra que en hombres esta característica es mayor respecto de las mujeres, en contraste con la ayuda no económica donde el porcentaje es similar (cuadro 33). Las cifras de las ayudas económicas recibidas son mayores que las otorgadas y la situación por sexo se invierte siendo mayor el porcentaje de mujeres que la recibe. La ayuda no económica recibida y proporcionada se recibe en porcentajes similares por sexo, aunque es mayor la proporción de ayuda no económica recibida que la proporcionada. Los porcentajes de las categorías del resto de las variables se muestran en el cuadro mencionado.

En los cuadros 34, 35, 36 y 37 se presentan las razones de momios obtenidas al ajustar los modelos de regresión logística, considerando como variable dicotómica dependiente ayuda económica proporcionada a hijos, ayuda económica recibida, ayuda no económica proporcionada y ayuda no económica recibida de hijos respectivamente. A continuación se describe la influencia de cada factor o variable explicativa en el modelo a partir de las estimaciones realizadas.

Cuadro 33
Distribución porcentual de algunas características
de la población indígena de 50 años o más

Variable	Categorías	Hombres		Mujeres	
		%	n	%	n
Ayuda económica proporcionada a sus hijos	Sí	24.2	145	16.5	86
	No	75.8	453	83.5	435
Ayuda no económica Proporcionada a sus hijos	Sí	43.0	257	42.5	218
	No	57.0	341	57.5	295
Ayuda económica recibida de sus hijos	Sí	44.7	268	53.9	282
	No	55.3	332	46.1	241
Ayuda no económica recibida de sus hijos	Sí	60.1	361	58.9	309
	No	39.9	239	41.1	215
Localidad de residencia	Urbana	17.0	106	24.4	139
	Mixta	83.0	514	75.6	430
Tipo de hogar	Unipersonal	6.8	42	8.4	48
	Pareja	14.6	91	15.0	86
	Pareja y otros	78.6	487	76.5	435
Agua entubada en la vivienda	No	63.1	390	55.0	312
	Sí	36.9	228	45.0	255
Refrigerador	No	62.7	389	55.4	314
	Sí	37.3	231	44.6	253
Escolaridad	Sin estudios	33.4	206	52.2	293
	1-3	42.3	261	27.2	153
	4+	24.2	149	20.5	115
Situación conyugal	Soltero, separado o divorciado o viudo	20.8	122	44.8	249
	Unido	79.2	464	55.2	307
¿Trabaja?	No	27.6	171	75.6	429
	Sí	72.4	449	24.4	138
¿Migró?	No	70.4	433	64.5	365
	Sí	29.6	182	35.5	201
Recibe pensión el o su cónyuge	No	93.4	578	93.4	530
	Sí	6.6	41	6.6	37

Variable	Categorías	Hombres		Mujeres	
		%	n	%	n
Hijos vivos	0-2	12.9	80	19.5	111
	3-4	22.6	140	24.2	137
	5+	64.4	398	56.3	320
Salud auto reportada	Regular, buena o excelente	86.7	477	80.6	391
	Mala	13.3	73	19.4	94
Dificultad con al menos una ABVD	No	90.3	560	89.7	510
	Sí	9.7	60	10.3	58
Dificultad con al menos una AIVD	No	73.5	456	87.6	498
	Sí	26.5	164	12.4	71
Hipertensión	No	75.1	443	61.6	328
	Sí	24.9	147	38.4	204
Diabetes	No	90.2	532	82.6	440
	Sí	9.8	58	17.4	93
Artritis o reumatismo	No	80.7	476	78.6	419
	Sí	19.3	114	21.4	114
Fractura de hueso o cadera	No	83.2	510	84.6	479
	Sí	16.8	103	15.4	87

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2001

Cuadro 34
Razón de momios asociados a la ayuda económica proporcionada a hijos
respecto de características de la población indígena de 50 años o más

Variable	Categorías	Hombres				Mujeres			
		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%	
				Inferior	Superior			Inferior	Superior
Edad		0.000	0.92	0.88	0.95	0.190	0.97	0.93	1.02
Tipo de localidad	Urbana	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Mixta	0.842	0.92	0.42	2.05	0.494	0.72	0.27	1.87
Tipo de hogar	Unipersonal	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Pareja	0.189	2.65	0.62	11.37	0.097	4.66	0.76	28.64
	Pareja y otros	0.437	1.64	0.47	5.76	0.635	1.49	0.29	7.70
Agua entubada en la vivienda	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.000	0.31	0.16	0.60	0.084	0.51	0.24	1.10
Refrigerador	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.457	1.27	0.68	2.37	0.559	0.78	0.33	1.82
Escolaridad	Sin estudios	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	1-3	0.015	2.27	1.18	4.40	0.229	1.63	0.74	3.62
	4+	0.019	2.51	1.16	5.43	0.209	1.78	0.73	4.34
Situación conyugal	Unido	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Separado, soltero o viudo	0.968	1.02	0.45	2.30	0.660	1.21	0.52	2.81
Trabaja	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.040	2.32	1.04	5.17	0.865	0.94	0.43	2.03
Migró	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.549	0.84	0.47	1.50	0.386	1.40	0.66	2.97
Pensión	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.000	7.70	2.52	23.54	0.829	0.84	0.17	4.09
Hijos vivos	0-2	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	3-4	0.975	1.02	0.40	2.60	0.015	0.28	0.10	0.79
	5+	0.615	1.25	0.53	2.93	0.000	0.15	0.06	0.39
Estado de salud	Regular, buena o excelente	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Mala	0.060	0.40	0.15	1.04	0.000	3.93	1.86	8.31

Variable	Categorías	Hombres				Mujeres			
		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%	
				Inferior	Superior			Inferior	Superior
Dificultad para realizar ABVD	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.544	0.54	0.07	4.00	0.068	0.06	0.00	1.24
Dificultad para realizar AIVD	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.006	0.43	0.23	0.78	0.975	0.98	0.31	3.11
Hipertensión	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.021	2.09	1.12	3.91	0.375	0.72	0.35	1.49
Diabetes	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.501	0.74	0.30	1.80	0.219	0.50	0.17	1.51
Artritis o reumatismo	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.090	0.52	0.24	1.11	0.072	0.41	0.15	1.09
Fractura de hueso o cadera	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.357	1.42	0.67	3.01	0.091	2.03	0.89	4.60

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2001

Cuadro 35
Razón de momios asociados a la ayuda económica recibida de hijos
respecto de características de la población indígena de 50 años o más

Variable	Categorías	Hombres				Mujeres			
		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%	
				Inferior	Superior			Inferior	Superior
Edad		0.318	1.02	0.99	1.04	0.000	1.07	1.03	1.11
Tipo de localidad	Urbana	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Mixta	0.710	1.14	0.57	2.27	0.288	1.49	0.71	3.11
Tipo de hogar	Unipersonal	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Pareja	0.072	2.97	0.91	9.70	0.012	4.65	1.41	15.37
	Pareja y otros	0.303	1.69	0.62	4.57	0.138	2.05	0.79	5.27
Agua entubada en la vivienda	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.498	0.83	0.48	1.43	0.043	0.55	0.31	0.98
Refrigerador	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.000	3.08	1.78	5.31	0.026	2.07	1.09	3.94
Escolaridad	Sin estudios	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	1-3	0.780	1.08	0.64	1.81	0.015	2.09	1.15	3.80
	4+	0.000	0.20	0.10	0.41	0.404	0.74	0.37	1.50
Situación conyugal	Unido	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Separado, soltero o viudo	0.052	0.53	0.28	1.01	0.005	0.43	0.24	0.78
Trabaja	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.000	0.32	0.18	0.60	0.967	1.01	0.57	1.80
Migró	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.774	1.08	0.64	1.81	0.219	1.46	0.80	2.68
Pensión	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.002	0.21	0.08	0.56	0.291	0.55	0.18	1.67
Hijos vivos	0-2	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	3-4	0.009	3.03	1.32	6.92	0.079	2.27	0.91	5.64
	5+	0.033	2.22	1.07	4.63	0.005	3.37	1.44	7.90

Variable	Categorías	Hombres				Mujeres			
		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%	
				Inferior	Superior			Inferior	Superior
Estado de salud	Regular, buena o excelente	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Mala	0.780	0.90	0.43	1.87	0.697	1.13	0.60	2.13
Dificultad para realizar ABVD	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.176	2.11	0.72	6.19	0.027	4.65	1.19	18.19
Dificultad para realizar AIVD	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.026	1.76	1.07	2.90	0.276	0.60	0.24	1.50
Hipertensión	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.006	0.46	0.26	0.80	0.179	1.44	0.85	2.47
Diabetes	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.027	2.22	1.10	4.50	0.000	5.83	2.44	13.91
Artritis o reumatismo	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.096	1.63	0.92	2.91	0.498	0.79	0.40	1.56
Fractura de hueso o cadera	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.385	1.32	0.70	2.48	0.004	2.97	1.41	6.25

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2001

Cuadro 36
Razón de momios asociados a la ayuda no económica proporcionada a hijos
respecto de características de la población indígena de 50 años o más

Variable	Categorías	Hombres				Mujeres			
		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%	
				Inferior	Superior			Inferior	Superior
Edad		0.000	0.94	0.92	0.97	0.006	0.96	0.93	0.99
Tipo de localidad	Urbana	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Mixta	0.276	0.69	0.36	1.34	0.011	0.41	0.20	0.81
Tipo de hogar	Unipersonal	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Pareja	0.017	8.16	1.45	45.95	0.033	4.62	1.13	18.80
	Pareja y otros	0.020	6.80	1.36	34.00	0.010	5.00	1.47	17.08
Agua entubada en la vivienda	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.063	0.62	0.37	1.03	0.003	0.44	0.26	0.76
Refrigerador	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.798	0.94	0.57	1.54	0.785	1.09	0.60	1.99
Escolaridad	Sin estudios	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	1-3	0.132	1.48	0.89	2.48	0.628	1.15	0.66	2.00
	4+	0.768	1.10	0.58	2.09	0.219	1.53	0.78	3.02
Situación conyugal	Unido	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Separado, soltero o viudo	0.017	2.17	1.15	4.10	0.082	1.64	0.94	2.88
Trabaja	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.934	0.98	0.54	1.77	0.004	0.45	0.26	0.77
Migró	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.138	0.69	0.42	1.13	0.342	1.31	0.75	2.28
Pensión	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.334	0.60	0.21	1.69	0.073	0.39	0.14	1.09
Hijos vivos	0-2	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	3-4	0.510	0.77	0.36	1.67	0.157	1.86	0.79	4.39
	5+	0.087	0.55	0.28	1.09	0.425	1.39	0.62	3.08

Variable	Categorías	Hombres				Mujeres			
		Sig. Exp(B)		I.C. 95.0%		Sig. Exp(B)		I.C. 95.0%	
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
Estado de salud	Regular, buena o excelente	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Mala	0.245	0.67	0.34	1.32	0.005	0.43	0.23	0.78
Dificultad para realizar ABVD	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.325	1.62	0.62	4.22	0.021	4.00	1.24	12.96
Dificultad para realizar AIVD	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.379	1.25	0.76	2.03	0.032	0.40	0.17	0.92
Hipertensión	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.295	0.76	0.45	1.27	0.766	1.08	0.66	1.76
Diabetes	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.091	0.53	0.26	1.11	0.216	1.54	0.78	3.08
Artritis o reumatismo	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.690	1.12	0.64	1.96	0.967	1.01	0.55	1.87
Fractura de hueso o cadera	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.240	1.42	0.79	2.55	0.178	1.61	0.80	3.24

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2001

Cuadro 37
Razón de momios asociados a la ayuda no económica recibida de hijos
respecto de características de la población indígena de 50 años o más

Variable	Categorías	Hombres				Mujeres			
		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%	
				Inferior	Superior			Inferior	Superior
Edad		0.057	0.97	0.95	1.00	0.747	1.00	0.97	1.02
Tipo de localidad	Urbana	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Mixta	0.257	1.48	0.75	2.89	0.563	0.82	0.43	1.59
Tipo de hogar	Unipersonal	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Pareja	0.080	3.04	0.88	10.54	0.580	1.38	0.44	4.27
	Pareja y otros	0.000	7.94	2.68	23.52	0.012	3.29	1.30	8.30
Agua entubada en la vivienda	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.058	0.60	0.35	1.02	0.002	0.44	0.26	0.74
Refrigerador	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.302	1.32	0.78	2.23	0.447	1.26	0.70	2.26
Escolaridad	Sin estudios	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	1-3	0.067	1.63	0.97	2.75	0.069	1.68	0.96	2.92
	4+	0.636	1.17	0.62	2.21	0.328	0.72	0.38	1.39
Situación conyugal	Unido	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Separado, soltero o viudo	0.056	0.53	0.28	1.02	0.256	1.38	0.79	2.41
Trabaja	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.822	0.93	0.52	1.69	0.279	0.75	0.44	1.27
Migró	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.844	0.95	0.57	1.59	0.880	0.96	0.57	1.62
Pensión	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.004	0.25	0.10	0.64	0.430	0.67	0.24	1.83
Hijos vivos	0-2	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	3-4	0.068	2.06	0.95	4.46	0.677	0.84	0.38	1.87
	5+	0.567	1.23	0.61	2.48	0.056	0.48	0.23	1.02

Variable	Categorías	Hombres				Mujeres			
		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%		Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0%	
				Inferior	Superior			Inferior	Superior
Estado de salud	Regular, buena o excelente	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Mala	0.045	2.25	1.02	4.96	0.027	0.52	0.29	0.93
Dificultad para realizar ABVD	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.175	0.50	0.19	1.36	0.817	1.15	0.36	3.63
Dificultad para realizar AIVD	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.000	2.87	1.65	4.99	0.034	2.51	1.07	5.88
Hipertensión	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.835	1.06	0.62	1.81	0.349	1.26	0.78	2.04
Diabetes	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.769	0.90	0.45	1.82	0.236	0.68	0.35	1.29
Artritis o reumatismo	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.769	0.92	0.52	1.63	0.271	1.39	0.77	2.52
Fractura de hueso o cadera	No	-----	1.00	-----	-----	-----	1.00	-----	-----
	Sí	0.107	1.71	0.89	3.29	0.046	0.51	0.26	0.99

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2001

Edad

En relación a las ayudas a hijos de parte de los indígenas se esperaría que el aumento de la edad disminuiría la probabilidad de proporcionarlas y aumentaría la de recibirlas. En el caso de las ayudas no económicas proporcionadas por los indígenas de edad mayor a sus hijos, las estimaciones permiten inferir disminución significativa ($p < 0.05$) en los momios de otorgarlas cuando se incrementa la edad, en cuanto a las ayudas económicas dicha disminución significativa ($p < 0.05$) se presenta sólo en hombres. En el caso de hombres, los resultados indican que los momios de otorgar ayuda económica disminuyen 8% por cada año que se incrementa la edad, cifra que es de 6% en relación a la ayuda no económica proporcionada. Para mujeres la disminución de los momios es del 6% en cuanto a la ayuda no económica proporcionada a alguno de sus hijos.

Respecto a las ayudas recibidas de hijos, sólo en el caso de que sean de tipo económicas en mujeres indígenas se presenta un aumento significativo ($p < 0.05$) del 7% en los momios de recibirla por cada año que se incrementa la edad. La ayuda económica recibida por hombres y la no económica recibida en ambos sexos no presenta cambios significativos respecto de la edad.

En resumen, los resultados por un lado muestran que el incremento de la edad de los indígenas de edad avanzada es un factor que limita las posibilidades de proporcionar ayuda monetaria y no monetaria a los hijos y por otro las cifras permiten advertir cierta preferencia de los hijos a dar apoyo monetario a sus madres, por efecto de la edad, en tanto el apoyo no económico se brinda a ambos padres sin importar este factor.

Localidad de residencia

La localidad donde se reside puede ser un factor para acceder a servicios de salud, escolares y de esparcimiento. La mayoría de la población indígena radica en localidades rurales (menos de 2,500 habitantes), sin embargo en el cuestionario ENASEM solo se contempla la división entre localidades de menos de 100,000 habitantes (mixtas) o mayores a este número (urbanas).

Quizás por esta situación los modelos ajustados no permiten vislumbrar grandes diferencias en los momios de proporcionar y recibir ayudas de parte de la población indígena de edad mayor. Los modelos de regresión logística ajustados sólo permiten inferir que en mujeres, en cuanto a la ayuda no económica, existe un incremento en los momios de proporcionarla, siendo 2.44 veces mayores ($p < 0.05$) en mujeres que habitan en zonas más urbanizadas.

Tipo de hogar

La poca o nula atención del sector salud y seguridad social aunado a la incapacidad del gobierno para operar programas que atiendan la problemática de la población indígena y campesina, en general, ha propiciado que la población elabore estrategias de supervivencia que han impactado en la migración, por mencionar un ejemplo. En cuanto a la atención a las personas de edad mayor se ha traspasado la responsabilidad a las familias, por lo que el arreglo familiar, donde vive el individuo su edad adulta, es fundamental para lograr un mínimo de elementos económicos y no económicos para su subsistencia.

Las razones de momios estimadas en los modelos de regresión logística no permiten inferir diferencias en cuanto a la ayuda económica proporcionada por los indígenas de edad mayor a sus hijos, sin embargo los momios de proporcionar ayuda no económica se incrementa significativamente ($p < 0.05$) cuando los individuos cohabitan con su pareja o con su pareja y

otros familiares respecto a los individuos que viven en hogares unipersonales; el incremento es más pronunciado en el caso de hombres. La ayuda económica recibida de hijos se incrementa significativamente ($p < 0.05$) sólo en aquellas mujeres que viven con su pareja, en tanto la no económica se incrementa en hombres y mujeres que viven con pareja y otros familiares, posiblemente sus hijos.

Los resultados anteriores indican que los individuos que viven solos expresan una disminución real de su red familiar que les impide acceder a ayudas tanto materiales o monetarias como de tipo instrumentales como cuidados, realización de tareas del hogar o en el campo o acompañamientos para asistir a servicios de salud, por mencionar algunos. En cuanto al género los resultados indican una mayor aceptación a reconocer de parte de las mujeres el incremento de ayudas que en hombres, debido a que podría poner en duda su papel de proveedor y elemento fuerte de la familia.

Situación conyugal

Otra característica que da cuenta de la posibilidad de recibir o no ayuda en edades avanzadas es la situación conyugal. Para este análisis únicamente se consideran dos categorías: los que se encuentran en algún tipo de unión que puede ser casado por la iglesia y/o civil, la costumbre indígena o unión libre y por otro lado los que se encuentran sin pareja ya sea porque son divorciados, separados de una unión libre, viudos o bien nunca tuvieron pareja (solteros).

Los estimadores obtenidos por los modelos en cuanto a las ayudas no económicas proporcionadas muestran incrementos significativos ($p < 0.05$) en los momios de hombres y mujeres que se encuentran sin pareja respecto a los que tienen una pareja; las ayudas económicas proporcionadas no presentan cambios significativos respecto a esta característica. Acerca de las ayudas económicas recibidas de algún hijo, los resultados permiten visualizar incrementos ($p < 0.05$) de 57% en los momios de recibir este apoyo en mujeres unidas respecto a las que respondieron no estar al momento en algún tipo de unión. En relación a las ayudas no económicas recibidas los resultados no permiten inferir diferencias significativas ($p > 0.05$) en los momios para ambos sexos.

Los resultados anteriores permiten inferir que la situación conyugal es una característica que relacionada con la intensidad de la red familiar del indígena de edad mayor, y que en particular cuando no cuentan con una pareja las posibilidades de recibir apoyo de parte de hijos, si es que los tuvieron, disminuye significativamente, situación que empeora en el caso de las

mujeres quienes además, ante la más probable viudez que los hombres, es socialmente menos aceptado que vuelvan a contar con una pareja en edades avanzadas.

Hijos vivos

La principal componente de la red de apoyo de las personas mayores es la familia, en particular la conformada con los hijos vivos. El apoyo económico brindado por los indígenas de edad mayor a sus hijos suele materializarse en proporcionarles vivienda o modestas aportaciones principalmente en especie. Proporcionar ayuda a hijos suele concebirse con mucha naturalidad, en cambio, la relación inversa, apoyo económico y no económico brindado por los hijos a sus padres, pueden existir algunas confrontaciones, sobre todo si los hijos ya cuentan con una familia propia y las mismas condiciones de pobreza en las que se encuentran. La ayuda económica proporcionada por los hijos a los indígenas de edad mayor, por modesta que sea, se convierte en un importante medio de subsistencia, particularmente si es en efectivo y con cierta periodicidad o inclusive esporádica o en especie, se hace indispensable aún para quienes cuentan con ingresos por salario o pensión, dado que sus ingresos suelen ser insuficientes.

En relación a la variable número de hijos vivos, los resultados indican una relación inversa en los momios de que las mujeres proporcionen ayuda económica a sus hijos respecto al número de los que tengan vivos. Es decir, al aumentar el número de hijos vivos la probabilidad de que las mujeres los apoyen económicamente disminuye. La disminución en los momios ($p < 0.05$) es de 72% y 85% en las mujeres que tienen de 3 a 4 y 5 o más hijos vivos respectivamente en relación con las que tienen 2 o menos; los resultados para hombres no permiten establecer diferenciación alguna para otorgar este tipo de apoyos por el hecho de contar con un número diferenciado de hijos vivos. En tanto los momios de que hombres y mujeres indígenas proporcionen ayuda no económica a sus hijos no se ve afectada ($p > 0.05$) por el número de ellos.

En mujeres indígenas se encontró que los momios de recibir ayudas económicas son significativamente mayores ($p < 0.05$) en aquellas que tienen 5 o más hijos vivos respecto a las que tienen de 0 a 2 hijos; en hombres los momios de recibir ayuda económica de sus hijos se incrementan 3.0 y 2.2 veces si cuentan con 3 a 4 y 5 o más hijos vivos respectivamente en relación a los hombres que tienen de 0-2 hijos vivos. Tocante a los momios de recibir ayudas no económicas, el número de hijos no influye en los porcentajes en hombres y mujeres indígenas de edad mayor.

Los resultados indican por una parte que los indígenas mexicanos que tuvieron un mayor número de descendientes cuentan con mayores posibilidades de poder ser apoyados económicamente en edad avanzada, sin embargo ese mismo fenómeno parece ser un impedimento para poderles otorgar en reciprocidad ayuda del mismo tipo cuando es requerida por los hijos; por otra parte, las ayudas no económicas proporcionadas y otorgadas no se ven afectadas por el número de hijos que se tienen, es constante y parece ser más parte de un aspecto cultural y de supervivencia en el campo que en determinados momentos, siembra y cosecha, requiere de la cooperación de madres, padres e hijos en los terrenos ya sean comunes o de cada grupo, así como de los cuidados mutuos de hijos a padres y de éstos a sus nietos.

Situación económica: disponibilidad de agua potable y posesión de refrigerador

Aún dentro de la precariedad en que vive la mayoría de la población indígena mexicana, algunos se encuentran en peor situación. Dos características que pueden usarse para establecer distinciones en el estatus económico en la población hablante de lengua indígena es la posibilidad de disponer de agua potable al interior de la vivienda y la posesión de un bien básico como es el refrigerador.

En relación a las ayudas económicas, se esperaría que la población que no disponga de agua potable en su vivienda y no disponga de refrigerador dependa en mayor medida de lo que sus hijos puedan brindarles y, a su vez, tengan menos posibilidades de ofrecerlas. Sin embargo, los modelos indican lo contrario en relación a la disponibilidad de agua, ya que los hombres indígenas que no disponen de este servicio básico en su vivienda incrementan ($p < 0.05$) la probabilidad de proporcionar ayudas económicas a sus hijos respecto a los que si poseen este servicio, situación similar a la presentada por mujeres indígenas si nos referimos a las ayudas no económicas; la ayuda económica proporcionada por mujeres y no económica proporcionada por hombres no se ve afectada por el hecho de contar o no con agua potable en la vivienda; en ambos sexos, la posesión de refrigerador no es una característica que sirva para discriminar en cuanto a la posibilidad de proporcionar ayudas económicas o no económicas por parte de la población indígena de edad mayor. Estas cifras inducen a reflexionar que, en situaciones de pobreza extrema, las redes familiares tienden a estrecharse y se comparte de manera más solidaria lo poco con que se cuenta.

En contraste, las mujeres que no cuentan con servicio de agua potable en su vivienda, es decir de situación económica más precaria, presentan mayores posibilidades ($p < 0.05$) de recibir

apoyo económico y no económico de sus hijos respecto a aquellas que tienen mejores condiciones en su vivienda que les permite disponer de agua potable; para los hombres no se observa diferencia respecto a las ayudas recibidas de sus hijos por esta característica. Si se considera la posesión de refrigerador las estimaciones de los modelos ajustados permiten inferir que en hombres y mujeres indígenas que poseen refrigerador, es decir con mejores condiciones económicas, los momios de recibir ayudas económicas de sus hijos es mayor ($p < 0.05$) que en aquéllos que no poseen, resultado que podría estar indicando que precisamente las ayudas económicas de parte de los hijos, o bien se da en especie mediante un artículo de estas características, o bien las ayudas monetarias que reciben los indígenas de edad mayor se invierten en la compra de electrodomésticos como el refrigerador.

Escolaridad

En México, la educación en población indígena es un reto que no ha sido subsanado hasta la actualidad, presentando grandes desigualdades e importantes rezagos, siendo las generaciones más antiguas las que en mayor proporción sufren los efectos de este fenómeno. La escolaridad es una de las variables que indican las condiciones de desigualdad en que se encuentra la población indígena mexicana. De acuerdo a datos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CNDPI, 2002) el porcentaje de analfabetas indígenas es de 44.5%, mientras que en la población en general es de 10.4%. Las causas de la baja escolaridad de la población rural mexicana y en particular de la indígena son varias, entre ellas se encuentra la localización geográfica de las escuelas y la precaria situación económica.

Los datos de los encuestados dan muestra, sin pretender inferir en general, de la baja o casi nula escolaridad existente en la población mexicana en la época histórica y localidad donde vivieron su niñez y juventud, por lo que, probablemente, algunos cursaron estudios básicos ya siendo adultos. Otro aspecto a considerar es la poca importancia que se le otorgaba a la escuela para el trabajo en el campo, además de aspectos culturales y de género que ponen en gran desventaja a las mujeres, aún en nuestros tiempos.

Los resultados de los modelos ajustados en cuanto a las ayudas económicas a hijos muestran, en el caso de hombres, que haber cursado algunos años (1-3 y 4+) de escuela incrementa los momios ($p < 0.05$) de proporcionarlas respecto a los individuos que no tuvieron oportunidad de cursar estudios. Las ayudas económicas proporcionadas por mujeres y las no económicas proporcionadas por hombres y mujeres indígenas a sus hijos no se influyen por el

nivel de escolaridad. Estas cifras podrían indicar que el hecho de que los hombres indígenas hayan acudido a la escuela, posiblemente impacta en mejor situación económica en la edad adulta que permite proporcionar ayudas económicas a sus hijos y dado que, la poca educación que se brindaba a la población indígena tenía una preferencia de las familias para que se les otorgara a hombres, las cifras en mujeres no se ven influenciadas por la escolaridad, ya que más de la mitad no acudieron a la escuela (cuadro 33).

Los hombres indígenas de edad mayor que acudieron 4 ó más años a la escuela, presentan menores momios ($p < 0.05$) de recibir ayuda económica respecto a los que reportaron no haber cursado estudios escolarizados, situación inversa en mujeres donde haber acudido entre 1 y 3 años incrementa ($p < 0.05$) en 2.09 los momios de recibir apoyo económico de sus hijos. La ayuda no económica recibida por la población indígena de edad mayor no se influye por los años de escolaridad. Considerando que la escolaridad de la madre es una de las variables que más influye en el nivel escolar de los hijos, los datos podrían estar dando cuenta de que los hijos de mujeres indígenas con mayor escolaridad acudieron más años a la escuela lo que los permitió acceder a mejores condiciones económicas que permite transferir apoyos económicos a su madre de edad mayor, con quien los hijos establecen relaciones de mayor cercanía que con el padre.

Situación laboral

Las cifras del cuadro 33 indican que es muy poco probable que la población indígena, sobre todo hombres, deje de trabajar, ya que el trabajo en el campo, la mayoría de veces en tierra propia, no permite acceder a algún sistema de seguridad social que permita jubilarse y recibir alguna pensión a partir de un determinado número de años laborado, lo que implica que los indígenas trabajen prácticamente hasta su muerte y mientras alguna enfermedad grave no se lo impida. En los datos de mujeres existe el sesgo de género donde varias de las actividades que desarrollan no se consideran trabajo, siendo la ocupación más declarada en este caso las tareas del hogar. En relación con las ayudas se esperaría que indígenas de edad mayor que continúan trabajando proporcionen ayudas económicas a sus hijos y probablemente no las reciban.

Los resultados de los ajustes de los modelos de regresión logística, permiten corroborar en parte estas hipótesis, ya que los momios de proporcionar ayuda económica a hijos en hombres que trabajan son 2.3 veces mayores respecto a los que no trabajan sin embargo, en mujeres no es posible inferir diferencias significativas ($p > 0.05$); en tanto los momios de que mujeres indígenas de edad avanzada que no trabajan proporcionen ayuda no económica son 2.2 veces mayores

respecto a las que trabajan. Estos datos indican que el género es un aspecto importante en la relación entre trabajo y ayudas económicas otorgadas a hijos, ya que el hombre indígena en su rol de proveedor y a quien se le encomienda hacer llegar recursos económicos a la familia, por medio su trabajo, sigue en el mismo papel en edades avanzadas, mientras que las mujeres que no trabajan sienten o tienen la posibilidad de brindar cuidados a nietos, ayuda en los quehaceres domésticos como la preparación de alimentos, entre otros tipos de ayudas que se brinda a los hijos.

Por otra parte, el hecho de que un hombre mayor indígena este trabajando favorece la disminución significativa ($p < 0.05$) en 68% de los momios de recibir ayuda económica de parte de sus hijos en relación a los que no trabajan, dato que sustenta el argumento del rol de género vertido en el párrafo anterior; en mujeres mayores indígenas no hay diferencias significativas en cuanto al aspecto laboral. Por otra parte, la situación laboral de los indígenas mayores no influye en la ayuda no económica recibida por parte de sus hijos, la cual es recibida en la misma proporción, estadísticamente hablando, independientemente si trabajan o no.

Pensión

A pesar de que los datos del cuadro 33 indican que la proporción de personas mayores indígenas que reciben algún tipo de pensión, él o su cónyuge, es tan sólo del 6.6%, se consideró esta variable en los modelos de regresión logística ya que tiene que ver con la disponibilidad de recursos económicos que pueden propiciar o inhibir que se proporcione o reciba ayuda económica por parte de la población indígena de edad mayor.

En hombres indígenas de edad mayor recibir pensión incrementa significativamente ($p < 0.05$) los momios de proporcionar ayuda económica a hijos, siendo 7.7 veces mayores en relación a los que no reciben la prestación social; en mujeres no se pueden inferir diferencias significativas ($p > 0.05$) por este factor. Percibir o no pensión no presenta asociación significativa con los momios de otorgar ayuda no económica a hijos en ambos sexos ($p > 0.05$).

Por otra parte, recibir algún tipo de pensión implica reducción en los momios ($p < 0.05$) de recibir apoyo económico y no económico de parte de hijos en hombres indígenas de edad mayor, aunque en mujeres es irrelevante esta característica, dato que indicaría que si los hijos perciben que su padre tiene un ingreso económico seguro tendrán menos necesidad de recibir apoyos de parte de ellos, aunque también se restringe la ayuda no económica que puede ser útil en la etapa adulta de la vida ante enfermedades que imposibiliten realizar todas las actividades cotidianas,

situación que es diferente en mujeres, donde el nivel de apoyos económicos y no económicos no se influye por el hecho de contar con ingresos por pensión.

Experiencia migratoria

Cerca del 30% de los hombres y poco más del 35% de las mujeres indígenas de 50 años o más han presentado al menos una experiencia migratoria. Esta experiencia, generada quizás por la búsqueda de un empleo mejor pagado, pudo haber impactado en mejores condiciones económicas actuales de la población mayor; bajo este supuesto se esperaría que los individuos que alguna vez emigraron proporcionen más ayudas económicas y a su vez reciban en menor proporción de parte de sus hijos. Sin embargo en ninguno de los modelos ajustados haber emigrado o no es una característica no significativa en los momios de proporcionar y recibir ayudas económicas y no económicas.

Estado de salud auto-percibido y enfermedades crónicas diagnosticadas

Muchas personas suelen asociar la edad avanzada o vejez con el deterioro del estado de salud en lugar de cierta edad cronológica predeterminada, en particular se relaciona con la aparición de enfermedades que limitan la capacidad de desplazamiento y movilidad. Ante un estado de salud adverso se incrementa la necesidad de apoyo de todo tipo: económico, asistencial y afectivo, que en ocasiones no es exclusivo de parte de hijos u otros familiares, sino de vecinos y de redes sociales más amplias. La necesidad de apoyo de todo tipo se agudiza con los padecimientos crónicos degenerativos que muchas veces requieren de frecuentes períodos de hospitalización y pérdida paulatina de las capacidades psicomotoras de movilidad e inclusive de pérdida de memoria y problemas mentales (depresión, agresividad, etc.). Por tanto, al considerar las variables estado de salud auto-percibido, y enfermedades crónicas diagnosticadas (hipertensión, diabetes, artritis o reumatismo y fractura de cadera o algún otro hueso del esqueleto), se esperaría que los individuos con mala percepción de su salud y/o que han sido diagnosticados con algún padecimiento proporcionen en menor medida ayudas y las reciban en mayor proporción de sus hijos.

De acuerdo a los modelos ajustados, se infiere que las mujeres indígenas que perciben que sus condiciones de salud son malas proporcionan en mayor intensidad ($p < 0.05$) ayudas económicas a sus hijos en relación a las que perciben un mejor estado de salud, en cambio las ayudas no económicas proporcionadas disminuyen ($p < 0.05$) cuando se perciben con salud más

deteriorada; en hombres no existe diferencia en el nivel que se otorgan las ayudas a hijos debido a su auto percepción de salud.

En cuanto a las ayudas no económicas, los momios de que hombres que auto perciben que su estado de salud es malo presentan momios mayores ($p < 0.05$) de recibirlas de sus hijos respecto a los que se encuentran en mejor estado de salud, sin embargo en mujeres se dio un resultado inesperado, consistente en la disminución significativa ($p < 0.05$) en los momios de recibir ayuda no económica en aquellas que se auto perciben con mal estado de salud en relación a las que argumentaron estar más saludables. En hombres y mujeres indígenas de edad mayor las ayudas económicas recibidas no cambian significativamente ($p > 0.05$) debido a la auto percepción que se tiene de su salud.

Pertinente al padecimiento de alguna de las enfermedades crónicas, la posibilidad de recibir ayuda económica de hijos se incrementa significativamente ($p < 0.05$) en hombres y mujeres que han sido diagnosticadas con diabetes y en mujeres que han presentado fractura de cadera o algún otro hueso del esqueleto. Contrario a lo que se esperaría, los hombres que padecen hipertensión reciben en menor proporción ($p < 0.05$) ayuda económica de sus hijos respecto a los que no presentan, pero la proporcionan en mayor medida ($p > 0.05$). Los resultados podrían estar indicando que la pobreza en la que viven los indígenas mexicanos no es privativa de los de mayor edad, también los hijos viven en condiciones similares que hacen imposible incrementar las ayudas a sus padres cuando estos presentan algún padecimiento ya que probablemente cuentan con una familia propia donde tienen que invertir los escasos recursos económicos que se allegan.

Si los indígenas de edad mayor han sido diagnosticados con alguna enfermedad crónica no es factor suficiente para que vean incrementadas ($p > 0.05$) las ayudas no económicas de parte de sus hijos e incluso la percepción de mujeres es que reciben menos ayudas ($p < 0.05$) de este tipo por parte de sus hijos cuando han sufrido fractura de cadera o algún otro hueso del esqueleto. Asimismo padecer alguna enfermedad crónica tampoco es factor que incida en la ayuda no económica que hombres y mujeres indígenas proporcionan a sus hijos. Estos datos indicarían que la solidaridad entre padres e hijos, expresado por los cuidados y ayudas de tipo no económico que se brindan mutuamente, permanece igual ante padecimientos de los padres, es decir en población indígena no necesita presentarse un evento como el diagnóstico de una

enfermedad crónica en los padres para modificar sustancialmente el nivel de apoyos no económicos que se brindan.

Dificultades para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

El deterioro de la salud en personas de edad mayor se refleja en la imposibilidad de seguir realizando las actividades cotidianas. Se ha mencionado que las actividades instrumentales son más complejas que las básicas por lo cual los porcentajes de indígenas de edad avanzada que no puede realizar una o más de ellas es considerablemente superior que en las actividades básicas. En el capítulo anterior se analizaron las Actividades Básicas de La Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de La Vida Diaria (AIVD) construyendo dos índices a partir de la manifestación de al menos una dificultad que presentan los individuos en cada grupo de actividades. En este apartado analizamos los resultados obtenidos en los ajustes de los modelos de regresión logística con los índices ABVD y AIVD como variables independientes.

Un primer dato es que los momios de que los hombres proporcionen ayuda económica a sus hijos disminuyen 57% ($p < 0.05$) sólo cuando presentan al menos una dificultad para realizar las AIVD respecto a los hombres que no presentan ninguna dificultad para ejecutar este tipo de actividades, aspecto que no se ve modificado cuando se presenta dificultad con ABVD. En mujeres, la dificultad para realizar actividades básicas o instrumentales no modifica la probabilidad de proporcionar o no ayuda económica a hijos.

En cuanto a ayudas económicas recibidas de hijos, los resultados permiten inferir incrementos en los momios de recibirlas ($p < 0.05$) en mujeres que presentan dificultad en alguna actividad básica, y en hombres con dificultad para realizar alguna actividad instrumental. Aunque la ayuda no económica recibida se incrementa significativamente ($p < 0.05$) en ambos sexos cuando se presenta alguna dificultad para llevar a cabo una de las AIVD, cuando se presentan problemas de salud mayores que impiden realizar alguna actividad básica como caminar, comer, usar el sanitario, pararse y levantarse de la cama o bañarse no se percibe un incremento significativo en las ayudas no económicas y cuidados recibidos de parte de hijos.

Conclusiones

Los resultados cuantitativos descritos en este capítulo, basados en la información del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), confirman que la ayuda económica y en mayor medida la no económica que reciben los indígenas de edad mayor de parte de sus hijos es de notable importancia en su vida cotidiana, pero también hablan de la importancia de

las ayudas que ellos proporcionan a sus hijos en cuestiones económicas y sobre todo en aspectos no económicos como el cuidado de los nietos, quehaceres del hogar, siembra y cosecha en tierras de los hijos, etc., con lo cual queda claro que se estable una relación de reciprocidad, aspecto que cuantitativamente se exploró mediante la construcción de un índice.

El rol de género juega un papel importante y puede inferirse una relación más estrecha entre hijos con la madre en función de las ayudas recibidas y otorgadas. En tanto los hombres reconocen que ellos proporcionan ayudas económicas a sus hijos, las cifras advierten de una menor probabilidad de aceptar que ellos reciben ayudas de sus hijos, situación que estaría relacionada con el rol de principal sostén de la familia y abastecedor de recursos económicos a lo largo de su vida y a la posibilidad de no poder seguir siéndolo debido a la edad avanzada. La edad es una característica que influye sustantivamente en la posibilidad de que los indígenas proporcionen ayudas a sus hijos de acuerdo a las tendencias decrecientes en los porcentajes de mujeres y hombres. Sin embargo sólo en el caso de las ayudas económicas recibidas se observa un porcentaje creciente, es decir una mayor proporción de personas las recibe en medida que aumenta la edad, característica que no se presenta en la ayuda no económica recibida de hijos, la cual permanece casi sin variación.

Los modelos de regresión logística ajustados respecto a las ayudas recibidas y proporcionadas permiten inferir comportamientos diferentes en hombres y mujeres indígenas de edad mayor al considerar diferentes características sociodemográficas y de salud.

Al respecto de las ayudas recibidas de hijos se advierte una diferenciación en los factores que implican cambios en la probabilidad de recibirlos si son de tipo económico o no económico. Las ayudas no económicas recibidas presentan menos variabilidad debido a los factores considerados. En mujeres la probabilidad de recibir este tipo de ayudas se incrementan cuando presentan dificultad para realizar alguna actividad instrumental de la vida diaria y paradójicamente disminuyen cuando se presenta una fractura de cadera o algún otro hueso del esqueleto y si se auto perciben con mala salud; las mujeres indígenas que viven en situación económica más estrecha y las que viven en compañía de su pareja y otros familiares tienen más posibilidades de recibir ayuda no económica.

En tanto, los hombres que no reciben pensión que se auto perciben con mal estado de salud, que tienen dificultad con alguna AIVD y los que viven con su pareja y otros familiares tienen mayor probabilidad de recibir ayuda no económica de sus hijos.

La ayuda económica recibida presenta otro patrón ya que en mujeres los factores que incrementan los momios de recibirla son el incremento de edad, vivir únicamente con su pareja, presentar peores condiciones económicas, estar en algún tipo de unión, tener 5 o más hijos vivos, presentar dificultad con alguna actividad básica, estar diagnosticada con diabetes o haber presentado fractura de cadera o algún otro hueso del esqueleto; por su parte los hombres incrementan la probabilidad de recibir ayuda económica de hijos en caso de que no se encuentren laborando, no estar recibiendo algún tipo de pensión, tener de 3 a 4 o 5 y más hijos, estar diagnosticado con diabetes, presentar dificultad para realizar alguna actividad instrumental y no haber sido diagnóstico con hipertensión.

Los datos indican que el sexo está relacionado con la imposibilidad de hacerse de recursos económicos, en el caso de hombres, es potencialmente importante para incrementar la ayuda económica recibida de hijos, en tanto en mujeres se relaciona más con la viudez y con padecimientos que impiden la movilidad plena para seguir realizando las actividades básicas de la vida diaria. Otro resultado a resaltar es que hombres y mujeres con una mayor cantidad de hijos vivos tienen mayores posibilidades de incrementar la ayuda económica recibida, lo cual ante el cambio de estructura por edad en la población crea una especie de contradicción debido a la política del Estado de mantener baja la fecundidad por una parte y por otra transferir la responsabilidad de manutención de las personas de mayor edad a los descendientes.

La ayuda económica que los indígenas de edad mayor proporcionan a sus hijos también muestra un comportamiento diferente para hombres y mujeres. En hombres, los momios de proporcionarla disminuyen respecto de la edad, en los que su situación económica es más precaria, los de menor escolaridad, si no están trabajando y en los que no reciben pensión; en cuanto a las variables relacionadas con el estado de salud, los momios de proporcionar ayuda disminuyen en los hombre con dificultad para realizar una de las actividades instrumentales y en los que han sido diagnosticados con hipertensión arterial. En cambio las ayudas económicas proporcionadas por mujeres sólo aumentan cuando se auto perciben con mal estado de salud o bien cuando tienen únicamente 2 o menos hijos vivos. Los datos advierten una pérdida del rol del hombre proveedor de recursos familiares en las edades adultas producto de la disminución en la posibilidad de contar con ingresos económicos propios debido quizás al aumento de la edad y al deterioro de su salud, en tanto las mujeres mantienen, sin modificación por la mayoría de los factores analizados, el nivel de ayudas económicas que proporcionan a sus hijos.

Es menos factible que hombres y mujeres indígenas de edad mayor proporcionen ayuda no económica a sus hijos cuando se incrementa la edad y si viven en hogares unipersonales. En el caso de féminas indígenas mayores los momios de proporcionar ayuda no económica disminuyen, además, en las que económicamente están en peor situación, las que no trabajan, las que consideran que su estado de salud es malo y las que presentan dificultad para realizar al menos una actividad instrumental de la vida diaria y en las que no tienen dificultad para realizar actividades básicas. En el caso de hombres, otro factor que aumenta los momios de proporcionar ayuda no económica a hijos es el estar separado, divorciado o viudo. Los resultados encontrados indican que en mujeres son tanto la imposibilidad de hacerse llegar ingresos económicos como el deterioro de la salud los factores, además de la edad, los que impiden proporcionar ayuda no económica a sus hijos, mientras que los hombres que están solos porque no se casaron, están separados, divorciados o viudos tienden a reducir el nivel de red familiar, en particular la que establecen con sus hijos.

Los datos analizados nos permiten inferir sobre la utilidad de las indígenas de edad mayor para sus familiares en términos de las ayudas que representan no sólo instrumental, como cuidadores de nietos por ejemplo, sino también económica no directa en función de que lo que realizaron en sus vidas, casa, trabajo y jubilación, bienes que son gozados por los hijos independiente de que estén unidos o no. Asimismo, la información confirma un comportamiento diferencial de los apoyos dados, pero sobre todo de los recibidos, entre hombres y mujeres indígenas en edad avanzada, lo cual motiva a emprender estudios sobre esta temática a profundidad desde la perspectiva de género, cualquier política gubernamental que se elabore en términos de apoyos a la población indígena de edad mayor deberá contemplar la desigualdad que a lo largo de toda la vida se fue construyendo entre hombres y mujeres.

El cambio de la estructura por edad de la población mexicana, donde los grupos mayores están adquiriendo un peso porcentual cada vez mayor, plantea diferentes retos tanto a nivel de elaboración de políticas públicas como en la adaptación de las familias a una realidad donde las personas de edad mayor deben ser integradas. En este contexto resalta el bienestar económico y un entorno familiar favorable necesarios para que, por un lado, las personas de edad mayor vivan sin tantos contratiempos esa etapa de la vida y por otro poder seguir sintiéndose parte de la sociedad y familia a la que pertenecen.

Sin embargo las políticas del Estado mexicano impulsadas en tiempos recientes en torno a las adecuaciones de los sistemas de jubilaciones y pensiones caminan más por una preocupación económica en lo macro, que para el bienestar de los individuos. Las reformas a la ley del IMSS emprendidas en la década de 1990, y las del ISSSTE en 2007, crean el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) y los fondos individuales para el retiro (AFORES) modificando de raíz el sistema de solidaridad intergeneracional que existía para las personas que cotizan en alguna de las dos instituciones. El argumento de las previsiones actuariales que indican que estas instituciones no contarán con los recursos para enfrentar la demanda de jubilaciones y pensiones ante el aumento de personas que entrarán en edad de jubilación no es fácil de sostener si se considera el bajo porcentaje de población que cuenta con un trabajo formal, que le permitiría en el futuro aspirar a una pensión por jubilación. El caso de las personas de habla indígena mexicana es aún más emblemático de esta situación, dado que la mayoría labora en el campo ya sea en tierras propias o ajenas sin seguridad social que le permita aspirar a jubilarse después de ciertos años de trabajo.

En países desarrollados existe la pensión universal para personas de edad avanzada como uno de los pilares de los sistemas de pensiones, pero en México estamos lejos de adoptar una política de este tipo si se consideran las reacciones negativas de los políticos identificados con las políticas neoliberales ante la aprobación por parte de órganos de gobierno de la Ciudad de México de una ley de sistema de pensión universal para las personas mayores de 70 años, consistente de un apoyo mensual en despensa de poco más de medio salario mínimo entregada en una tarjeta que puede ser usada para la compra de productos en supermercados y farmacias. La respuesta en años recientes del gobierno federal ha sido la implantación de un programa de apoyo económico a personas de 70 o más años que viven en localidades de menos de 30 mil habitantes; el monto otorgado es de \$300 mensuales, menor a lo otorgado en la Ciudad de México y con cobertura muy por debajo de la requerida.

Las políticas implantadas y las posiciones respecto al cambio de estructura de edad de la población, parecen llevar el mensaje del Estado de que deberán ser en el seno familiar donde recaiga la responsabilidad de atender a padres o abuelos. En el caso de familias de sectores de la población que padece en mayor medida la desigualdad social, como la indígena, esta nueva responsabilidad que tendrán que asumir, si el Estado no cambia su estrategia, probablemente propiciará el incremento de la pobreza y por tanto el empeoramiento de las condiciones de vida.

VI. METODOLOGÍA CUALITATIVA: COMPLEMENTANDO LA INVESTIGACION SOBRE SALUD Y REDES DE RECIPROCIDAD DE LOS INDÍGENAS MEXICANOS DE EDAD MAYOR

Introducción

Tradicionalmente la demografía y los estudios de población han privilegiado el enfoque cuantitativo para abordar las investigaciones planteadas. Con esta perspectiva, en los capítulos III, IV y V se ha analizado información sobre algunas características de la vejez de los indígenas mexicanos, basado en la información de la muestra del Censo de Población y Vivienda del año 2000 y la encuesta del Estudio nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) del año 2001.

Los resultados obtenidos por métodos estadísticos descriptivos, inferenciales, de asociación multivariada, así como los modelos de regresión logística permiten realizar conjeturas y conclusiones relacionadas con la diferenciación por edad y género del estado de salud y las relaciones de reciprocidad, ayudas recibidas y otorgadas, de los indígenas de edad mayor, así como el impacto de diferentes características sociodemográficas tanto en los aspectos de salud como con los apoyos recibidos y otorgados. Las técnicas estadísticas permitieron establecer generalizaciones en torno a la población indígena mexicana de edad mayor respecto a la tendencia que siguen algunas características de salud y de la red familiar de reciprocidad así como el peso específico de factores sociodemográficos que modifican la tendencia en los subgrupos de población establecidos por las categorías que determinan las variables con las que se miden. El análisis de correspondencia múltiple permitió lecturas topológicas de las categorías de las variables de interés basado en la representación geométrica en un plano cartesiano, lo que permitió establecer algunos patrones en cuanto al comportamiento simultáneo de las variables.

A pesar de la riqueza que proporciona el enfoque cuantitativo aplicado en una muestra a nivel nacional, tanto del censo de población como del ENASEM, la estadística presenta limitaciones si lo que se desea es profundizar en las percepciones y representaciones que la población indígena de edad mayor plantea en torno a su salud y las redes sociales y familiares que les permita afrontar de mejor manera la etapa de mayor edad de su vida; las percepciones, significados y representaciones de los fenómenos de la vida cotidiana han sido abordados a partir de métodos cualitativos.

La antropología proporciona una mirada alternativa sobre las temáticas poblacionales, en particular en población indígena. La incorporación de técnicas antropológicas al quehacer demográfico constituye, más que un simple préstamo interdisciplinario de una caja de herramientas, una corriente disciplinaria que podemos denominar *demografía antropológica* (Mummert, 1999:37-38), la cual hace visible pequeños grupos sociales por medio de la demografía y la estadística y les imprime especificidad sociocultural con las herramientas conceptuales y los sistemas de interpretación de la antropología.

La demografía antropológica estudia las tendencias de permanencia o de cambio de los patrones culturales en relación con la dinámica de la población y trata de imprimir un rostro humano para una demografía que no sólo cuente personas, sino que, por el contrario, las personas cuenten, con la finalidad de comprender los procesos de toma de decisión, los significados, y las vivencias de la fecundidad, la mortalidad, la migración y la vida laboral como ejes básicos de análisis, pero con una multiplicidad de temas a tratar. Por lo tanto, la demografía antropológica propone, sin abandonar el rigor cuantitativo, reformular nuestras preguntas a la luz de enfoques de la investigación cualitativa y repensar los modelos explicativos. Los enfoques cualitativos aplicados a la demografía intentan descubrir e interpretar las creencias y experiencias de las personas que nacen, se casan, trabajan, migran, procrean hijos, se enferman, y mueren.

Al privilegiar la comprensión del sentido que los individuos y grupos atribuyen a sus vivencias, acciones y prácticas, se pretende captar los eventos demográficos de una manera radicalmente distinta a los métodos tradicionales de cuantificación, retomando cómo estos fueron experimentados y dotados de sentido por sus protagonistas, por lo que es común recurrir a técnicas como la etnografía, la entrevista a profundidad, los grupos focales, historias de vida, observación participante, etc.

Algunos textos sobre metodología cualitativa dan cuenta de una fuerte discusión suscitada entre la pertinencia de usar métodos cuantitativos o cualitativos en la investigación en ciencias sociales, siendo los argumentos descalificatorios por una parte que la investigación cuantitativa basada en métodos estadísticos es “rígida, abstracta, ahistórica, neutra y positivista” entre otros adjetivos; por otra parte la investigación basada en métodos cualitativos es etiquetada como “descriptiva, pre-científica, subjetiva, especulativa, obtenida de datos suaves”. Adjetivos que son utilizados para apoyar la investigación de corte cuantitativo son que es “científica, objetiva, explicativa, deductiva, verifica hipótesis, universalista, trabaja con datos duros, etc.”, en

tanto de la investigación cualitativa se dice que es “interpretativa, hermenéutica, holística, fenomenológica, ilustradora, inductiva, exploratoria, buena, etc.” (Tarrés, 2004).

Aunque algunos autores van más allá y argumentan que la diferenciación parte de la visión ontológica, donde el enfoque cuantitativo supone que existe una realidad social que es independiente de los individuos, y que se puede conocer mediante procedimientos de cuantificación y, en contraparte, en el enfoque cualitativo el supuesto es que la realidad se construye socialmente y no es independiente de los individuos (Castro, 2002).

Entre ambas perspectivas, cuantitativista y cualitativista, ha surgido la idea de que el investigador debe estar abierto a usar la metodología más adecuada dependiendo del nivel de análisis planteado en el problema de investigación y en algunos casos un mismo problema podría abordarse de manera complementaria por las dos metodologías, aunque se debe tomar en cuenta que la formación del investigador y la adquisición de habilidades técnicas entre otros factores influirán en la selección de uno u otro enfoque (Cortés, et al., 2002).

Por tanto, se puede decir que el análisis cuantitativo responde ciertas preguntas y que el análisis cualitativo puede explicar otra naturaleza de preguntas (De Oliveira y García, 1986). Por fortuna ya no existe una oposición automática entre ambos estilos de investigación, sino que existe la concepción de que cada uno permite una aproximación diferente de la realidad.

Estudios recientes en demografía y los estudios de población se percibe cierta preocupación por ir más allá de la cuantificación de los fenómenos demográficos y de la explicación de las relaciones que tienen con variables económicas y sociales en general, siendo una propuesta la de integrar diferentes enfoques o estrategias metodológicas para encontrar explicaciones que ayuden a comprender las tendencias cuantitativas, profundizando en los significados que los individuos dan a sus acciones y que se reflejan en las medidas demográficas que dan cuenta de la dinámica poblacional (Lerner, 1994). En este sentido surge la idea de que para entender la dinámica demográfica en el contexto de la realidad social que subyace en el momento es necesario considerar diferentes niveles de análisis de la problemática estudiada lo cual implica disponer de diversas fuentes de datos y modalidades de investigación (De Oliveira y García, 1986) como son el uso de encuestas y entrevistas a profundidad. Otro ejemplo de diferentes niveles de análisis propuesto, además de las encuestas a nivel nacional que suelen aplicarse, es la utilización de “encuestas contextuales” aplicadas a pequeñas poblaciones que tomen en cuenta factores sociales, culturales, económicos, ambientales sin los cuales las

tendencias o niveles en que se manifiestan los fenómenos demográficos perderían riqueza de explicación (Lerner y Quesnel, 1986).

Con base en estas reflexiones, nuestra posición es que las ciencias sociales en general y los estudios sociodemográficos y de población en particular, deben utilizar las aproximaciones cuantitativas y cualitativas como complementarias para abordar algunos problemas de investigación considerando que ambos enfoques producen información distinta sobre el objeto de estudio, por lo cual en este trabajo complementaremos lo expuesto en los capítulos III, IV y V con un estudio donde se abordan las características relacionadas con la vejez en una comunidad indígena con base en la metodología cualitativa y en particular con el método de entrevista a profundidad cuyos resultados presentamos en el capítulo VII. Por tanto, el objetivo de este capítulo es presentar una descripción breve de las características de la investigación cualitativa, del enfoque de la fenomenología y plantear algunas características del método de entrevista a profundidad.

Investigación cualitativa

Quizás la principal característica de la investigación cualitativa es estudiar fenómenos sociales a partir de explorar las experiencias de la gente en su vida cotidiana, aspecto que es no trivial en tanto la realidad social es explicada por una complejidad de dimensiones. Reconocer la subjetividad de los sujetos como parte constitutiva de su proceso indagador implica que las ideologías, las identidades, los juicios y prejuicios, y todos los elementos de la cultura impregnan los propósitos, el problema, el objeto de estudio, los métodos e instrumentos. Dicha subjetividad no es privativa sólo de los individuos en los que se indaga el fenómeno social, también el investigador posee sus propias características que impregna en sus reflexiones, acciones y observaciones en el trabajo de campo, por lo cual sus sentimientos, estados de ánimo, etc. se convierten en datos de la misma investigación (Flick, 2004:20).

La investigación cualitativa consta de un conjunto de métodos que intentan capturar el fenómeno de manera holística, entenderlo, vislumbrarlo dentro de su contexto haciendo énfasis en la comprensión del significado que los sujetos adscritos a un grupo social dan a los fenómenos sociales. Precisando, el trabajo cualitativo se caracteriza por indagar en el discurso, en documentos u otros medios de registro de información la trama oculta de la vida cotidiana que para el investigador puede resultar de interés. Para lograrlo se utilizan métodos y técnicas que

permiten analizar los significados, las percepciones y los pensamientos de los individuos, mediante su discurso, la observación y la interpretación de sus acciones.

La investigación cualitativa es todo un enfoque de interpretación de la realidad social, que debe contemplar los niveles ontológico, epistemológico y metodológico que permean de manera horizontal y vertical en la investigación social. Para algunos investigadores, este enfoque significa una revolución epistemológica que se refleja en nuevas preguntas de investigación derivadas de realidades más complejas. (Denzin y Lincon, 1994; Guba y Lincoln 1994).

La estrategia de tomar la perspectiva del sujeto, es decir la perspectiva cualitativa, se expresa generalmente en términos de "ver a través de los ojos de la gente lo que uno está estudiando". Tal perspectiva, envuelve claramente una propensión a usar la empatía (*rapport*) con quienes están siendo estudiados, pero también implica una capacidad de penetrar los contextos de significado con los cuales ellos operan.

El énfasis en la descripción se basa en que lo aparentemente trivial de la vida diaria, es lo valioso de observar, puesto que tiene capacidad de ayudarnos a entender lo que está pasando en un contexto particular. Sin embargo, describir es complejo.

Es necesario considerar además que la investigación cualitativa tiende a favorecer una estrategia de investigación relativamente abierta y no estructurada, más que una en la cual uno decide por adelantado lo que va a investigar y cómo lo va a hacer. Esta perspectiva se adopta puesto que permitirá tener acceso a tópicos importantes, no esperados, los que no podrían ser detectados con una estrategia rígida como la encuesta.

Algo que me parece importante resaltar es que en la investigación cualitativa el investigador es el instrumento de recolección de información, que capta no sólo datos, sino actitudes, estados de ánimo y reacciones que provocan las preguntas planteadas en una entrevista si es la técnica empleada. A continuación se presenta un decálogo que originalmente ha sido planteado por Taylor y Bogdan (1986:20-22), y que resume las características de la investigación cualitativa:

1) *La investigación cualitativa es inductiva.* No necesariamente existen hipótesis, algunos conceptos pueden surgir a partir de los datos, las guías de la investigación pueden ser algunas interrogantes iniciales.

2) *La metodología cualitativa es holística.* Los individuos y su entorno no son una suma de variables sino son considerados como un todo.

3) *La interacción del investigador cualitativo con el sujeto de estudio produce un efecto.* Aunque los investigadores no pueden eliminar sus efectos sobre las personas que estudian, intentan controlarlos o reducirlos a un mínimo, o por lo menos entenderlos cuando interpretan sus datos.

4) *La investigación cualitativa trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas.* Es necesario que el investigador experimente la realidad tal como los otros la experimentan, por lo que es necesario que se identifiquen con las personas que estudien para comprender cómo ven las cosas.

5) *El investigador cualitativo aparta sus propias creencias y perspectivas y predisposiciones.* El investigador observa las cosas como si estuvieran ocurriendo por primera vez, nada se da por sobrentendido.

6) *Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas.* El investigador no busca la “verdad” sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas, a todas se les ve como a iguales, la perspectiva del delincuente es tan válida como la del juez, los pobres tienen voz en la investigación cualitativa.

7) *Los métodos cualitativos son humanistas.* Los casos de estudio son mucho más que un renglón en una base de datos, son personas y cuando el investigador interactúa con ellas necesariamente influye en el modo de ver las cosas, además de aprender conceptos propios como dolor, fe, sufrimiento, etc.

8) *La investigación cualitativa da énfasis a la validez de su investigación.* Debido a que el investigador cualitativo está permanentemente en el mundo empírico, se asegura un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace.

9) *Todos los escenarios e individuos son dignos de estudio.* Para el investigador cualitativo ningún aspecto de la vida social es demasiado frívolo o trivial. Todos los escenarios y personas son a su vez similares y únicos. Son similares en el sentido de que en cualquier escenario o entre cualquier grupo de personas se pueden hallar algunos procesos sociales de tipo general y son únicos por que cada escenario o a través de cada individuo se puede estudiar del mejor modo algún aspecto de la vida social.

10) *La investigación cualitativa se crea cada vez.* Los métodos cualitativos no son tan estandarizados aunque hay pautas generales, el investigador es un artífice y en cada investigación

puede crear su propio método, le sirven al investigador, nunca el investigador es esclavo de un procedimiento o técnica.

Dependiendo de la manera de aproximarse al objeto de estudio diferentes disciplinas han aportado diferentes enfoques teóricos-metodológicos a la investigación cualitativa. Así la antropología ha contribuido con la etnografía y el enfoque biográfico, en tanto la sociología ha utilizado el interaccionismo simbólico para elaborar el enfoque de la teoría fundamentada, la semiótica a través del análisis del discurso ha planteado la etnometodología y la filosofía ha planteado la fenomenología, entre otros enfoques. Cada uno de estos enfoques tiene características propias en cuanto a la manera de las técnicas o instrumentos de recolección de información y tipos de cuestiones a investigar. En el siguiente apartado nos detendremos a analizar alguna característica de la fenomenología por ser el enfoque utilizado en el capítulo VII de este trabajo.

Fenomenología

La fenomenología plantea estudiar el significado de la experiencia humana y como enfoque de investigación cualitativa tiene su origen en la filosofía creada por Husserl los primeros años del siglo XX, quien considera que la tarea de la filosofía fenomenológica era constituir a la filosofía como una ciencia rigurosa, de acuerdo con el modelo de las ciencias físico-naturales del siglo XIX, pero diferenciándose de ésta por su carácter puramente contemplativo (Rodríguez, et al. 1996:17); otra reflexión de esta expresión filosófica es que las vivencias de lo cotidiano de las personas lleva a la esencia del propio ser y del proceso de cómo se aprende (De A. Souza, 2002:450), de manera que, el investigador, al intentar comprender la esencia considera que los fenómenos subjetivos de la realidad sólo se comprenden a partir de la experiencia vivida de las personas. Para Van Manen (1990:8-13, citado por Rodríguez et al. 1996:17-18), la fenomenología aplicada a la investigación social con enfoque cualitativo se pueden resumir en los siguientes ocho puntos:

1. La investigación fenomenológica es el estudio de la experiencia vital, del mundo de la vida, de la cotidianidad. Lo cotidiano, en sentido fenomenológico, es la experiencia no conceptualizada o categorizada.
2. La investigación fenomenológica es la explicación de los fenómenos dados a la conciencia. Ser consciente implica una transitividad, una intencionalidad. Toda conciencia es conciencia de algo.

3. La investigación fenomenológica es el estudio de las esencias. La fenomenología se cuestiona por la verdadera naturaleza de los fenómenos. La esencia de un fenómeno es universal, es un intento sistemático de develar las estructuras significativas internas del mundo de la vida.

4. La investigación fenomenológica es la descripción de los significados vividos existenciales. La fenomenología procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana, y no las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos.

5. La investigación fenomenológica es el estudio científico-humano de los fenómenos. La fenomenología puede considerarse ciencia en sentido amplio, es decir, un saber sistemático, explícito, autocrítico e ínter subjetivo.

6. La investigación fenomenológica es la práctica atenta de las meditaciones. Este estudio del pensamiento tiene que ser útil e iluminar la práctica de la educación de todos los días.

7. La investigación fenomenológica es la exploración del significado del ser humano. En otras palabras: qué es ser en el mundo, qué quiere decir ser hombre, mujer o niño, en el conjunto de su mundo de la vida, de su entorno socio-cultural.

8. La investigación fenomenológica es el pensar sobre la experiencia originaria. En definitiva, la fenomenología busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, lo importante es aprehender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia. El fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando.

En resumen, es posible afirmar que el propósito de la investigación fenomenológica es describir las experiencias vividas y las percepciones que tienen origen en éstas y el proceso de investigación consiste básicamente en la recolección de datos a través de entrevistas abiertas donde el investigador guiará al sujeto a relatar su experiencia sobre un fenómeno particular. El análisis de la información puede considerar algunos de los siguientes procedimientos (De A. Souza, 2002:451):

- Lectura de las narrativas de los participantes para tener una primera visión global de las experiencias.
- Identificación de los aspectos relacionados con el tema de la investigación, las palabras o frases claves.

- Determinación de significado para cada palabra o frase significativa
- Organización de grupos de temas considerados importantes en relación con el estudio.
- Integración de las ideas de los distintos participantes en un informe descriptivo analítico profundo
- Conferencia con los participantes para obtener sus percepciones sobre los hallazgos y su interpretación.

Entrevista en profundidad

La metodología cualitativa proporciona diferentes técnicas para aproximarse a la comprensión de los fenómenos desde la perspectiva fenomenológica, tales como observación participante, entrevista a profundidad, grupos de discusión, historia de vida, entre otros. En el siguiente capítulo se presentan los resultados al utilizar la técnica de entrevista a profundidad para descubrir los significados que la población indígena de edad mayor residente en la comunidad indígena de Atla, un poblado enclavado en la zona denominada Sierra Norte de Puebla, tiene sobre aspectos relacionados con la salud y las relaciones de apoyo con sus hijos. Por el momento en esta sección se presentan una serie de reflexiones en torno a algunas características de la entrevista.

La entrevista es quizás la técnica cualitativa conversacional que permite la mayor interacción entre el investigador y el sujeto de estudio siendo especialmente útil cuando lo que realmente interesa es conocer la visión de los actores sociales sobre algún aspecto de la realidad social, máxime cuando se desean explorar aspectos íntimamente relacionados con la vida cotidiana de los entrevistados.

El origen de las entrevistas cualitativas puede rastrearse en los terrenos de la antropología, la sociología, la psicología y el periodismo. La técnica consiste en un diálogo *cara a cara* directo entre ambos actores, investigador-informante, estos encuentros están dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones expresadas con sus propias palabras (Taylor y Bogdan, 1986:20-22).

Aunque la conversación informal o de la vida cotidiana puede en algún momento ser considerada una entrevista, existen otras de corte profesional en diferentes ámbitos ocupacionales como el periodismo, la medicina, el jurídico, el laboral y las que nos interesan que se realizan con fines de investigación social. A diferencia de las otras entrevistas profesionales, el propósito de la entrevista de investigación social es la construcción del sentido social de la

conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo, a través de la recogida de un conjunto de saberes privados. Las entrevistas cualitativas no son meras conversaciones cotidianas, aunque se aproximan a ellas. Se trata de conversaciones profesionales, con un propósito y un diseño orientados a la investigación social, que exige del entrevistador gran preparación, habilidad conversacional y capacidad analítica (Valles, 2003).

En cuanto a las entrevistas de investigación social existe una variedad que van desde la entrevista abierta hasta la estructurada y suelen denominarse como informal, en profundidad, biográfica, dirigida, focalizada, etc. La entrevista estructurada se refiere a una situación en que un entrevistador pregunta a cada entrevistado una serie de preguntas preestablecidas con una serie limitada de categorías de respuesta, es la aplicada en las encuestas y su análisis es más bien de tipo cuantitativo.

La entrevista semiestructurada es más flexible y abierta, aunque los objetivos de la investigación rigen las preguntas, su contenido, orden, profundidad y formulación se encuentran en manos del entrevistador. Si bien el investigador, sobre la base del problema, los objetivos y las variables elabora un guión después de haber realizado una revisión de la información disponible sobre la temática de investigación y con base a la experiencia personal donde las preguntas deben ser abiertas, el orden de los cuestionamientos pueden ser modificados durante la entrevista, así como la forma de encauzar las preguntas o su formulación pueden adaptarse a las diversas situaciones y características particulares de los sujetos de estudio. Son entrevistas flexibles y permiten mayor adaptación a las necesidades de la investigación y a las características de los sujetos.

El investigador puede encauzar la entrevista con mayor o menor grado de directividad, por lo que suelen denominarse entrevistas dirigidas. La entrevista dirigida es una entrevista en profundidad pero específicamente dirigida a situaciones concretas de un problema amplio de investigación.

La entrevista en profundidad requiere para su desarrollo un tipo especial de relación entre investigador y sujeto entrevistado, para ello es necesario un proceso de *rapport*, es decir partir de una relación armoniosa y desarrollar un sentido básico de confianza, que puede obtenerse mediante el uso de lenguaje corporal y ciertos tonos de voz (Varguillas y Ribot, 2007: 251). Superados los primeros momentos, la entrevista debe realizarse en un clima que respete la interacción natural de las personas, hay que dejar hablar al entrevistado, de modo que pueda

expresarse libremente, utilizar el guión de temas o preguntas de manera informal, sin dar la impresión de que se trata de un examen o interrogatorio, empleando un tono de voz natural y un estilo conversacional que se aparte de la mera lectura.

Para evitar una excesiva dependencia del protocolo de temas, el entrevistador debería familiarizarse con los mismos y retenerlos mentalmente. Durante toda la entrevista el investigador debe mostrar interés, por lo que la postura, el contacto visual y tono de voz son importantes evitando hablar de forma monótona. Asimismo, se recomienda ser sensible, implicándose afectivamente en lo que se está diciendo y mostrarse solidario con los sentimientos del entrevistado. Por último se debe evitar emitir juicios sobre la persona entrevistada. Se trata de escuchar y comprender el punto de vista de la otra persona sin hacer juicios negativos o reprimendas.

Idealmente, cada entrevista debería ser audio grabada y transcrita para fines de análisis. Dado que transcribir puede tomar mucho más tiempo del que duró la entrevista misma, la inversión en tiempo y costo también se incrementa. El registro del diálogo puede ser apoyado por aparatos tecnológicos modernos como grabadora o cámara de video (Ortí, 1986:178).

VII. “SERÉ UN BURRO VIEJITO, PERO YA NO AGUANTO MÁS MALETAS”¹⁹, ALGUNOS ASPECTOS DE LA VEJEZ EN ATLA

Introducción

En este capítulo se presentan los resultados del trabajo de campo realizado en Atla, la comunidad indígena náhuatl donde se efectuó la investigación de caso en torno a los significados y percepciones concernientes a aspectos de la vejez indígena. Se presenta, en primer lugar, un contexto general de la población de que habita ese lugar a partir de algunas características geográficas, socioeconómicas, demográficas y culturales se analizan algunas características relativas a las personas de 50 años y más de la comunidad. Los objetivos del capítulo son: Conocer el significado y la percepción de vejez de las personas de edad mayor; Describir el significado que para los adultos mayores tienen aspectos como edad, escolaridad y trabajo; Detallar las características de los arreglos familiares en las que viven las personas mayores; Establecer cómo es la auto percepción de salud de los indígenas mayores; Analizar las percepciones que tienen las personas de edad avanzada sobre las ayudas que reciben y las que otorgan; identificar cuál es la relación entre el estado de salud y los apoyos recibidos.

Los datos presentados en la primera parte de este capítulo proceden de diversas fuentes: resultados del censo de población del año 2000, entrevistas informales con habitantes de la comunidad, observación directa, datos sobre nacimientos y muertes del registro civil de Pahuatlan, Puebla cabecera municipal donde se asienta Atla, censo aplicado por el autor en abril del 2006 (ver cuestionario en el anexo 1). Para la segunda parte se realizaron una serie de entrevistas a profundidad a personas de edad avanzada que contempló cinco dimensiones analíticas: a) las condiciones de salud con énfasis en el estado funcional del individuo; b) las transferencias de apoyo que se efectúan entre las personas mayores y las redes de familiares, amigos o vecinos; c) la relación entre las condiciones de salud y las transferencias de apoyo; d) las transferencias formales y e) la percepción de la vejez en la comunidad. En el anexo 2 se presenta el guión de entrevista.

Para el desarrollo de las entrevistas se procuró que éstas se realizaran en las casas de los entrevistados, de preferencia sin la presencia de otros miembros del hogar, aspecto que en pocos casos pudo lograrse. Se pretendía efectuarlas en horas hábiles y preferentemente fuera de los horarios de trabajo, para que no compitieran con otras actividades de las personas mayores, sin

¹⁹ Frase dicha por uno de los entrevistados al mencionar la relación con sus hijos que le exigen apoyo para sus nietos y le reclaman la falta de propiedades a heredar, siendo una forma de decir que no tiene para darles más.

embargo en el caso de las mujeres el diálogo se estableció casi siempre cuando ellas elaboraban la artesanía que venden, es decir el bordado de telas que se convierte en servilletas o blusas. Las entrevistas fueron registradas en una grabadora digital para su transcripción posterior. En la primera etapa del piloteo del guión, en julio del 2006, se contactaron tres personas, las modificaciones realizadas al instrumento fueron mínimas; en la segunda etapa efectuada en el mes de agosto de 2006 se aplicaron doce entrevistas, siendo entonces la muestra total de 15 personas.

Atla: Ubicación geográfica, población y hogares

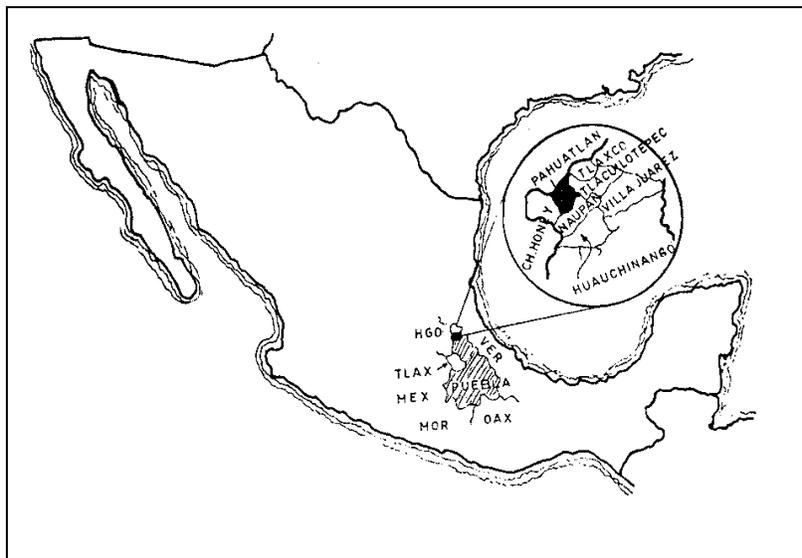
Atla es un pueblo náhuatl perteneciente al municipio de Pahuatlán, Puebla, se encuentra ubicado en una serranía que limita la cuenca superior del río San Marcos, afluente del Cazones. Forma parte de la región denominada Sierra Norte de Puebla (figura 4), limitada por los paralelos 20°10' y 20° 20' de latitud norte y por los meridianos 98°04' y 98°16' al oeste de Greenwich.

Un camino de terracería que comunica con diversos poblados hasta entroncar con la carretera México-Poza Rica atraviesa el poblado (figura 5); el otro extremo lo une a la cabecera municipal de Pahuatlán y desde aquí se conecta por carretera con la Altiplanicie. Llegando desde la cabecera municipal, las casas de Atla se extienden sobre una pendiente con una ligera concavidad de oeste a este y después en una segunda concavidad en sentido inverso a la primera. En medio de ambas concavidades se extiende una pequeña explanada compartida por parte de la escuela primaria, la iglesia, las oficinas de la presidencia auxiliar (oficina del juez y cárcel en la parte inferior) y algunas casas particulares, constituyendo el centro o núcleo del poblado (figura 6).

Con excepción de la iglesia, la presidencia auxiliar y una casa de concreto construida en la parte más alta del pueblo desde lejos no es posible distinguirlo debido a que se encuentra cubierto por el tapiz verde de la vegetación. Aún caminando en la comunidad es imposible distinguir la mayoría de las casas y sólo subiendo a las partes altas es posible tener un primer panorama del tamaño y localización de las viviendas, sin embargo al caminar en los pequeños senderos que supuestamente conducen a una vivienda se da uno cuenta que son calles que conducen a todo un barrio. El barrio es la organización tradicional geográfica de la comunidad y son de muy diferentes dimensiones, originalmente la distinción o separación del barrio era por huertas y solares (Montoya, 1964:35) aunque ahora no es posible distinguir a simple vista la delimitación. No existen cercas en las viviendas y es muy común que cualquiera atravesase sus patios para ir de un lugar a otro y no necesariamente trasladarse por los caminos o calles

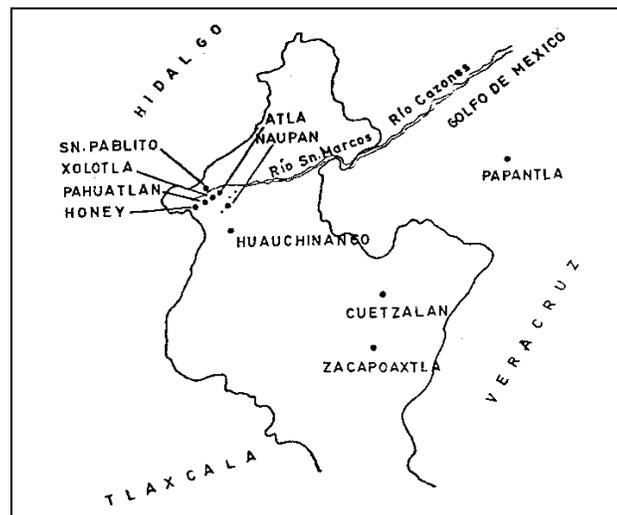
establecidas. Sin embargo el barrio es algo más importante que la delimitación geográfica ya que muchos de sus habitantes han asumido como apellido el nombre de su barrio. Algunos nombres de los barrios, y por tanto apellidos de algunos de sus pobladores son: Tlaixco (en la ladera), Icoácatl (sobre el agua), Hueyotlica (junto al camino grande), Tecaxco (lugar cercano), Istácatl (agua blanca) y Tzincoxóchitl (bajo la flor), solo por mencionar algunos de los 42 barrios (Montoya, 1964:116).

Figura 4
Ubicación geográfica de la región denominada Sierra Norte de Puebla



Fuente: Montoya (1964).

Figura 5
Ubicación de Atla en la región Sierra Norte de Puebla



Fuente: Montoya (1964).

Figura 6
Centro o núcleo de Atla



Fuente: Trabajo de campo, agosto 2006.

El poblado cuenta con servicio eléctrico, agua entubada, teléfono público y una clínica de la Secretaría de Salud. Funcionan un jardín de niños, la escuela primaria, una tele-secundaria y un bachillerato que inició labores en 2005 por lo cual en el momento de la realización del trabajo de campo atiende a sus dos primeras generaciones.

De acuerdo a los datos del Censo del año 2000 Atla cuenta con 1,697 habitantes los cuales están asentados en forma más o menos agregada sobre una ladera. Casi todas las casas están construidas con adobe y techo de teja, aunque se advierte un proceso reciente y acelerado de construcción y reconstrucción de viviendas con tabique y techo de cemento, debido sobre todo a los envíos de dinero por parte de la cada vez más acentuada migración masculina hacia Estados Unidos.

La tenencia de la tierra es propiedad privada y se encuentra constituida por la casa y su solar, los huertos y los terrenos de siembra, aunque hay personas que no poseen propiedades. La distribución de familias emparentadas en un terreno se relaciona con el patrón de herencia, donde los padres dividen el terreno, que a su vez fue heredado, entre sus hijos varones. Las mujeres no alcanzan este beneficio ante lo cual la estrategia consiste en irse a vivir a casa del cónyuge y, en

caso de no casarse, permanecer en la vivienda de sus padres, la cual después heredan. Cuando los hijos se unen, abandonan la casa familiar, por lo que es común ver que los padres a edades avanzadas, en pareja o individualmente, vivan solos. En particular llama la atención que varias mujeres ancianas vivan solas, aunque sus familiares tienen su domicilio a un lado producto de la herencia descrita, siendo las viviendas de estas personas mucho más pobre que la de los hijos casados que viven cerca; la mayoría de las ancianas dice no recibir ayuda de parte de sus familiares justificándolos ellas mismas por la pobreza de los hijos y porque a su vez tienen que mantener a su familia (esposa e hijos).

En la mayoría de las viviendas se convive con aves de corral, principalmente gallinas y guajolotes, observando también la presencia de muchos perros. La mayor parte de las aves de corral son para el consumo propio dejando la mayoría para la fecha de salida de las escuelas lo que es una fiesta que se repite en la casi totalidad de las familias que tengan hijos en esa circunstancia.

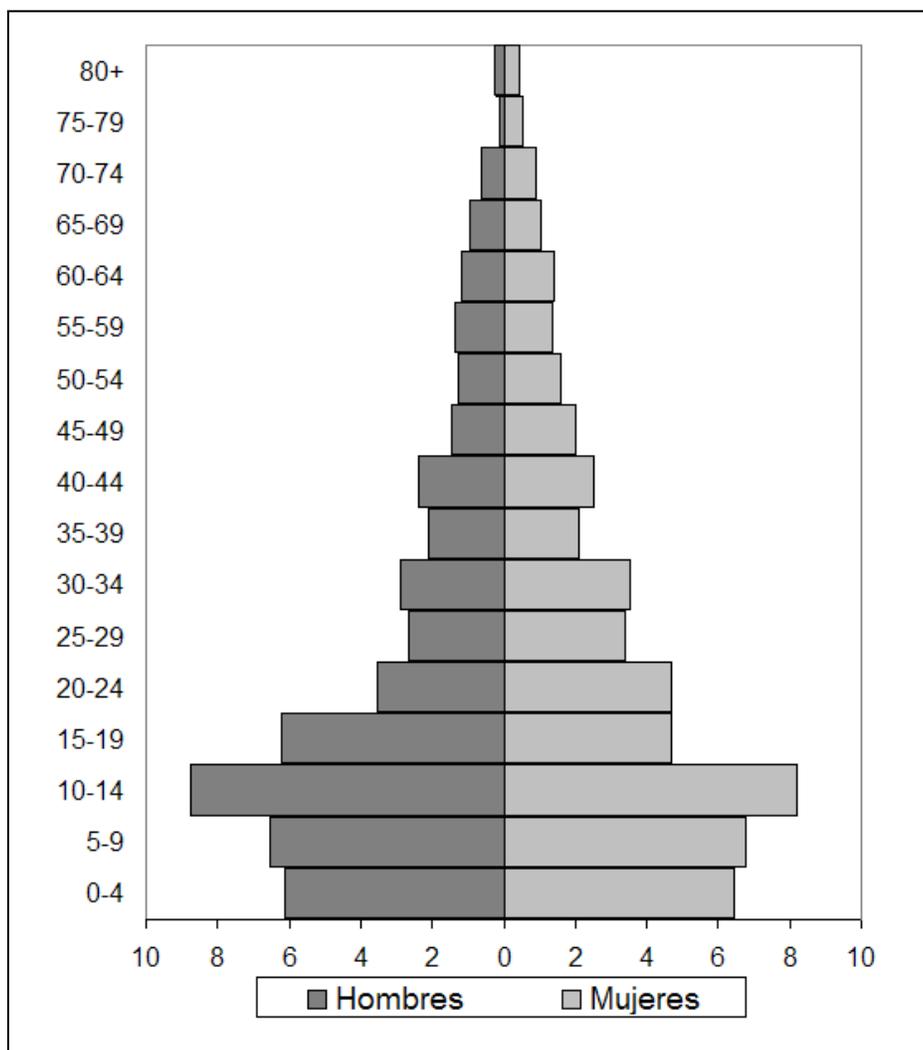
Las mujeres de edad mayor, quizás desde los 40 años, en su mayoría llevan vestimenta tradicional que consiste en una blusa blanca con bordados y una falda negra con faja color roja, realizada con telar de mano, también es posible observar algunos hombres ancianos con la vestimenta clásica indígena náhuatl, camisa y pantalón blanco (calzón). Los demás grupos etarios (adultos jóvenes, jóvenes y niños) visten como cualquier mestizo en situación de pobreza. Es muy común ver a los niños y jóvenes de Atla caminar descalzos, los hombres adultos con huaraches y las mujeres con chancas de plástico.

La información de los censos de 1950 a 2000 muestran que en este lapso la población de Atla creció de 578 a 1685 habitantes; aunque el crecimiento en este periodo siempre fue positivo no se mantuvo a la misma velocidad, por ejemplo, en la década de 1960–1970 la tasa de crecimiento fue de 0.99% anual, mientras que en la década anterior fue de 2.9% y en la posterior de 2.09%; en el último quinquenio del siglo pasado la población creció sólo a un ritmo de 0.14% anual. Estas variaciones pueden deberse al importante flujo migratorio que se presenta en la comunidad tanto a nivel nacional como internacional, así como a la probable baja en las tasas de fecundidad (Castrejón, *et al.* 2005).

En la gráfica 28 se presenta la pirámide de población con base en información recolectada directamente en la comunidad en abril del 2006. Un aspecto que llama la atención es la disminución reciente de la fecundidad que se expresa en la estrechez de la base piramidal, sobre

todo en los dos grupos de edad menor, lo cual es consecuencia de los programas de planificación familiar y/o de salud reproductiva implementados en la región. De acuerdo con el diagnóstico de salud del año 2006, elaborado por el médico que atiende el centro de salud, “el 40 % de mujeres en edad fértil, que no corresponden necesariamente a mujeres con vida sexual activa, se encuentran con algún método de planificación” aunque en el mismo documento se menciona de limitaciones de implementación del programa: “...problemática para lograr introducir todos los beneficios de salud a la población siguen siendo creencias y costumbres, que se encuentran muy arraigados en la población, siendo los Programas más afectados: Planificación Familiar y Determinación oportuna de Cáncer Cervico-Uterino” (López, 2006).

Gráfica 28
Distribución porcentual de la población de Atla por sexo y edad



Fuente: Elaboración propia con datos del censo aplicado por el autor en abril del 2006

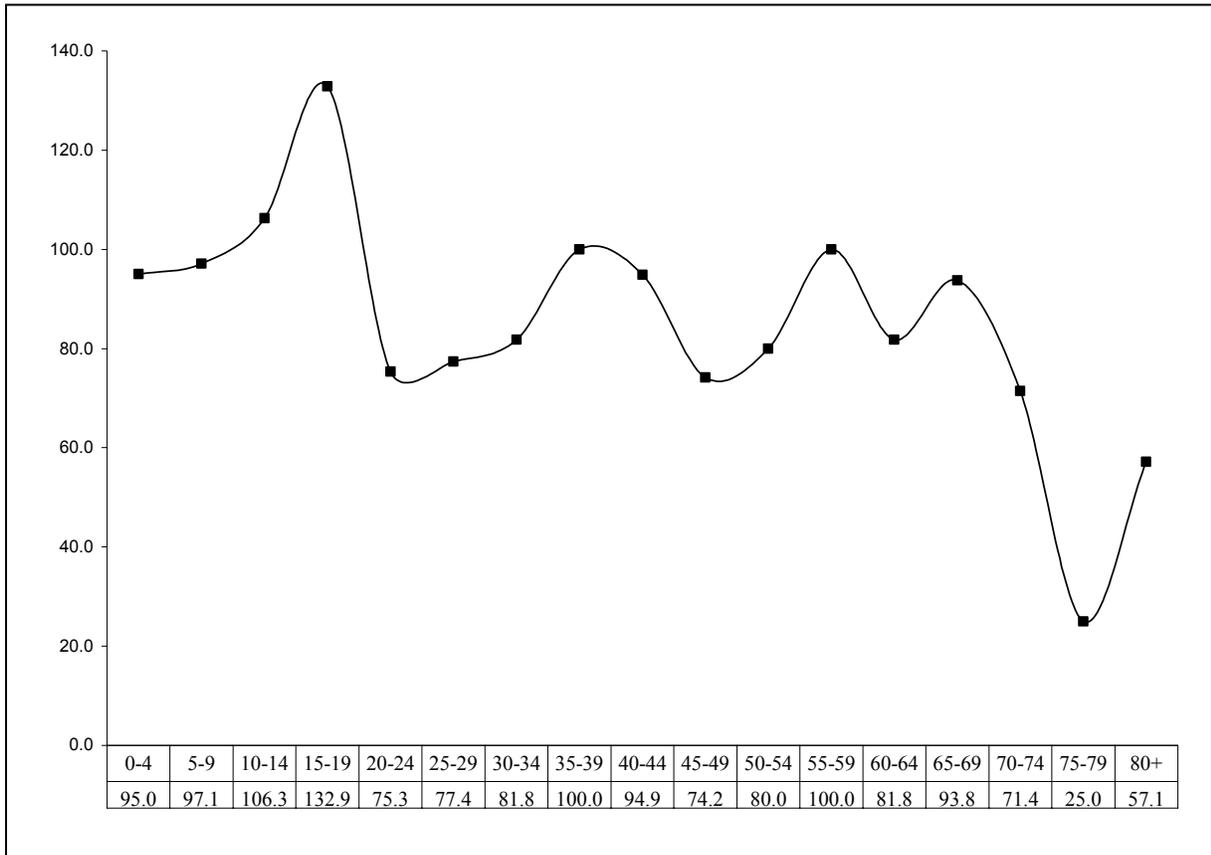
Otro aspecto que revela la pirámide de población es el impacto del fenómeno migratorio que se refleja en un drástico descenso de la proporción de habitantes en los grupos de edad comprendidos entre los 20 y los 39 años de edad, siendo primordialmente masculina. De acuerdo a información informal proporcionada, la emigración masculina más importante tiene como destino final la zona de La Merced o La Central de Abastos en la Ciudad de México, a donde llegan a ofrecer sus servicios, principalmente, como cargadores o diableros. Como hecho reciente, pero que crece aceleradamente se menciona la emigración hacia Estados Unidos de Norteamérica. Los "enganchadores" cobran de 15 a 20 mil pesos por persona. En tanto las mujeres tienden a migrar a ciudades cercanas como Tulancingo o Pachuca o bien a la Ciudad de México donde trabajan generalmente en servicios domésticos.

Relacionado con el tema de interés de esta tesis, los datos recopilados reportan 7.5% de población de 60 años y más. La cifra a nivel nacional es de 8.1% de acuerdo a los datos del conteo de población realizado en el 2005 (INEGI, 2005b), es decir, no existe gran divergencia entre los datos a nivel de la comunidad y a nivel nacional, lo que nos indica que en Atla el proceso de envejecimiento es similar a lo que se observa en el país a pesar de que las tasas de mortalidad y fecundidad son más altas.

El índice de masculinidad que se muestra en la gráfica 29 proporciona información sobre otros aspectos de la población de Atla. En el total de la población por cada 100 mujeres existen 93.9 hombres, pero se observan variaciones importantes en los grupos de edad que pueden estar reflejando las consecuencias de las condiciones de vida de la población. Por ejemplo, en los grupos de 10-14 y 15-19 hay un número mayor de hombres lo que podría indicar una mayor mortalidad infantil en mujeres. También se aprecia el impacto de la emigración en los grupos ya antes indicados y los datos de los grupos de edad mayor pueden estar indicando la mayor tasa de mortalidad en hombres y quizás el efecto de la migración de hombres que ya no regresaron a su pueblo de origen.

Otras características demográficas que se desprenden de este censo es que el número promedio de habitantes por hogar es de 5.3. Para advertir el significado de este dato vale la pena decir que la mayoría de las viviendas tienen una o dos habitaciones incluyendo la cocina, lo cual indica un importante hacinamiento que se ve reflejado en las condiciones de salud de la población, sobre todo en las que cocinan en la misma habitación donde duermen.

Gráfica 29
Índice de masculinidad por grupo de edad de la población de Atla



Fuente: Elaboración propia con datos del censo aplicado por el autor en abril del 2006

A partir de datos del censo de población del año 2000 y de la revisión de los datos del registro civil de la cabecera municipal de Pahuatlán correspondientes a Atla se obtuvo 5.91 hijos promedio por mujer y tasa bruta de mortalidad en 1999 de 5.9 muertes por cada 1000 habitantes, datos que son elevados respecto de la media nacional, lo cual permite inferir un ritmo lento del proceso de transición demográfica en esta comunidad.

De acuerdo al censo del año 2000, sólo 2.5% de las viviendas cocinan con gas, 9.3% cuentan con televisión, 3.0% con refrigerador, 0.3% con teléfono, 0.3% con lavadora y 0.5% con automóvil. El 36.5% de la población de 15 años o más es analfabeta, el promedio de años estudiados era de 3.76, el 84.6% de las personas de 5 años o más declararon ser católicas y el 75.4% recibe cuando mucho un salario mínimo mensual.

Economía de producción, reproducción material y organización social

En el campo se cultiva maíz en forma tradicional. Sobre pronunciadas pendientes se trabaja la tierra a fuerza de coa, casi siempre entre 45° y 60° de inclinación, lo cual demanda mucha fuerza

de trabajo, que es aportada por adolescentes, mujeres y adultos mayores. El magro rendimiento obtenido obliga a comprar este cereal procedente de otras regiones (González y López, 2003).

Los habitantes de mayor edad nos informaron que hasta hace poco tiempo se cultivó también caña de azúcar, de manera intensa, sobre laderas bajas. Desde hace pocos años, las partes altas de la comunidad están sembradas con cultivos de café. No obstante la prosperidad de sus plantíos, hoy se cosecha sólo en mínima escala para consumo familiar, pues su precio en el mercado no compensa el trabajo invertido, aunque parece haber cierta reactivación del mercado impulsado por un par de vecinos que concentran algo de la producción de la comunidad para su procesamiento y posterior venta en la cafetería *Do Brasil* del centro de la Ciudad de México.

Es importante recalcar la presencia de algunos árboles frutales, en los alrededores de las viviendas familiares; frecuentes y ampliamente distribuidos se encuentran plantíos de plátanos, papayas, mangos, guayabas, zapotes, etc.; esporádicamente también existen plantas medicinales o aromáticas. La cría de abejas, cuya miel consumen con gusto, permite ingresos adicionales a algunas familias. Actualmente, como los datos antes mencionados lo indican, es notable el éxodo de hombres y mujeres porque la producción agraria resulta incapaz de sostener a la comunidad

En la literatura etnográfica a menudo se mencionan las labores artesanales como apoyo de la economía campesina. En Atla, esta situación cobra dimensiones más allá del simple "apoyo o complemento económico" al ingreso familiar. Cuando se transita por las calles del poblado, llama la atención ver a mujeres y niñas bordar telas con aros en los quicios de sus hogares. La presencia del visitante las motiva a venderle servilletas, manteles, blusas y vestidos bellamente bordados.

El trabajo femenino del bordado y tejido parece ser la fuente principal de ingresos; ellas compran el material requerido (tela, hilos, chaquira), elaboran su mercancía y se las arreglan para vender el producto. Las telas bordadas más comunes son lienzos de 40 x 40 cm. aproximadamente. También realizan bordados sobre lienzos angostos, para aplicarlos a diferentes prendas de vestir, sean camisas para hombres o blusas y vestidos para mujeres. Las mujeres adultas manufacturan vestidos, blusas y camisas, labor desarrollada con relativa rapidez. En conjunto, las mujeres de Atla producen una gran cantidad de artículos que deben ser vendidos para poder vivir. Respecto a la realización de esta artesanía Jesús Montoya, antropólogo que realizó trabajo de campo en la década de 1960 argumenta:

“Por parte del sexo femenino los hilados y tejidos representan la manifestación artística más destacada no obstante estar perdiendo importancia, pues hace apenas

unos treinta años, se manufacturaba la ropa de ambos sexos en el telar y el malacate. Se hacían rabones, faldas, camisas, ceñidores, quexquémiles, e incluso se abastecía la demanda de pueblos como Mamiquetla y Atlantongo. Esta tradición se está perdiendo y ahora sólo se hace con regularidad el ceñidor o laja”. (Montoya, 1964: 123).

El autor continúa describiendo los hermosos bordados confeccionados por las mujeres sobre diversas prendas (camisas, blusas, vestidos, entre otras), aunque también hace notar la pérdida de esa tradición. A la distancia, su juicio es correcto por cuanto se refiere a la elaboración de prendas del ajuar típico, del cual hoy sólo se observan blusas bordadas sobre telas compradas de manta o popelina, pues hoy en día nadie hila y el telar de cintura es usado por un número cada vez más reducido de artesanas, cuyos productos son tan caros que no pueden ser pagados por las lugareñas, por lo que son vendidos a los otomíes de San Pablito, pueblo vecino, que tienen mayor capacidad de compra.

Cabe señalar las modificaciones introducidas en el tipo de prendas confeccionadas o en las técnicas para bordado a partir de la introducción en los últimos tiempos de máquinas de coser para facilitar y agilizar la labor. Por cuanto se refiere a su venta, se distinguen tres posibles mercados. El primero o inmediato se encuentra saturado, pues casi en todas las casas se realiza esta tarea y la población joven ya no usa atuendo típico. Así, se ven obligados a buscar sitios cada vez más lejanos para venderlas. El siguiente involucra la cabecera municipal, Pahuatlán, pero su población mestiza utiliza de manera excepcional las prendas autóctonas. Allí aceptan las servilletas bordadas de uso más extendido, generalmente para envolver tortillas. Aún así, este mercado con frecuencia está saturado. En este ámbito las mismas productoras realizan la venta. Como las mujeres llevan a cabo el comercio de las prendas, esto se refleja en la conducta femenina general, pues a diferencia de otras comunidades, las de Atla son extrovertidas y resulta contrastante con el extendido mutismo de la mujer indígena.

La exploración de un círculo económico más alejado de la cabecera municipal corresponde usualmente a los hombres, quienes optan con mayor frecuencia por la Ciudad de México. Lo anterior es válido tanto si llevan productos elaborados por sus mujeres como si sólo salen a vender su fuerza de trabajo. Sin embargo, también algunas mujeres emprenden la venta fuera del terruño.

En ambos casos el resultado es similar para la estructura comunitaria, pues las mujeres se quedan en el poblado a la espera de sus maridos. Estos, a lo largo del año, completan múltiples

migraciones, pues los ciclos se cierran cada dos, tres o cuatro semanas. La migración hacia los Estado Unidos de Norteamérica lleva más tiempo, pues la estancia suele abarcar un año o más. Quizás estos fenómenos expliquen el alto porcentaje de hogares encabezados por mujeres que de acuerdo al censo realizado es de 44.8%.

Otro aspecto que vale la pena resaltar por la importancia económica que se percibe al platicar con los habitantes de Atla es el de los apoyos gubernamentales, en particular el del programa Oportunidades. La mayoría de las mujeres casadas reciben apoyo económico de este programa, y aparentemente el monto varía dependiendo del número de hijos con los que se cuenta y si permanecen estudiando. El monto económico recibido por este programa parece ser muy importante para la economía de las familias y de la misma localidad.

De acuerdo a información oral proporcionada por algunos habitantes, en el pasado esta comunidad era conducida por un consejo de ancianos varones, siendo hasta ahora incomprensibles los motivos del cambio. No obstante, después de la caída de este órgano político tradicional, puede vislumbrarse que la comunidad transita por una época donde se reacomodan contingencias y fuerzas actuantes. En este contexto, el predominio masculino parece ser sustituido por el femenino, tanto en el ámbito económico como en el ejercicio político, aunque en la formalidad los puestos (presidente auxiliar, secretario y juez) siguen siendo ocupados por hombres. Aunque el hombre tiene a su cargo las labores agrarias y las mujeres ayudan en la cosecha, en muchos casos, el control del producto parece estar en manos de ellas. Así, Atla parece, a primera vista, que tiende a ser una sociedad matricentral o matrifocal.

Características de la población de 50 años o más

En este apartado se expondrán algunas características de las personas de 50 años o más residentes en Atla obtenidas a partir del censo realizado en abril del 2006 y que se resumen en los cuadros 38 y 39. Los datos recolectados ubicaron un total de 196 individuos de este grupo de edad, de los cuales 43.9% son hombres y 56.1% mujeres. Al entrar en contacto con la comunidad la primera característica que llama la atención es la lengua que se habla. Todos los sujetos encuestados contestaron que hablaban la lengua originaria, el náhuatl. Además de esta lengua, el 90.9% de los hombres dijeron que hablaban también el español o castilla como ellos lo reconocen; este porcentaje aunque alto, es sólo de 61.2% en mujeres, lo cual podría ser explicado en parte por la tradicional migración masculina temporal hacia la Ciudad de México.

Cuadro 38
Algunas características de los hombres de 50 años o más de Atla

Variable	Categoría	%	n
¿Habla Español?		90.9	80
	0	44.3	39
	1	5.7	5
	2	19.3	17
Años de escolaridad	3	17.0	15
	4	3.4	3
	5	1.1	1
	6	9.1	8
	Campo (jornalero)	41.0	48
	Campo (tierra propia)	38.5	45
	Albañil	7.7	9
	Comerciante	3.4	4
Ocupación	Cargante o diablero	3.4	4
	Artesanía (bordado)	1.7	2
	Empleado	1.7	2
	Apicultor	1.7	2
	Sin ocupación	0.9	1
	Trabajo	93.2	82
Recibe Ingresos por:	Programa Oportunidades	2.3	2
	Ayuda de familiares	6.8	6
¿Está enfermo?		52.3	46
¿Toma medicamentos?		27.3	24
¿Se ha caído últimamente?		34.1	30
¿Necesita que alguien lo cuide?		9.1	8
¿Se siente triste?		39.8	35
	Dolor cabeza	15.2	7
	Tos	13.0	6
	Dolor cintura	10.9	5
	Vista	10.9	5
	Dolor espalda	4.3	2
	Diabetes	4.3	2
Enfermedad actual	Hongo en la piel	4.3	2
	Dolores rodilla	4.3	2
	Alcoholismo	4.3	2
	Hernia	4.3	2
	Estómago afectado	4.3	2
	Tuberculosis	2.2	1
	Asma	2.2	1

Gastritis	2.2	1
Hemorroides	2.2	1
Anemia	2.2	1
Reuma	2.2	1
Sin visión	2.2	1
Dolores por golpes	2.2	1
Sufrió una caída	2.2	1

Fuente: Elaboración propia con datos del censo aplicado por el autor en abril del 2006

Cuadro 39
Algunas características de las mujeres de 50 años o más de Atla

Variable	Categoría	%	n
¿Habla Español?		61.2	79
	0	73.6	95
	1	1.6	2
Años de escolaridad	2	8.5	11
	3	7.0	9
	4	0.8	1
	5	1.6	2
	6	7.0	9
	Ocupación	Artesanía (bordado)	47.6
Hogar		36.7	77
Campo (tierra propia)		9.0	19
Campo (jornalero)		2.9	6
Sin ocupación		1.4	3
Ayudante en casa		1.0	2
Partera		1.0	2
Comerciante		0.5	1
Ingresos por:	Trabajo	82.2	106
	Programa oportunidades	76.7	99
	Ayuda de familiares	17.1	22
¿Está enfermo?		55.0	71
¿Toma medicamentos?		30.2	39
¿Se ha caído últimamente?		31.8	41
¿Necesita que alguien lo cuide?		15.5	20
¿Se siente triste?		58.9	76
Enfermedad actual	Dolor cintura	16.9	15
	Vista	13.0	13
	Dolor espalda	11.7	10
	Dolor cabeza	10.4	9
	Tos	6.5	8
	Dolores rodilla	6.5	5
	Diabetes	5.2	5
	Corazón	3.9	4
	Estómago afectado	3.9	3
	Golpes, maltrato	2.6	3
	Cáncer	2.6	2
	Calentura	2.6	2
	Tuberculosis	1.3	2
Asma	1.3	1	

Herpes	1.3	1
Presión arterial	1.3	1
Muda	1.3	1
Vesícula	1.3	1
Dolor de hombro	1.3	1
Sin visión	1.3	1
Vómito	1.3	1
Dientes	1.3	1

Fuente: Elaboración propia con datos del censo aplicado por el autor en abril del 2006

Entender y hablar español es importante debido a que puede dar acceso a información que podría mejorar las condiciones de vida y salud de los individuos. En tiempos recientes hay un proceso de crecimiento de aparatos de televisión (se cobran \$60 al mes por tener acceso vía cable a cuatro canales que transmiten desde la Ciudad de México) y radio (se pueden captar estaciones de Tulancingo, Jalapa y en ciertas horas de la Ciudad de México entre otras) en la comunidad.

En los meses recientes (principios de 2006) la compañía Telmex ha implementado una campaña de introducción de aparatos que no son de renta mensual sino de tarjeta (multifon) en las viviendas, aspecto que ha sido bien recibido principalmente por los que tienen familiares emigrantes en Estados Unidos, quienes así se comunican desde ese país con sus familiares.

Los datos de escolaridad reportan que el 44.3% de los hombres no tuvo la oportunidad de acudir a la escuela; la cifra en mujeres es de 73.6% y sólo el 9.1% de hombres y 7% de mujeres concluyeron los seis años de primaria. De acuerdo a información oral proporcionada por la gente de mayor edad, en Atla no había escuelas en las décadas de 1930 y 1940 (y probablemente antes tampoco) y después en las décadas de 1950 y 1960 sólo se impartían dos o tres años de primaria, lo que se refleja en los porcentajes de estos niveles de escolaridad. Aunado a esta limitación estructural del sistema educativo, los datos, y dichos de algunas personas, indican un sesgo de género por parte de los padres que discriminaban a las mujeres no mandándolas a la escuela.

Tocante a la actividad u ocupación realizada por los individuos de edad mayor de Atla, los datos indican que cerca del 80% trabaja en el campo, pero mientras el 38.5% mencionó que se trataba en sus propias tierras, el 38.5% mencionó que era de jornal, es decir en tierras ajenas. Cabe aclarar que estas categorías no son excluyentes, varios de los encuestados respondieron que realizaban las dos actividades.

La tercera ocupación en importancia es la de albañil, labor que realizan generalmente en la cabecera municipal o en otro poblado vecino como San Pablito o Xolotla, aunque ahora con el

incremento de emigrantes al “norte” (Estados Unidos) se puede apreciar en Atla cada vez más construcciones ya acabadas o en proceso con gente trabajando ahí.

En contraste, la principal ocupación de las mujeres es la artesanía, el porcentaje de 47.6% quizás no refleja lo que realmente se observa, ya que, en casi la totalidad de las viviendas se pueden encontrar a cualquier hora del día mujeres de cualquier edad, en particular las mayores, bordando; algunas mencionan que ya no pueden hacerlo por problemas de la vista, pero son las menos. El segundo porcentaje de actividad, que al igual que en hombres no son excluyentes, es el de las labores del hogar; puede observarse que los siguientes porcentajes corresponden al trabajo en el campo lo cual ratifica lo que se había comentado párrafos atrás en el sentido del papel esencial que juegan las mujeres en el aspecto económico y de producción en la comunidad aún en edades avanzadas. Los casos de hombres y mujeres sin ocupación corresponden a personas con impedimentos físicos muy importantes, lo cual confirma que en este tipo de población, ante la ausencia de jubilaciones y pensiones se trabaja prácticamente hasta la muerte.

La información del censo del año 2000 mostraba que, más del 75% de los individuos de 18 años o más percibe ingresos que no superan el monto de un salario mínimo. Las fuentes de ingresos principales corresponden al trabajo que realizan, 93.2% y 82.2% en hombres y mujeres respectivamente, recordando que en hombres es el trabajo en el campo el principal y en mujeres la artesanía textil que realizan y venden. Más de tres cuartas partes de las mujeres mayores argumentaron que recibían apoyo del programa gubernamental Oportunidades, cifra que es sólo del 2.3% de los hombres. Cabe mencionar que aunque este programa es para apoyo familiar y está muy ligado a que los hijos sigan estudiando, al otórgaselo a las mujeres se percibe cierto empoderamiento, por ser ellas la de los ingresos, que en no pocos hogares pasa a ser el principal.

Debido a las condiciones sociales o familiares en que se desenvuelven algunas mujeres de mayor edad las obliga a hacerse cargo de sus nietos ante la ausencia de su hija o de su nuera, bien porque migró o bien porque falleció. En el recorrido realizado para la recopilación de la información encontramos viviendas muy humildes donde sólo existe la abuela porque el esposo ya murió y dos o más nietos. Es todavía más sorprendente la subsistencia de estas familias debido a que esta relación de parentesco parece no ser reconocida por las autoridades de la Secretaría de Desarrollo Social para que las mujeres reciban apoyo del programa Oportunidades, lo cual obliga que muchas de ellas dependan de su trabajo artesanal y, en no pocas ocasiones, algunas realicen trabajo en la milpa.

Respecto a la ayuda económica de familiares ésta se otorga en mayor proporción a las mujeres mayores que a los hombres, aunque de manera no tan extensa como podría esperarse, situación que muchas de las encuestadas justificaban respecto de sus hijos debido a que ellos tenían familia y ganaban muy poco, por lo que con apuros tenían para sostenerla.

Más de la mitad de los encuestados, de ambos sexos, revelaron que estaban o recién habían estado enfermos. Debido a que la mayor parte del año el clima es nublado y lluvioso, excepto en los meses de Marzo, Abril, Mayo, que son tiempos de calor, las principales enfermedades que había padecido la población masculina de 50 años o más son dolores de cabeza y enfermedades de las vías respiratorias, seguidas muy de cerca por dolores de cintura, explicadas por el rudo trabajo que realizan y los problemas de vista que puede estar muy asociado a las condiciones del hogar ya que la cocina se realiza en el mismo cuarto donde duermen y la mayor parte utiliza leña. Vale la pena consignar que en los días que asistimos a la comunidad pudimos constatar cambios un tanto bruscos de la temperatura siendo muy baja por la mañana, caluroso al mediodía y de nuevo frío por la tarde y noche; sin embargo los pobladores en general y los adultos mayores en particular usan el mismo tipo de ropa en forma permanente, que es la adecuada para el momento de calor del día, lo cual podría explicar el alto índice de enfermedades respiratorias que se registraron en los datos.

Los porcentajes muestran que las mujeres padecen enfermedades que son consecuencia de las labores diarias que realizan sin interrupción y que tienen que ver con la elaboración y confección de textiles artesanales ya descritos; estas enfermedades son: dolores de cintura, espalda, rodilla cabeza, así como problemas de la vista. En el contexto del nuevo patrón epidemiológico de las personas de edad mayor se observa que 5.2% de las mujeres y 4.3% de los hombres declararon que padecen diabetes *mellitus* tipo II, así como 2.6% de las mujeres con cáncer. Es importante resaltar que la clínica de la localidad no cuenta con personal médico especializado para atender este tipo de enfermedades.

Relacionado con el proceso salud-enfermedad, las cifras de nuestro censo indican que sólo 27.3% de los hombres y 30.2% de las mujeres afirmaron que tomaban medicamentos permanentemente; varios argumentaron que aunque el médico del centro de salud les decía que necesitaban tomar algún medicamento, no podían hacerlo debido a que el centro de salud no se los proporcionaba y ellos no tenían dinero para comprarlo. Algunos comentaban que no tomaban

medicamentos pero sí algunas yerbas que ellos conocían que eran adecuadas para tratar algunas enfermedades.

La pregunta de que si habían sufrido alguna caída en tiempos recientes fue respondida positivamente por 34.1% de las mujeres y 31.8% de los hombres, sin embargo estas cifras deben tomarse con cautela debido a que la pregunta que estaba encaminada a ligar las caídas producto de las enfermedades propias de la edad, se respondía afirmativamente debido a que es muy común caerse ante el accidentado terreno donde se asienta Atla. En cuanto a la pregunta de si necesitaban de cuidados ante las enfermedades o la edad, en un porcentaje mayor (17.1%) las mujeres contestaron afirmativamente respecto a los hombres (9.1%).

Tocante al estado de ánimo averiguado por medio de la pregunta si se sentía triste, los porcentajes indican que 39.8% de los hombres tenían este sentimiento, cifra que es de 58.9% en mujeres. Nos percatamos que el estado anímico de los mayores se relaciona en la mayoría de los casos con su estado de salud (algunos contestaban sí, estoy enfermo), en menor medida con la muerte reciente de algún familiar (en particular el esposo o esposa e hijos), por la soledad en la que viven algunos de ellos, o bien por la angustia ocasionada por la emigración de sus hijos debido a que muchas ocasiones no vuelven a saber de ellos.

La vejez en Atla a partir de testimonios de personas de edad mayor

Con base al censo inicial aplicado en la comunidad y considerando los ejes de análisis del trabajo de investigación, se intentó seleccionar individuos con los criterios de sexo, edad, estado de salud, si vivían solos o no y si recibían ayudas de sus familiares o no. Algunas personas que habían sido seleccionadas se negaron a ser entrevistadas y otras no fue posible localizarlas, por lo cual se sustituyeron intentando que se cumplieran los perfiles originalmente planeados. Con el fin de lograr una mejor aceptación y confianza entre la población de Atla, la mayor parte de las entrevistas se realizaron en conjunto con mi compañera, teniendo una duración entre 35 y 120 minutos. En su mayoría las entrevistas se realizaron en español a pesar de que la lengua materna de los habitantes de Atla es el Náhuatl; en algunos casos los familiares que siempre estaban atentos a la entrevista sirvieron de intérpretes-traductores.

El análisis de la información producto de las entrevistas esta complementada con observaciones realizadas durante las visitas a la comunidad y que fueron registradas como notas en un diario de campo. Originalmente se planteaba aplicar la técnica de observación participante, sin embargo dado que esta metodología implica período de trabajo de campo largo y continuo y

debido a que nuestros recursos económicos y de tiempo eran limitados, sólo estuvimos en Atla en tres ocasiones con un tiempo total máximo de una semana cada vez dando un lapso total de tres semanas aproximadamente en forma discontinua, las observaciones a las que se aluden son las realizadas de manera simultánea al levantamiento de información censal y de la realización de las entrevistas.

La muestra de estudio se compone de quince individuos, ocho mujeres y siete hombres, con edades que oscilan entre los 50 y 89 años (cuadro 40). Siete de las mujeres y dos hombres no saben leer y escribir y ninguno de los entrevistados tiene la primaria completa. Ocho de los entrevistados (cuatro mujeres y cuatro hombres) se encuentra en unión conyugal, en tanto tres hombres y dos mujeres son viudos y viudas respectivamente. Además de la labores del hogar, la mayoría de las mujeres entrevistadas participan en la economía de sus hogares mediante la elaboración de artesanías, en tanto casi la totalidad de hombres mencionaron que trabajan en aspectos relacionados con el campo. El entorno familiar en las que habitan las personas entrevistadas es diverso; algunos viven solos, otros con sus hijos y esposos, otros además de sus yernos o nueras con sus nietos indicando que el fenómeno de la migración es un aspecto que se encuentra latente en la vida cotidiana de los adultos mayores de Atla.

Para la realización de las entrevistas, previamente se elaboró un guión (anexo 3) que contenía preguntas sobre los aspectos de salud, ayudas recibidas y ayudas proporcionadas que son los tres ejes temáticos de interés de la tesis. Además se incluyeron apartados que permitieran identificar el contexto en donde se desarrolla la vida cotidiana de las personas de edad mayor en Atla, como son aspectos de su entorno familiar, su trabajo, su escolaridad, las condiciones de su vivienda y el rol de la experiencia migratoria propia o de sus familiares cercanos. Las entrevistas fueron grabadas digitalmente y transcritas en su totalidad para su posterior análisis. En el cuadro 41 se presenta a manera de resumen argumentos expresados por los entrevistados sobre las temáticas centrales del trabajo de investigación: estado de salud, ayudas recibidas y ayudas otorgadas. En los siguientes apartados se presenta el análisis de algunos testimonios.

Cuadro 40. Características de las personas entrevistadas

Nombre	Edad	Escolaridad	Situación conyugal	Ocupación	Número de hijos	Personas con las que vive
Julia	50	No sabe leer y escribir	Viuda de primera unión, separada de segunda unión	Labores de hogar, artesanía (bordado) y venta en el D.F.	6	3 (mamá, hijo adolescente y nieta)
Emigdia	52	Tercero de primaria	Casada	Campo, labores de hogar y artesanía	7	4 (esposo y dos hijos adolescentes)
Dominga	60	No sabe leer y escribir	Casada	Labores de hogar, artesanía (bordado) y venta en el D.F.	10 (6 vivos)	3 (Esposo, hijo y nuera)
María	60	No sabe leer y escribir	Separada	Labores de hogar, artesanía (bordado)	5	Vive sola
Hilaria	65	No sabe leer y escribir	Casada	Labores de hogar, artesanía (bordado)	6	2 (Esposo y nieto)
Josefa	70	No sabe leer y escribir	Viuda	Labores de hogar, artesanía (bordado)	5	1 (nieta)
Rosario	77	No sabe leer y escribir	Casada	Labores de hogar	5	5 (nietas, yerno, esposo)
Evarista	77	No sabe leer y escribir	Viuda	Labores de hogar	0	Vive sola
Francisco	51	Tercero de primaria	Casado	Campo, labores de hogar	3	2 (esposa e hijas enfermas)
Lucas	59	Segundo de primaria	Casado	Campo, artesanía (cose bordado en ropa)	8 (4 vivos)	3 (esposa y dos hijos varones)
Leonel	67	Primero de primaria	Casado	Campo	3	3 (esposa, hijo y madre)
Eladio	69	No sabe leer y escribir	Casado	Campo	12	1 (esposa) y ocasionalmente hija
José	76	No sabe leer y escribir	Viudo	No trabaja (recibe ayuda de sus hijas, tiene problemas de alcoholismo)	6	Vive solo
Álvaro	76	Sabe leer y escribir	Viudo	Carpintería	4	Vive solo (en terrenos colindantes viven sus hijos casados)
Eugenio	89	Sabe leer y escribir	Viudo	Campo	5	5 (Vive con hijo casado y nietos)

Cuadro 41. Percepciones sobre estado de salud, ayudas recibidas y otorgadas de las personas entrevistadas (continúa...)

Nombre	Sexo	Edad	Situación en su hogar	Estado de salud	Ayudas recibidas	Ayudas otorgadas
Julia	F	50	Vive con su mamá, un hijo adolescente y una nieta que ella registró como su hija, dice que su marido la dejó y vive en México.	Dice que se siente como abierta en la cintura por lo que necesita usar una faja, que tiene hinchada una rodilla. Dice que sus males son producto de un accidente que sufrió cuando era pequeña, se cayó cuando fue a recoger leña.	Cuando ella está mala, su mamá y sus hijos se encargan de la comida y otros quehaceres cotidianos. Comparte gastos de servicios como luz y agua con un hijo casado que vive en el mismo terreno. Se queja de el hijo mayor que no le ayuda y le dejó la nieta que tiene a su cargo. Recibe apoyo de oportunidades.	Ella le da ayuda a su hijo casado, le da parte de la mazorca que cosecha. Nunca ha vivido aparte de su mamá y ahora ella es la que presta su atención. Cuando un nieto enferma ella aplica sus conocimientos y remedios tradicionales para curarlos. Y en ocasiones da dinero de sus costuras para que los lleven al médico.
Emigdia	F	52	Vive con su esposo y una hija menor de 9 años y un hijo que estudia bachillerato. Tiene una hija en Xolotla que la visita cada semana.	Tiene dolores de espalda y cintura, siente que le arden los pies. Antes tuvo dolores de cintura y de hombro producto de trabajo rudo por cargar piedras pesadas en la construcción de la casa. Toma pastilla para el dolor, aunque para lo del hombro dice que recurrió a una persona de Pahuatlán para que le sobara. Dice sentir resequedad en la boca, lo que pueden ser síntomas de diabetes.	Menciona que cuando esta enferma sólo su nieta de 9 años le ayuda con los quehaceres. Otra persona que le ayuda ocasionalmente es su hermana de Xolotla. Una vecina también le proporciona ayuda en los quehaceres cotidianos cuando ella esta enferma. Un hijo que trabaja en Estados Unidos le manda a veces alguna ayuda económica aunque argumenta que es para comprar cosas para el nieto. Dice que su hija casada que vive en el pueblo y su yerno le traían algo de maíz y frijol cuando ella estaba enferma. Recibe apoyo del programa oportunidades.	Ella ayuda a sus hijas casadas en caso de que enfermen, cuidando a sus nietos o en otros quehaceres. Instrumenta las compras de objetos que necesita el nieto con el dinero que le manda su hijo de EU, el papá del niño. Dice apoyar a una vecina a la que todo mundo ve mal por profesar una religión diferente a la católica. Argumenta que ella estuvo al cuidado y ayudaba a su mamá hasta su muerte, en la enfermedad previa.

Cuadro 41. Percepciones sobre estado de salud, ayudas recibidas y otorgadas de las personas entrevistadas (continúa...)

Nombre	Sexo	Edad	Situación en su hogar	Estado de salud	Ayudas recibidas	Ayudas otorgadas
Dominga	F	60	Vive con su esposo y una hija, quien se va a ir próximamente a vivir con su esposo y una nuera, esposa de hijo emigrante.	Tiene dolores de cabeza y cintura, le impiden seguir trabajando en el campo. Alguna vez la pusieron a dieta, no sabe que enfermedad le detectaron, sentía la boca amarga, probablemente diabetes. Presenta dolores y ardores en la planta de los pies. Los problemas de salud no le han impedido realizar las actividades cotidianas, si se quita lo del trabajo en el campo. Una ocasión perdió un poco la vista, con síntomas de boca amarga por lo que su nuera la llevó con un médico naturista en México.	Dice no recibir ayudas ante la enfermedad, pero sí habla de ayudas de uno de sus hijos, se queja de que su esposo es poco solidario con ella y que es uno de los hijos el que la lleva al doctor. La única persona que le ayuda en los quehaceres de la casa es su hija de 20 años, la cual está por irse a vivir con el esposo (recién se casaron). Dice que ocasionalmente sus hijos emigrantes le mandan algo de dinero. Recibe apoyo del programa oportunidades. El pago de luz lo realiza en ocasiones su hija y en otras la nuera.	Ella hace la comida para la nuera y el nieto. Cuida a sus nietos cuando es necesario, el hijo de su hija y el hijo de su nuera. Da consejos a las hijas o nueras cuando los hijos se enferman. Ayuda a su mamá lavando la ropa cuando ella lo requiera.
Maria	F	60	Vive sola.	Padece falta de apetito, dolores de espalda y cintura. A veces los dolores le impiden hacer sus actividades de costura. No tiene problemas para hacer sus actividades cotidianas.	Su hija la suele acompañar al doctor. Un nieto la acompaña a menudo. Un hijo le da ayuda en especie, frijol, maíz, etc. Recibe ayudas monetarias de parte de otra hija que vive en México. Recibe apoyo de oportunidades.	Ella cuida a los nietos.

Cuadro 41. Percepciones sobre estado de salud, ayudas recibidas y otorgadas de las personas entrevistadas (continúa...)

Nombre	Sexo	Edad	Situación en su hogar	Estado de salud	Ayudas recibidas	Ayudas otorgadas
Hilaria	F	65	Vive sola con un nieto como de 10 años, al cual ella mantiene, es hijo de su hija que dice no le da dinero. Después informa que vive también su esposo con ella.	Esta enferma de sus rodillas, le duele la cabeza, ya no ve bien, de lo que más se duele es de las rodillas, lo cual le impide trabajar, en su quesquenal. Como sólo habla náhuatl, dice que es difícil comunicarse con el médico del pueblo.	Argumenta no recibir ayuda, aún cuando está enferma, sin embargo la hija que vive en el pueblo es la que la acompaña al doctor. En ocasiones el hijo que vive en el terreno vecino le arrima algo de comer. Recibe ayuda de oportunidades, ella dice que es para comprar medicina	Ella cuida y atiende al nieto de forma permanente y de otros nietos cuando es requerida.
Josefa	F	70	Vive sola con una nieta de cinco años, sus hijos varones viven fuera de la localidad y las mujeres en otro lado del pueblo.	Menciona que a menudo está enferma, de calentura, tos, catarro, resfrío, dolores de cabeza, siente que le duele el corazón, aunque argumenta que es debido a problemas que le platican sus hijos que tiene, las penas que le dan sus hijos.	La casa donde vive es de un hijo de ella, se la presta para vivir. Menciona que un hijo le da ayuda económica ocasionalmente y que cuando enferma él y otra hija ven por ella. Tiene relaciones amistosas con una vecina que le ofrece de comer y está al tanto de ella. Recibe apoyo del programa oportunidades.	Dice que cuando alguna de sus hijas enferma ella va a ayudarle a hacer el quehacer y comida a su casa, y que en ocasiones les da tortillas o un refresco.

Cuadro 41. Percepciones sobre estado de salud, ayudas recibidas y otorgadas de las personas entrevistadas (continúa...)

Nombre	Sexo	Edad	Situación en su hogar	Estado de salud	Ayudas recibidas	Ayudas otorgadas
Rosario	F	77	Vive con su esposo y tres nietos. Su hija murió, por lo que también vive ahí su yerno.	Menciona que le duele el corazón desde que murió una de sus hijas, que era mamá de tres niños, nietos de Rosario y que ella atiende ahora. La hija murió de anemia. Debido a esta situación, argumenta que ya no puede trabajar. Dice que tiene dolores de pies. Se toma un medicamento tradicional que ella conoce denominado: “hierba de golpe”.	Argumenta no recibir ayuda económica de sus hijos que viven en México. Su yerno ayuda a cuidar a los nietos cuando es necesario. Recibe apoyo del programa oportunidades.	Ella cuida de sus nietos ante la muerte de la madre.
Evarista	F	77	Vive sola, tiene diez años que es viuda, no tuvo hijos.	Va al doctor debido a mareos y dolor de cabeza y estómago que atribuye a corajes que pasa con unos sobrinos que quieren que les reparta las tierras que posee. Además de las medicinas toma té de manzanilla, de árnica, etc. hierbas.	Recibe ayuda de algunas sobrinas cuando está enferma. Las veces que se realizaron las visitas siempre estaba acompañada de al menos una niña, vecina de ella. Comenta que antes recibía apoyo del programa oportunidades, pero de pronto dejó de aparecer en las listas no sabe por qué.	No dice nada sobre ayudas proporcionadas.

Cuadro 41. Percepciones sobre estado de salud, ayudas recibidas y otorgadas de las personas entrevistadas (continúa...)

Nombre	Sexo	Edad	Situación en su hogar	Estado de salud	Ayudas recibidas	Ayudas otorgadas
Francisco	M	51	Vive con su esposa e hija, ambas tienen enfermedades graves, la esposa no sabe exactamente que tiene, pero está postrada en cama, la hija padece epilepsia al parecer en estado avanzado, sin control por la falta de medicamentos. Ante esta situación, el hombre es quien se dedica a los quehaceres del hogar, además del trabajo en el campo (jornalero), alguna vez fue emigrante a la Ciudad de México donde trabajó de taquero, dejando ese trabajo por las enfermedades de su mujer e hija.	Dice sentirse bien de salud salvo que tiene algún problema de vista, por lo que usa anteojos, que por lo que cuenta no está acostumbrado a utilizarlos.	Al principio argumenta no recibir apoyo de nadie, salvo un hermano que de vez en cuando pasa a preguntarle cómo está y a darle ánimos. Sin embargo dice que recibe apoyo de un templo evangélico que de vez en vez recibe una despensa y algún otro apoyo moral. También habla de un amigo que alguna vez estaba mal de salud y al que él ayudó hace tiempo en Tulancingo y que ahora ya está bien y de vez en cuando lo visita para ayudarlo, para echarle la mano. Su esposa recibe apoyo económico del programa Oportunidades.	Dice que antes dio ayuda, que él veía a unos sobrinos a quienes ayudó a “crecer”. Cuando su madre vivía él y su esposa la atendían, le daban de comer, le lavaban la ropa, a su vez su madre le daba ayuda en trabajos de cocina y cuidados de su hija enferma.
Lucas	M	59	Vive con esposa y dos hijos menores, otro hijo mayor vive en el mismo terreno con su esposa y al parecer la relación no es cordial, otro de sus hijos es emigrante a Estados Unidos.	No está enfermo, aunque menciona que hace algún tiempo sufrió una torcedura que le impidió trabajar. Cada mes acude a revisión con el médico del centro de salud del pueblo.	Su esposa lo acompaña al doctor y a todos los trámites que necesita realizar. Sólo en caso de enfermedad de su esposa, la suegra acude a ayudar. Recibía antes apoyos de oportunidades ahora ya no. Su hijo emigrante les manda dinero de vez en vez, lo invierten en la construcción de su casa.	Dice que a veces le dan regalos a los nietos, alguna ropa, etc. Su papá vive en una casa vecina, sin embargo no le proporciona ayuda económica, pero a veces le da de comer. Varios familiares, sus hijos y nietos le piden consejos.

Cuadro 41. Percepciones sobre estado de salud, ayudas recibidas y otorgadas de las personas entrevistadas (continúa...)

Nombre	Sexo	Edad	Situación en su hogar	Estado de salud	Ayudas recibidas	Ayudas otorgadas
Leonel	M	67	Vive con su esposa, su mamá tiene su vivienda en el mismo terreno, pero ella vive aparte, dice que uno de sus hijos también vive con ellos pero es emigrante a la Ciudad de México. Aunque otro hijo casado vive en otra vivienda ya no cuenta con él.	Dice que sufrió una caída importante en el campo cuando era joven que hizo que se trasladara fuera de la comunidad, se fue a Xolotla. En el momento de la entrevista estaba enfermo de diarrea, por unos quelites que comió el día anterior.	Su esposa lo acompaña a ir al doctor y probablemente a realizar otras actividades. Justifica que sus hijos no le den ayuda porque ellos tienen obligaciones también. Su esposa recibe apoyo de oportunidades, pero dice que a él se los niegan por diferencias políticas.	Acompaña a su esposa al médico cuando es necesario, sus hijos le piden consejo sobre cosas o problemas a resolver y a veces proporciona ayuda instrumental, acompañamiento, cuando alguno de sus hijos o nietos enferma.
Eladio	M	69	Vive solo con su esposa, en el terreno de su vivienda dice que viven dos de sus hijos varones y que una hija viene de la Ciudad de México a vivir ocasionalmente, según él viene a tener sus hijos a su casa, al momento de la entrevista esa es la situación, la hija acaba hace unos cuantos días de dar a luz a un niño. Menciona que tuvo doce hijos, cinco hombres y siete mujeres, aunque dice que todos están aparte. Uno de sus hijos vive en México y otros dos migraron a EU. Dice haber tenido problemas familiares hace algunos años debido a que era alcohólico, recurrió a grupos de AA.	Dice no tener problemas de salud y que cuando llega a enfermar él se cura solo, se unta alcohol o pomadas, o toma yerbas, habla de resequedad en su boca. Después de mucho insistir menciona ciertos dolores en la cintura que le dan con el frío que atribuye a un baño que tomó de agua fría, y dice que en su momento esa enfermedad lo adelgazó.	Recibe ayuda económica ocasional de sus hijos, se queja de que es poco. Aspira a que cuando cumpla 70 años el gobierno le de una ayuda económica dentro de los programas de apoyo. Le da un significado negativo a las ayudas que recibe la gente de menor edad del gobierno porque la gente ya no quiere trabajar en el campo, sin embargo considera que es conveniente la ayuda que se le proporciona a las personas de edad mayor.	Se queja de la relación con sus hijos, que le reclaman por no haber tenido muchas propiedades para poderles heredar. Dice que ayuda a sus hijos proporcionándoles su vivienda cuando la necesitan y les da de comer y a sus hermanos también les da ayuda en especie (elotes, frijol, etc.)

Cuadro 41. Percepciones sobre estado de salud, ayudas recibidas y otorgadas de las personas entrevistadas (continúa...)

Nombre	Sexo	Edad	Situación en su hogar	Estado de salud	Ayudas recibidas	Ayudas otorgadas
José	M	76	Vive solo, es viudo, aunque es asistido por una de sus hijas que vive en el pueblo, platica que le mataron a tres de sus hijos, tiene problemas de alcoholismo. Otra hija vive en Pachuca.	Dice que siempre está enfermo de una bola en la boca del estomago, puede ser una inflamación del hígado o del riñón, tiene síntomas de posible cáncer de próstata. El médico le recomendó que no tomara ya alcohol (tiene problemas de alcoholismo). También tiene problemas de artritis y al momento de la entrevista tiene una torcedura en un pie producto de una caída.	Además de la ayuda que le brinda su hija, recibe ayuda de una nuera (comida).	No proporciona ayuda a nadie.
Álvaro	M	76	Vive en una casa solo, pero en un terreno donde se ubican las viviendas de dos hijos varones que están casados y con hijos.	Está enfermo, tiene reumas tanto en los pies como en las manos, no lo deja hacer las actividades cotidianas, la medicina que le da el médico del pueblo no le funciona, el quisiera recurrir a especialistas pero no cuenta con los recursos económicos.	Sus hijos le ayudan con gastos como la luz, sin embargo menciona que no recibe ayuda a sus quehaceres debido a su enfermedad. No tiene apoyo de oportunidades, pero está buscando realizar los trámites con la idea de contar con ello.	Manifiesta que no proporciona ayuda alguna a sus familiares.

Cuadro 41. Percepciones sobre estado de salud, ayudas recibidas y otorgadas de las personas entrevistadas (continúa...)

Nombre	Sexo	Edad	Situación en su hogar	Estado de salud	Ayudas recibidas	Ayudas otorgadas
Eugenio	M	89	Vive con hijo, nuera y nietos	No tiene enfermedades, reporta que a veces un resfriado sencillo, algún dolor de estómago que se lo cura con hierbabuena y epazote, puede hacer todas sus actividades él solo. Tiene problemas para cargar cosas pesadas pero aún no para caminar grandes distancias.	Hijos le dan comida, ayudan con su ropa, lo cuidan. Recibe apoyo de Oportunidades Una de sus hijas que vive y trabaja en México le da dinero cada vez que llega a visitarlo.	No proporciona ningún tipo de ayudas, no mencionó algo al respecto.

Imágenes de la vejez

Una de las primeras interrogantes planteadas en la tesis es ¿qué es la vejez? La revisión teórica al respecto indica la insuficiencia de considerar sólo la edad cronológica como punto de corte para definir el inicio de la vejez, por lo que es un verdadero mito decir que la vejez o la ancianidad se alcanza a los 65 o a los 60 años y no es más que una imposición reciente desde la óptica occidental relacionada con el momento de la jubilación laboral. Aún más, en muchos casos la edad es una característica que las personas de edad mayor ni siquiera consideran importante o bien la han olvidado, aspecto que es más frecuente en comunidades rurales y/o indígenas cuya calidad de registro de nacimientos deja mucho que desear en la actualidad y sobre todo en tiempos pretéritos.

Interrogando a los individuos de la muestra respecto a esta característica, algunas respuestas evidencian que este dato debe ser tomado con medida, dado que es una característica difícil de recolectar con fiabilidad y precisión entre los adultos mayores indígenas, debido a la recurrente inexistencia de registro civil o eclesiástico de nacimientos, problemas de memoria y otras problemáticas que pueden apreciarse en el caso de Dominga y María, que al realizarles la pregunta ¿Cuántos años tiene usted? dieron respuestas que dan cuenta de las dificultades de su determinación, como a continuación se muestra:

“Llevo yo, 60... yo creo que ya tengo 60, no me acuerdo en que año nací” [Dominga, 60 años]

“60 años...ya no me acuerdo” [María, 60 años]

En varios casos, al realizar este cuestionamiento y dado que en ese momento se contaba con algunos miembros de la familia, se llevaba a cabo un diálogo en la lengua autóctona entre todos los miembros de la familia hasta lograr un acuerdo y entonces decían una edad. Vale la pena comentar que en una etapa previa al trabajo de campo se acudió al registro civil en la cabecera municipal y varias de las actas de nacimiento recientes corresponden a individuos que son de edades superiores a los 50 años, esto es así porque antes no existía necesidad de realizar trámites que involucraran el requisito del documento; sin embargo, en fechas recientes, los programas de apoyos económicos y/o materiales de los gobiernos federal y estatal lo requieren, de ahí la necesidad de que las personas de edad avanzada de los poblados y comunidades del municipio, Atla en particular, estén acudiendo a solicitar el documento, lo cual tampoco garantiza que se tenga esa edad cronológica al no recordar necesariamente su fecha de

nacimiento, se trata por decirlo así de la “edad oficial” que han convenido en su momento con la secretaria encargada del registro civil

La revisión histórica plasmada en el capítulo I ha puesto a la luz que la vejez se relaciona con aspectos que varían de cultura en cultura, y es diferente según el contexto histórico. Asimismo, debe considerarse que la vejez es una característica que debe contemplar otras especificidades individuales como el estado físico, enfermedades e historia personal entre otras (Moragas, 1991:29-30).

En este contexto se consideró interesante conocer cómo es que los individuos de edad mayor en Atla, una sociedad indígena pero actualmente con una alta penetración cultural de costumbres occidentales, denominan, perciben o imaginan a una persona anciana, vieja o de edad mayor. Las respuestas a esta interrogante fueron variadas, hay quienes consideran que la edad cronológica es un factor que determina esta etapa de la vida, como es el caso de José y Eladio:

“Pos cuando está avanzado de edad, se le va notando” [José, 76 años].

“Pos para no decir abuelito, o para no decir viejo se oye mal... Como cuando quieren cualquier vecino, cualquier gente, como usted de media edad, como de 50, 45... Tons para que no se oiga feo, *Tecuhtzintli*²⁰ que significa como un hombre ya de edad... media edad... o vamos a decir un abuelito, *tecxinque*, ya abuelito. *Tlaca* es de media edad... Hay dos tonos; *tehuatzin* y *tlacalxingue* o *tectlinque*... Abuelito [Eladio, 69 años].

Otros de los informantes, curiosamente los de menor edad, llaman viejo o anciano a aquellas personas que han pasado la experiencia de que alguno de sus hijos se ha reproducido biológicamente, es decir con el hecho de que ya han tenido nietos:

“No sé...cuando ya están viejitos... cuando ya tiene nietos, yo ya estoy *tenanato* [abuelita o abuelito lengua náhuatl] ya tengo mis nietos...ya no estoy joven” [Emigdia, 52 años].

“No, pues no sé, como le voy a decir...una persona ya es anciana, solamente cuando tenga nietas, si tiene dos o tres hijas o hijos todavía no...en náhuatl como por ejemplo se dice *Colli*²¹, cuando ya es abuelito” [Francisco, 50 años].

“Pues el mismo tiempo, desde cuando vive, cuando nació, desde cuándo ya hizo cosas, dice el dicho, ya es una persona grande...que tenga nietos” [Lucas, 59 años].

²⁰ De acuerdo al diccionario Náhuatl-Español, *Tecuhtzintli* esta es la palabra para designar *Distinguido señor*. <http://aulex.ohui.net/nah-es/>, diccionario Náhuatl-Español *on line*, compilado por Manuel Rodríguez Villegas.

²¹ De acuerdo al diccionario Náhuatl-Español, *Colli* esta es la palabra que designa *Abuelo*. <http://aulex.ohui.net/nah-es/>, diccionario Náhuatl-Español *on line*, compilado por Manuel Rodríguez Villegas.

Por otra parte, la vejez también se asocia a enfermedad, concepción que es extendida en muchos sectores de nuestra sociedad:

“Pues en mexicano: *Achicahuac*²² una persona que ya no está fuerte, ya está grande, se ve, se nota, cuando ya está grande, como mi mamá y si está enferma le llamamos *Cocoa*²³, en castilla sería viejitos o viejitas” [Julia, 50 años].

Los testimonios de Francisco, Eladio y Julia muestran que existe una diversidad de términos en náhuatl para denominar la vejez, lo que podría indicar que se trata de diferentes términos, unos aplicados a las etapas de la vida correspondientes a edad adulta, edad mayor y vejez, otros a las relaciones de parentesco que se establece entre nietos y abuelos y otros a enfermedades o estado físico de las personas de edad mayor. Respecto a la edad y género de los informantes podemos inferir que los de menor edad tienden a asociar la vejez con el hecho biológico de ser abuelos; lo dicho por los informantes no permite resaltar una diferencia importante salvo en el caso de Julia quien asocia la vejez con enfermedad, lo cual quizás se debe a los cuidados que tienen que brindarle a su madre enferma con la que vive.

Escolaridad

La mayor parte de los entrevistados nacieron entre la tercera y la quinta década (1920-1950) del siglo anterior. Es decir, su vida ha sido paralela a grandes acontecimientos mundiales como las guerras, la bomba de Hiroshima, la llegada a la luna, la crisis económica mundial de 1929, la guerra fría, el surgimiento del SIDA, el desarrollo tecnológico y de comunicaciones, entre otros; en el caso de México, la etapa posrevolucionaria, el cardenismo, la modernización, el estado de bienestar, el neoliberalismo, las constantes crisis económicas, etc. En este contexto, la educación en México ha presentado grandes rezagos, lo que ha dado lugar a una escolaridad desigual. La cantidad y calidad de la educación que se imparte y se recibe dependen de la clase social, del medio rural o urbano, del sexo y también de la cohorte o generación a la que se pertenece y, por tanto, con rasgos propios cuando se trata de las edades avanzadas. La escolaridad es una de las variables que indican las condiciones de desigualdad en que se encuentra la población indígena mexicana. Conviene retomar aquí el dato que indica, de acuerdo a la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CNDPI, 2002), un porcentaje de analfabetas indígenas de 44.5%, cifra que en la población en general es de 10.4%. Las causas de la baja escolaridad de la

²² De acuerdo al diccionario Náhuatl-Español, *Achicahuac* es la palabra que designa una persona frágil o débil. <http://aulex.ohui.net/nah-es/>, diccionario Náhuatl-Español *on line*, compilado por Manuel Rodríguez Villegas.

²³ De acuerdo al diccionario Náhuatl-Español, *Cocoa* es la palabra que designa Enfermar, Lisiarse o Doler. <http://aulex.ohui.net/nah-es/>, diccionario Náhuatl-Español *on line*, compilado por Manuel Rodríguez Villegas.

población rural mexicana y en particular de la indígena son varias, entre ellas se encuentra la localización geográfica de las escuelas, la alta marginación económica, el abandono de políticas públicas adecuadas, la propia situación económica de la población y aspectos culturales propios de cada comunidad o poblado.

Los entrevistados de Atla con sus testimonios dan muestras, sin pretender inferir en general, de la baja o casi nula escolaridad existente en la población indígena mexicana en la época histórica y cultural en que vivieron su niñez y juventud, situación que además se ve traspasada por una cuestión de desventaja para las mujeres, como se puede apreciar en los siguientes testimonios:

“... yo no sé nada de leer... mi papá estaba bien enojón... ya ve, cuando está chiquito uno, lo mandan a la escuela, pero cuando se encuentra uno con los compañeros, se pelea; yo nomás me peleaba con una muchacha y mi papá se enojaba. Mejor salte de la escuela, me decía, ya no te voy a mandar, me dijo mi papá... Ahorita ya se necesita mucho...” [Dominga, 60 años].

“No, no había escuela, bueno si había, pero su [mi] papá no quiere [quiso] presentar [llevarla]”. [María, 60 años].

“Pos este... apenas fui de primaria, apenas salí de tercer grado” [Emigdia, 52 años].

Los testimonios recolectados también dan cuenta de la poca o escasa infraestructura con la que se contaba en el momento en que, las ahora personas de edad mayor eran niños en edad escolar. De esta manera, los dos testimonios siguientes indican la problemática de falta de escuela o de un local adecuado en aquellos años (1920-1930 aproximadamente):

“No había escuela antes, antiguamente no había castilla [lengua española]” [Evarista, 76 años].

“No, [no fue a la escuela] en tal caso poco pero en la nocturna, con un profesor que se llama Quintana, su apellido, pero es profesor [la escuela estaba] ahí en la presidencia, como más antes no había escuela ahí estaba, como no había escuela más, únicamente eso, ahí era en un jacalito, [estudió] muy poquito, como dos años, sabe usted, como me iba a trabajar al campo, nada más poquito, no como los escueleros del día esos más bien historial, yo de noche dos horas cada día, con trabajo firma yo, algo leo, la letra si la leo, pero no escribo” [Eugenio, 89 años].

Otros hombres y mujeres argumentan falta de solvencia económica, y más de uno lamenta la falta de estudios para poder desarrollar otro tipo de actividades, también se puede percibir en los discursos la existencia de programas de educación para adultos, probablemente alguna campaña de alfabetización.

“Yo nada, yo nomás no fui a la escuela...nada, nada; completamente soy ciego...sí, ni modo; no veo, no puedo escribir, ni hablar casi...estoy ya platicando, pero así como cuatreando, pero ahí voy juntando unas cuantas palabras de mis hijos, de mis hermanos...les pregunto, ¿cómo están? únicamente así” [Eladio, 69 años].

“No, no fui, sí, segundo año, a mediados de segundo año [de primaria] rompí, sí, por cuestión de que, por falta de recursos, ya había [escuela], no había cumplido [completa] primaria, llegaban a cuarto y ya” [Lucas, 59 años]

“Yo nomás este...aquí fui seis meses de primaria, entonces me fui después, porque yo de por sí me gustaba la escuela...entonces yo buscaba de otra manera...me enfermé de aquí, entonces me fui a Xolotla [pueblo vecino a media hora, de habla náhuatl] a vivir allá, seis años... Allá tuve que preguntar con otro maestro. Yo de por sí, los maestros, siempre, he tenido amistades con ellos. Y siempre empiezo, lo que me hace falta, tengo que decirle, como ahorita estamos platicando. Yo tengo que buscar la manera de [que] encontrar otro poquito... ¿Por qué? Porque no había con qué puedo yo estudiar. Porque yo me quede solo... Sí, ahí estaba mi papá, pero como se apartaba con mi mamá, tuve que buscar la manera de que siquiera un poquito... Lo que ahorita para estudiar, aunque sea poquito... pero la cosa para, vamos a decir, lo que no encontré estudié, pero nomás en letras, entonces para escribir [es] lo que me falta, puedo leer. Escribir [cuesta trabajo], pero para hacer cuentas, eso sí no me falta...Yo puedo ser como mi mentalidad y puedo ser otra... Vamos a decir, usted maneja calculadora, pero yo también tengo otra; uno que se llama Prontuario...” [Leonel, 67 años].

La falta de infraestructura escolar no parece ser la única explicación de la baja escolaridad de las personas adultas mayores, algunos de los testimonios dan cuenta de que el ingreso a la comunidad de parte de personas ajenas, en este caso los maestros, causó una serie de conflictos que motivaron que en el pasado no se brindará los servicios educativos.

“No, yo soy cerrado de ojo, no sé leer ni nada,..., ya había perdido la escuela, yo ya lo conocí... ya estaba yo como entre cuatro años había escuela con un profesor que hablaba náhuatl... bueno, estaba aquí, pero ya ve usted que la gente que no comprendía le hicieron maldades al profesor... Ya después, pues bueno, el profesor era bueno, porque algunas cosas que aquí antes había, cualquiera tenía que buscar un licenciado para hablar a Pahuatlán. Cualquiera bueno que diga... Y demasíadamente aquí pos no sabían ni hablar nada, únicamente el náhuatl y entonces el profesor era muy bueno, entonces ya lo orienta en cualquiera cosa y ya no tiene que ir a Pahuatlán... Ton's con eso le dieron envidia y lo sacaron... Estaban trabajando con dos hijas aquí, pero no; ya éstos lo sacaron y cerraron la escuela., ya no hubo escuela... Ya después que andaba consiguiendo bueno... Pero ton's ya era grande que diga... Bueno, hay cosas en la vida que algunos que ya algo comprendía... no mucho, pero poco más o menos leer unas cuantas cosas de letras... Ahí van pagando cinco centavos una noche para que nos enseñara algo de letras... Aprendí tantito, pero únicamente para conocer mi metro, cosas de mi trabajo” [Álvaro, 76 años].

Trabajo

En tiempos pasados el trabajo significaba más que la transacción por un salario; el trabajo artesanal y el agrícola suponían una situación vital permanente que proporcionaba cierto status

dentro de una sociedad (Moragas, 1993:156). En este contexto, las personas mayores no eran excluidas súbitamente de la actividad laboral, sino que existía una adecuación que permitía a estos individuos realizar alguna actividad prácticamente hasta su muerte. Esta situación se registra actualmente en la población indígena que vive en el campo, la cual casi nunca deja de trabajar ya sea por una necesidad económica o de subsistencia real, o bien por la necesidad de seguir ocupando cierto status dentro de la sociedad, particularmente en su familia.

Los datos cuantitativos presentados en los capítulos previos muestran que el porcentaje de mujeres que dicen trabajar es menor que el de hombres, lo cual puede deberse a que la ocupación más declarada por parte de las mujeres adultas sean las tareas del hogar, actividad que formalmente no se considera trabajo. Las mujeres de edad avanzada a lo largo de su vida han tenido oportunidades de trabajo menores y vienen de una tradición donde los roles femeninos en gran parte se circunscribían al cuidado del hogar y la crianza de los hijos, pero dentro de los cuales se incluían labores que ahora son industriales, como la elaboración de alimentos y la confección de vestimentas para la familia, aspectos que siguen realizando en comunidades tradicionales indígenas, como es el caso de Atla.

Para algunas visiones de la sociedad moderna occidental lo anterior podría parecer una contradicción, en tanto perciben roles opuestos entre el trabajo y la ancianidad; el trabajo es ubicado con un rol activo o productivo, generador de riqueza, con exigencias físicas, psíquicas y sociales, con ritmos intensos, con cargas y responsabilidades; en tanto la ancianidad es situada en un rol pasivo, no productivo, con poca aptitud física y psíquica, con ritmo vital lento, sin obligaciones y responsabilidades (Moragas, 1993:160-161). Sin embargo, como revelan los entrevistados, las personas de edad mayor en Atla en su mayoría siguen trabajando, como siempre lo han hecho, y lo seguirán haciendo prácticamente hasta el final de la vida. Los trabajos desarrollados por los habitantes de Atla hacen que las labores desarrolladas se caractericen por la informalidad en términos jurídicos, sin posibilidad de optar por una pensión en tanto las leyes mexicanas no reconocen el tiempo trabajado al no haber cotizado ante alguna institución de seguridad social, lo que propicia que ninguno de los entrevistados reciba pensión o jubilación.

Las respuestas a las interrogantes planteadas a las personas mayores de Atla permiten inferir un rol diferente por género, por una parte, las mujeres hacen alusión a la elaboración de sus artesanías, que combinan con las tareas del hogar e incluso con trabajo en el campo,

actividad que algunas han dejado de hacer debido a la edad avanzada como se puede apreciar en los siguientes testimonios:

“Pos siempre yo trabajo de la milpa, yo trabajo con coa y para coser, las tierras son de nosotros. Servilletas o camisas, blusas o vestidos, siempre yo hago, a veces lo vendo a una señora que lo lleva a vender pa’ México, yo no sé dónde salir, algunas personas sí saben para salir a vender vestidos, blusas, servilletas” [Emigdia, 52 años].

“Me levanto como a las siete, pongo cafecito y frijoles con aceite, después me pongo a hacer bordado, servilleta... servilletas para los maíz, las vendo...”[María, 60 años].

“Nomás hago bordados, gano más [dinero] en el tejido [realizado con quesquemel], [que vende en] San Pablito...[desde que era joven] siempre trabajaba, antes de casarme en el quesqueme, desde que era niña” [Hilaria, 65 años].

“Todo el día costura, servilletas, [antes, hace unos cinco años] trabajaba en el campo, en tierras del patrón, [dejó de trabajar en eso porque] ya trabajaba mi hijo y ya me da dinero, ya no pude trabajar porque tenía que cuidar los niños, chiquitos los niños [sus nietos], porque se murió su mamá [hace] como ocho meses, de anemia, tenía 23 años” [Rosario, 77 años].

En la cabecera municipal de Pahuatlán es común observar varias mujeres de Atla vendiendo sus trabajos artesanales como servilletas o blusas entre otros, sin embargo, por lo que nos dijeron Dominga y Josefa la venta se realiza mucho más allá de los límites del municipio aunque encontrando ciertas dificultades:

“ [...voy a la Ciudad de] México, a ofrecer mis costuras [servilletas y blusas], por allá, a Lindavista... donde está la comercial de la Parisina... allá me enseñó una nuera de México, por allá...antes sí lo vendía bien, pero ahorita ya no hay tiempo... ya no quiere comprar la gente” [Dominga, 60 años].

“...[hace] como 15 años ya no trabajar la milpa, puro mejor coser servilletas, coser las blusas para vender en otro lado, a lo primero Tulancingo, otra Huasca, entonces otra, ya para Pachuca; allá vendemos... vender mi servilleta o mi blusa” [Josefa, 70 años].

Llama la atención que cuando se platica con las mujeres de la comunidad sobre si realizan algún trabajo, de entrada lo niegan, a pesar de que es visible que casi siempre están trabajando en la elaboración de artesanía. Probablemente la palabra trabajo la relacionen principalmente con la tierra, el trabajo de agricultura, como se puede apreciar en las siguientes explicaciones:

“Cuando yo todavía estaba más joven, yo trabajaba en el campo, con la coa... mi papá nos mandaba a que fuéramos a trabajar con el tiempo, por ejemplo como ahorita hay chiles piquines, nos mandaba a cortar, el terreno era de mi papá...ya después ya no trabajé cuando me junte con mi esposo... ya no trabajé, ya me ponía coser, a hacer mis costuras...yo me enseñaba [enseñé] cuando yo tenía 15 años... nadie me enseña, mi mamá no enseñaba nada, porque como ya se va a la milpa, pues no se puede...hasta

después me enseñó mi suegra... porque mi suegra siempre hace las blusas, hace sus costuras bonitas, le digo, enséñame, me dice, compra tu tela y te enseño” [Dominga, 60 años].

“No, nomás aquí que trabaja para mi...ahorita ya no trabajo aquí, mejor vendemos servilleta, vendemos blusas porque ya no trabajo, porque ya soy viejita...ya no, antes sí; con machete, con palas, a trabajar a un lado de la milpa...porque mi pobrecita, pos aquí, allá, a trabajar [tierras de] otra señora como...tanto café, para elote, fríjol también...recoger, la milpa... A trabajar para nomás trabajar, para mi hace un elote, pero nomás no tengo terreno” [Josefa, 70 años].

Sin embargo esta percepción no es sólo de mujeres, como se puede apreciar en el siguiente párrafo:

“Cuando ya no tengo trabajo por ahí en el campo me dedico aquí de la casa, con la maquinita de coser, artesanía, hace el corte Francisca [su esposa] y yo coso, [el bordado] ella lo hace, pero es poquito, yo nada más lo arma, yo coso de todo” [Lucas, 59 años].

Es común que las familias de Atla conserven un terreno reducido para la siembra de diferentes productos como maíz, fríjol y café, casi todo para su autoconsumo y en menor medida para su venta. La mayoría de los hombres dijeron realizar actividad agrícola cuando se aplicó el censo en la comunidad, Lucas y Mariano hablan de su experiencia pudiendo apreciar que este trabajo en no pocas ocasiones se realiza por toda la familia:

“Nos repartió [tierras, su padre], ya tenemos cada quien su sitio, su lote, con una compraventa, yo ya tengo mis derechos, no, escrituras y un terreno, casi pegado con la primaria, es una huerta, [ahora esta con] café, solo café, [es tierra] de temporal, [lo cultiva] solamente nosotros, con mi señora, con mis hijos...cada temporada o cada planta llevan su tiempo, el café pasa en noviembre o diciembre y de ahí ya viene en otras plantas, como sembrar garbanza... luego viene el fríjol, el maíz, fríjol delgado o fríjol de mata, en otro tiempo como tomate de hoja” [Lucas, 59 años].

[...trabajo en mis terrenos son] “de temporal, sembramos como este mes de junio, maíz, fríjol, caña, café lo que le gusta a uno en ese tiempo, yo sólo [siembro] apenas ahora si me ayudan algo [sus hijos]...sólo vendemos el café, lo demás es para consumo de nosotros...[cuando era joven], con mi papá, sembraba caña, panela, [a] muchos les gustaba eso, ninguna otra cosa, pero ahora ya no le gusta a las personas trabajar eso, la caña, ahora los chavos ya se van a México, yo no, solamente aquí, únicamente la tierra, con la coa”. [Mariano, 89 años].

Emigdia confirma que esta situación no es algo reciente y que ella como mujer lo ha realizado desde que era una niña, lo mismo que el trabajo artesanal:

“Cuando yo estaba chiquita, como mi niña, siempre nos llevaba mis padres a la milpa, para trabajar, siempre mi padre, antes, siembra cacahuates y maíz. La costura la hago desde cuando yo tenía de 12 años, yo hago tiras” [Emigdia, 52 años].

Sin embargo hay personas que realizan otro tipo de actividad como es el caso de Álvaro que se dedica a la carpintería relatando los problemas que tiene en la actualidad:

“Estoy dedicado a algo... a mi carpintería, tiene como 40 años, la madera [la consigo] pos de aquí...de acá había la madera, pero ahora ya demasiadamente que ya no hay, ya no...ahorita está prohibido por la forestal si me hallan...lo que hago, o sea, trabajo yo, hacía puertas, pero ahorita ya no...ahora quieren fierro [hierro] y de la madera es más caro, porque ahorita la madera le cuesta cinco mil pesos, una puerta como ésta y ya después de la puerta de fierro son uno y medio...dos mil por mucho, por mucho lo que se manda. Pero siempre de mil doscientos, de mil seiscientos, de mil quinientos. Pos entonces, ¿cuánto le va uno perdiendo?” [Álvaro, 76 años].

Algunas personas entrevistadas dieron a conocer si en algún momento de su vida tuvieron la necesidad de emigrar. De las mujeres entrevistadas sólo Dominga comentó que había tenido esta experiencia, quien emigró a la Ciudad de México y trabajó de ayudante de limpieza en una casa, llamándonos la atención dos aspectos: el primero es que la migración obedece también a conflictos familiares, en este caso con su padre, y por otra parte que su caso es un ejemplo de migración de retorno, lo que de acuerdo al énfasis que puso en sus palabras da a entender que muchas mujeres que alguna vez emigraron ya no regresaron a la comunidad, lo cual podría dar cierta explicación al hecho de que en la comunidad el índice de masculinidad se comporte tan atípico, tan diferente al resto del país:

“Una vez, como mi papá estaba muy grosero, le pegaba mucho a mi mamá y nos corría... entonces nos llevó mi mamá a su pueblo, porque mi mamá era de Xolotla... Y luego por allá andamos y después me dijo un primo nos va a llevar... Y ahí está una señora que se encarga de llevar las muchachas para México y entonces, me dijo mi primo; te quieres ir a trabajar, vámonos... le dije que sí y me dejó mi mamá...así me fui a trabajar un año, pero nada más un año y me regresé...[trabajé] en casa...en México, ¿cómo se llama? calle Uruguay, todavía me acuerdo...en el centro, [tenía] como 13 años”. [Dominga, 60 años].

En el caso de los hombres, haber emigrado significaba buscar mejoras económicas mediante un trabajo mejor remunerado, pero quizás se haya producido una mayor migración de retorno sin descartar que algunos se quedaron permanentemente en el lugar al que emigraron. Por otra parte, uno de los trabajos más recurrentes que revelaron haber realizado al emigrar a la Ciudad de México era la de “diablero” o “cargante” en la merced o en la central de abastos, tradición que se mantiene hasta la actualidad en algunos jóvenes, sin embargo hay sus excepciones como la de Francisco quién trabajó en una taquería y algunos como Lucas y Eladio, quienes trabajaron además en aspectos relacionados con la agricultura en las afueras de la Ciudad de México

“Sí, en la capital, trabajé una temporada de taquero, en un restaurante ya tiene tiempo, como nueve años que salí de ahí, [dejó de trabajar] por la enfermedad de mi hija, de mi esposa. Ahora trabajo las tierras, apenas están pagando \$60.00 por día, trabajando de ocho a cinco, es poco, pero mientras no se pueda uno salir que más y ya la diferencia si pagan \$70.00 u \$80.00 el trabajo más pesado como excavación en alguna obra, un poco más pesado pero trabajo sencillo en el campo con la coa o desyerbar pues nada más \$60.00. [Cuando era joven] yo trabajé allá como siete años, cuando tenía como 23 o 28 años y de más joven, de 22 años cuando me casé, me dedicaba a la molienda de caña de ajeno, no lo mío, aquí abajo trabajaba yo de noche con los cañeros, ahora ya no, era más cómodo trabajar y ganábamos más como cinco pesos pailados y si salían tres pailados al día nos salía más. Ya después me fui hacer el intento allá en México, en la cocina, me estaba gustando la chamba, ganaba yo poco pero estaba tranquilo y a veces trabajaba día y noche y ganaba yo más. Doblaban turno, me gustaba, entraba a las nueve de la noche y salía hasta otro día a las seis o siete de la mañana y no me hacía mal ni nada y si salía ir a dar servicio a una fiesta, pues me seguía hasta las cuatro de la tarde, dormía dos horas y otra vez entraba en la noche a darle, no me enflaqueí ni me enfermé, pues como comía de ahí pues aguantaba, aunque había otros que se enfermaban, yo no” [Francisco, 51 años].

“Cuando estaba joven me dedicaba yo a trabajar la tierra, hacía potreros, hacía potreros en la ganaderías, en el año, 1965, en esos tiempos yo ganaba seis pesos en el diario...después cuando ya íbamos conociendo la ciudad, me fui a la ciudad, en el campo, en el Estado de México, por Santa Cruz Meyehualco, llegué allí como en el setenta y siete, en temporadas, me iba como a principios de junio, me regresé como hasta noviembre, ahí trabajé como tres años, y ya después me regresé por centro de la ciudad, como del setenta, como estibador de la Merced, en ese tiempo en el año setenta y hasta como el ochenta y cinco, ganaba a veces cuarenta pesos, [trabajé] quince años, del setenta hasta el ochenta y cinco, [dejé de trabajar] por el temblor que fue muy fuerte entonces ya me vine” [Lucas, 59 años].

“Yo trabajé, bueno, ahí de cargante...de cargante con el diablito en la Merced y nomás en la Merced, porque en el otro mercado ya no conseguí, ya no fui porque aquí ya agarré mi trabajo y con trabajo que andaba yo por allá...canijo, trabajé unos 20 años” [Alvaro, 76 años].

“Cuando era joven fui a trabajar a México, anduve con la carretilla, en la Central de Abastos, primero Merced, [trabajé como un año] iban por mí, después me llevaban, en una bodega de caña, ahí andaba. [Ahora ya no trabaja], ya no, ya me descansé, ya no tengo, no trabajo... no, nada, nada, soy pobrecito. Dejé de trabajar desde que murió mi esposa [hace siete años], ahora nada más recojo leña y la vendo, cinco pesos, un peso... allá lo que me den” [actividad que realiza ocasionalmente pues tiene problemas de alcoholismo y toma todo el día] [José, 76 años].

Contexto familiar

Las insuficientes políticas sociales de apoyo a la población de mayor edad en México, que en los hechos traslada la responsabilidad a la familia, han propiciado que investigaciones en torno a las condiciones económicas del grupo de estudio fijen su atención en el rol de la familia como fuente de apoyo para este grupo poblacional. En este contexto, vivir bajo un mismo techo y contar con

la compañía de algún miembro de la familia o del cónyuge puede ser fuente de bienestar y seguridad para una persona de edad avanzada. De aquí que sea de interés estudiar los arreglos familiares, es decir el tipo de hogar donde viven las personas mayores y las personas con quien conviven, coresidencia que puede considerarse como una de las pocas alternativas que permitiría a los adultos mayores asegurar un nivel de vida aceptable (Guzmán, 2002). Los arreglos familiares también son importantes por su fuerte relación con las transferencias informales de apoyo a los adultos mayores, toda vez que los apoyos que demandan proximidad física tales como ayuda en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, es más probable que se presentan con mayor frecuencia cuando el adulto mayor coreside con algún familiar. También es importante establecer la proximidad física y afectiva de los familiares, hijos e hijas principalmente, que no coresiden con los adultos mayores.

Es común que los individuos de edad mayor sean vistos como receptores de apoyo de parte de sus familiares, en particular de sus hijos, sin embargo los testimonios de Julia, Hilaria y Rosario indican que más bien se da la situación contraria sobre todo en ciertas situaciones de ausencia temporal de algún hijo debido al fenómeno de la migración o bien por la ausencia definitiva por la muerte, obligando en este caso a las mujeres asumir el rol de madres sustitutas con sus nietos:

[Vivo] “con mi mamá y mis hijos, son cuatro por todos y cinco con una nieta...quiero decir mi hija porque yo la registré de todo, ella es hija de mi muchacho, que se fue para el otro lado y ya no regresó, no sé qué le pasó... ya va para dos años. Soy viuda, ya se murió mi esposo, ya va para veintiocho años, mis hijos estaban chicos. El otro muchacho que encontró usted en la mañana es de otro papá, me junté con otro, me dejó también, ya se fue, creo anda por México, ni se donde anda” [Julia, 50 años].

“Aquí vivo nomás mi esposo y ese nieto. Tuve seis hijos, tres [hombres] y tres [mujeres], [pero] no están acá, fueron a México, tienen esposa allá, ya tienen muchos años que se fueron, ya no vienen...nunca vienen...nomás el mayor vive acá, vive cerca, [pero] no da ayuda, [sólo] me acompaña el nieto, es el hijo de una hija que vive en México...ella no da dinero, no tiene” [Hilaria, 65 años].

“Vivo con mi esposo y tres nietos...tuve cinco hijos, un hombre y cuatro mujeres, ya faltaron dos mujeres, mi yerno el esposo de mi hija que se murió vive con nosotros, es el papá del más grande [de los nietos]” [Rosario, 77 años].

La acelerada baja de la fecundidad que se ha venido dando en las últimas décadas en México no se ha presentado de manera homogénea en el país, hablando en términos geográficos o por sectores sociales. En el caso de la población indígena, la tasa global de fecundidad en 2003 es mayor que la no indígena, 4.2 y 2.7 respectivamente (Chávez, *et al.*, 2005). A diferencia de las

preferencias por un menor número de hijos en zonas urbanas, en las zonas rurales, particularmente indígenas, se tiende a un mayor número de hijos debido probablemente a la necesidad de aumentar la fuerza de trabajo familiar en el campo. Sin embargo, dado el abandono de incentivos para desarrollar el trabajo agrícola y que en Atla los terrenos son pequeños, por lo que escasean las fuentes de trabajo, varios testimonios dan cuenta de la emigración de los hijos hacia la Ciudad de México:

“Otro [hijo] se pasó por aquí, pero ahora se fue para México... ahí está en su casa, donde ahí está en su casa, donde antes vivíamos nosotros... ahí está su casa, ahí se fue a trabajar a México. Tengo otra [hija] mujer ya está casada también, pero vive en Xolotla. Se casó en Xolotla...ella también allá tiene tres hijos: dos mujeres y un niño, [ella] siempre viene...a veces cada cinco días...como ahora está trabajando mi yerno, pero siempre viene el domingo, cada domingo siempre viene a verme [Emigdia, 52 años].

“Yo vivo aquí solo...tengo dos muchachos uno allá y otro acá...mi esposa aquí está...esa muchacha [su hija] nomás viene...viene de visita, se viene a aliviar aquí [acaba de nacer un hijo de ella]...después va a ir a México. Ya sus hermanos ya no les gustan lo que estoy haciendo, ellos me quieren mandar...pero yo digo, como es mía [la casa] y yo sé como he trabajado con mi papá; yo no puedo, no lo puedo creer que mi hijo me va a corretear de aquí, no...aquí es mía, puramente le sigo, ton's no me queda la calle. Mi hijo vive acá atrás...esta casa es una sola, yo lo hice. Tuvimos doce hijos...cinco hombres y siete mujeres, están regados...los que viven aquí...viven dos...una se llama Ofelia [vive más adelante] y la otra se llama Virginia, aquí vive...dos y cinco están en México...los hombres los tengo aquí dos, y uno está en México, son tres...el mayor allá está en México...no me gustó el trabajo que tiene, es de policía... está en la policía... no me gusta...está peligroso...por no venir a agarrar su coa o no agarrar su machetito para ir al campo...pero ya le digo el pensamiento lo que tengo...ahí va, anda buscando como los pajaritos: dónde hay” [Eladio, 69 años].

“...mi otra hija se casó en Zacapoaxtla y ahora ya vive en México viene pero en cada cuándo, se casó en jueves santo y me daba razón de que quería venir en semana santa, pero ya no tiene tiempo como tiene hijas e hijos ya no puede” [Eugenio, 89 años].

La migración de los hijos no es sólo interna, Atla pertenece a una región de alto nivel de emigración hacia los Estados Unidos. Algunos informantes comentaron que uno de los destinos más socorrido por los pobladores de la comunidad es el estado de Carolina del Norte; este aspecto aparentemente podría significar una buena fuente de transferencias para los adultos mayores, sin embargo como veremos en el apartado de ayudas, esto no necesariamente es así, sino en ocasiones al contrario ya que los padres tienen que quedarse con los nietos o bien al cuidado de la construcción de las viviendas de los hijos que envían sus remesas con esos propósitos. También se advierte de la preocupación por la salud de los hijos emigrantes, en

particular por las enfermedades de transmisión sexual (ilustrada gráficamente por Lucas cuando elaboraba su discurso).

“La esposa y yo vivimos acá, tuvimos ocho hijos, puros hombres, murieron cuatro, el mayor murió de fiebre. Con nosotros viven tres aquí dos y aquel, que siempre me está orientando [contando] cómo va [está], el que está en el norte, cada rato me habla, que se cuide mucho allá, más que nada, bueno a hoy [ayer] en la noche me estaba platicando como anda, como vive, más que nada que esté bien, aunque no traiga dinero, que regrese sano, no que venga con la enfermedad, no yo no quiero dinero, [si] quiere vivir allá, pues [a] cuidarse. El mayor vive aquí enfrente con su esposa y con sus hijos” [Lucas, 59 años].

“Mi esposo y yo vivimos con una hija, pero con el tiempo ya no la dejaron, ahorita está viviendo conmigo, pero después se va a ir con su esposo. Yo, tuve casi diez [hijos], porque una vez gemelos, ahora sólo viven seis, murieron cuatro, dos murieron tenían un mes de nacido...luego los demás ya estaban más grandecitos, ahora quedan seis, cinco hombres y una mujer, la más chica. Mis cinco hijos ya me dejaron...bueno, salen a trabajar a México y luego se van al Norte, la verdad ahí están todos, en Carolina...aquí vivo con mi nuera [Dominga, 60 años]”

Aunque María, Evarista y José viven solos su situación es diferente; la primera, abandonada por su esposo, sin embargo su edad (60 años) todavía le permite elaborar artesanía que incluso ella sale a vender fuera de la comunidad, en tanto los otros son viudos y parece ser que su edad avanzada (77 y 76 años respectivamente) los deja en mayor desventaja. Sin embargo, tienen familiares en la comunidad que en ocasiones ven por ellos:

[Mi esposo] “vive, pero ya lo [me] dejó, ya tiene años...tanto pelea, pelea, ahorita ya no está, ya se fue a Pachuca, vivo solita aquí...[tuve] cinco hijos, dos hombres y tres mujeres” [María, 60 años].

“Estoy sola, mi esposo tiene nueve años que murió, va para diez años que faltó y no tuve hijos, ninguno, puro trabajo, solita para comer” [Evarista, 77 años].

“Ya tenía yo seis hijos, tres hombres y dos mujeres...tres hombres se mataron el otro se murió de tres años y medio. Primero mataron a mi hijo el mayor...a los cinco años otro... a los cinco, otro; quince años, tres, ya nomás quedan mis dos hijas, una que vive aquí en el pueblo y otra vive a Huejutla [Hidalgo]. Yo vivo solo en una casita ahí en la orilla de la carretera [calle principal]” [José, 76 años].

Álvaro y Eugenio son los hombres de mayor edad entrevistados, ambos están viudos, pero en estos casos los dos viven con alguno de sus hijos, el primero en una casa aparte pero en el mismo terreno y el segundo en casa de su hijo y nuera, además de que ambos se mantienen activos, Álvaro trabajando en la carpintería instalada en la casa familiar y Eugenio en el campo, en sus propias tierras:

“Mi esposa ya faltó [murió], ya tiene seis años, dicen que de diabetes, tengo tres hijos y una muchacha...cuatro en total, aquí tengo mis hijos [los hombres]...todos están viviendo aquí ya están casados... sólo mi hija no, ya se casó, aquí estoy viviendo con mis nietos también” [Álvaro, 76 años].

“Mi esposa ya no vive, tiene diez y seis años que murió, año de 1990 se murió, se fue a traer panela en la mañanita, nosotros estábamos por salir a trabajar al campo y andaba poniendo su ollita de café y nomás [dio] dos pasitos y se cayó. Tuvimos tres muchachos y dos mujeres, todos viven aunque ya están apartados, yo vivo con mi mayor, mi muchacho se llama Margarito Domínguez, con él y su familia...como ya no tengo esposa, solito, ellos me dan de comer, mis otros muchachos aquí viven [en el terreno que él fraccionó y repartió entre los tres varones], solamente una muchacha, una mujer se casó y vive como unos ochenta metros de lejos, a veces viene, a veces voy yo, me trae mi tortilla, mi ropita a veces y estoy conforme con eso mi hija” [Eugenio, 89 años].

Mención especial merece el caso de Francisco quien siendo el hombre entrevistado de menor edad vive coyunturalmente una de las peores situaciones debido a la mala salud de su esposa, quien al momento de la entrevista se encontraba internada de un mal que no sabe aún cuál es, y su hija de 14 años que padece epilepsia desde hace algunos años, pero que no puede medicarse debido a que la clínica del sector salud que existe en Atla, no cuenta con medicamento para éste padecimiento y el costo en las farmacias particulares es elevado:

“Vivo con mi esposa, tuve tres hijos pero sólo me queda una hija, las otras dos faltaron, mi hija vive con nosotros, cumplió en abril 13 años...mi esposa está muy enferma, desde la semana pasada está internada...mi hija también esta malita, tiene epilepsia, así que yo me encargo de todos los quehaceres de la casa” [Francisco, 51 años].

En relación al contexto familiar o arreglo residencial en el que viven los adultos mayores en Atla, los testimonios recolectados no parecen observar diferenciaciones por edad y sexo, lo que está influenciando los arreglos familiares es la pobreza en la que se vive, lo que ha obligado a que la mayoría de los jóvenes que entran a edades productivas emigren tanto a la Ciudad de México como a alguna parte de Estados Unidos, en busca de mejores condiciones de vida, situación que podría ser adversa para la vida de la población de edad mayor que vive en la comunidad.

Estado de salud actual

La probabilidad de enfermarse durante la vejez y que la enfermedad origine consecuencias negativas en el organismo es mayor que en otras etapas de la vida. La salud en la vejez es un proceso acumulativo a lo largo de la existencia de las personas aunado a las características propias del entorno físico y social en las que cotidianamente transcurre su vida presente.

Como se ha visto antes, el trabajo en Atla se realiza prioritariamente en el campo y el hogar. Ambos trabajos implican grandes riesgos para la salud, ya que por una parte la comunidad se asienta en terreno accidentado y por otra la elaboración de artesanías se realiza afuera de las viviendas donde el cuerpo es sometido a los cambios de clima constantes que implica desgaste en la vista y por lapsos largos en posiciones que van desgastando partes concretas como la cintura, la espalda y las rodillas. Los hombres trabajan principalmente en el campo y las mujeres en la elaboración de artesanías y las cuestiones del hogar, que incluyen cargar y cocinar con leña. Los testimonios de las mujeres de menor edad relacionaron su enfermedad con algún accidente concerniente con el pesado trabajo que realizan ya sea en la agricultura, en la construcción de sus viviendas o bien por el producto artesanal que elaboran:

“Nada más las rodillas duelen, la cabeza, los ojos ya no puedo ver bien...aunque puedo hacer todo a veces al sentarme, después levantarse ya no se puede” [Hilaria, 65 años].

“Pues no sé que tengo, como abierta de mi cintura, me caí hace tres años y empezó hacerme daño, como ahorita tengo hinchada mi rodilla mire usted, no puedo caminar... llevaba un tercio de leña y me caí con un tercio de leña y luego, cuando iba yo a pizarcar también me caí, con un bulto y medio de mazorca y ahora ya no me aguanto de hacer nada, llevé muchos golpes...me duelen mis piernas, mis rodillas, ya no aguanto mi cintura, como ahorita estoy amarrada, mire usted, estoy amarrada [muestra una venda atada alrededor de su cintura] así para que pueda hacer algo de trabajo... a veces de plano me caigo en la cama, no me levanto” [Julia, 50 años].

“No puedo trabajar ahorita...cuando estaba enfermo mi esposo, me iba a trabajar todavía con el coa...y fui y empecé a trabajar y trabajé como una semana, pero después no pude...ya tiene...tiene como medio año...nada más me duele mucho la cabeza...me duele mucho la cintura y me duele mucho de aquí [señala la espalda]...las piernas también, me ardían mucho la plantilla de mis pies...sembré, pero casi puro...sembré poquito...a veces el dolor me da más fuerte...a veces ya no aguanto mis pies y a veces me duele mucho la cabeza” [Dominga, 60 años].

Aunque las enfermedades crónicas degenerativas, en particular la diabetes, se asocian más con personas que viven en áreas urbanas, algunos de los testimonios de los indígenas de Atla indican que además de las enfermedades relacionadas con la actividad que realizan se presentan algunos síntomas como el caso de Emigdia y María quienes parecen presentar algunos indicios de diabetes:

“Ya me siento bien, me dijo el doctor que a lo mejor por tanto pesado...bueno, la piedra de adobe...porque tanto también me echó mano mi esposo...cuando lo pasamos allá los adobes me hizo mal, ahora ya nada más me duele aquí, poquito, mi espalda, mi cintura, poquito me duele...parece algo como chile y aquí mis pies...arde...pero me dijo el doctor que a lo mejor es mi cintura...cuando antes yo estuve aquí, me duele mi cintura y aquí mi hombro...antes me dolía, todavía estoy tomando pastillas, nomás

pastillas que me dio el doctor, yo siento cuando me levanto mi boca, la siento muy amargo, boca seca, el doctor me dijo que yo tenía, a lo mejor...que a lo mejor me regaña mi esposo, pero le digo; no...no sé porqué, pero ahora ya me siento más mejor” [Emigdia, 52].

“No quiero comer, como poco, no me da hambre...también tengo dolor en la espalda, en la cintura también, me siento cansada me duelen los brazos” [María, 60 años].

A pesar de que la actividad en el campo implica un desgaste importante en el estado de salud, los hombres manifestaron, en términos generales, encontrarse en mejores condiciones de salud:

“Pues yo [de salud estoy] bien gracias a dios no tengo nada de nada...sólo que desde los cuarenta años...la vista, empecé a ver muy borroso como esas letras ya no...y ocupó lentes, me mandaron lentes y si veo bien con eso, quiero comprar otros, me dieron un lente y con eso si veo bien, pero como no estoy utilizando del diario, nada más un ratito con otros no veía, ahorita los tengo en Tehuacán, un doctor me dio la receta y si veo bien con ellos pero con otros casi no” [Francisco, 51 años].

“No me duele nada, ahorita yo no me duele nada...pos yo soy como católico, yo soy nomás como que creo en dios...ahora sí como nomás dios que me ayuda, que me acompaña y nada más...no me duele ninguna parte...hay unos que dicen que se siente pesado, que le duele el cuello...no nada...yo, gracias a dios nada” [Eladio, 69 años].

A diferencia de los hombres, algunas mujeres argumentaron que sus problemas de salud estaban relacionados con dificultades familiares tales como la riña entre sus hijos y su esposo, por la muerte de algún familiar o por discusiones con familiares debido a la tenencia de la propiedad, lo que podría indicar que en el entorno familiar la que asume la responsabilidad de los hechos cotidianos son las mujeres, por lo tanto son las más afectadas en situaciones adversas:

“Siempre estoy enferma...siempre de aquí [señala su pecho] a veces calentura, a veces tos, catarro, resfrío...a veces me duele todo, mi cabeza, todo mi cuerpo, pos a veces ya no puedo caminando, duele. A veces mi corazón dando problemas...cuando mi hijo, mi muchacho, estaba enfermo...a veces batallando, porque mi hijo pos siempre aquí vive...aquí vino mi esposo, dijo, está peleando...entonces, como para mí, pues siempre muelen, muelen mi corazón, pos ya no...está chillando a veces” [Josefa, 70 años].

“Me duele el corazón porque se murió su mamá de la niña [está a su lado al momento de la entrevista]...pura preocupación, por eso me duele mi corazón, se murió hace como ocho meses...de anemia...tenía 23 años...desde entonces me duele todo” [Rosario, 77 años].

“Me he sentido mareada, como borracha, pesada, ni podía ver y le dolía la cabeza por el coraje que hizo con sus sobrinos, la hacen pasar coraje porque quieren que les de las tierras de su esposo” [Evarista, 77 años].

Los hombres de Atla tienden a asociar su estado de salud deteriorado con sentimientos de impotencia debido a la enfermedad y probablemente a su edad avanzada ya han perdido el rol de proveedor de los recursos materiales y económicos para el sostén de su familia, que han desempeñado la mayor parte de su vida:

“Pos unos días [estoy] bien, unos días mal...pos nomás de que está uno enfermo...de todo estoy enfermo...estoy con la reuma, que ya no puede salir... nomás que me encoge y ya no tiene fuerzas...no sé qué es lo que me pasa... ya tiene dos años...ya me anda yo preparando, porque no hay medicina... [ahora no está muy enfermo], no mucho, pues se siente uno...cuando uno está, uno tranquilo, pues sí, le digo, voy a pasear, voy a Pahuatlán, voy a otras partes...a donde uno quiere...como ahorita, voy allí, a ver cualquier persona, cualquier trabajo, por una cosa que me falta...ahora ya no, ya no se puede, cuando estaba yo fuerte, pues sí...ahora no” [Álvaro, 76 años].

Otros hombres dieron cuenta de enfermedades coyunturales como una diarrea por haber comido quelites el día anterior o bien que sólo llegan a enfermarse en ocasiones de gripa como mencionó Eugenio, siendo uno de los casos de mayor interés en tanto que es la persona de mayor edad entrevistada y uno de los que mejor estado de salud aparentaba y decía poseer; en el caso de José la enfermedad que manifiesta podría deberse, por lo que sus familiares comentaron al momento de la entrevista, a problemas de cáncer, aunque podría ser también algún mal hepático ya que esta persona tiene problemas fuertes de alcoholismo.

“Ahorita sólo tengo una cosa, así...diarrea nada más, pus me comí quelites ayer, por eso me enfermé...pues alguna cosa, infección de lo que come uno y por eso, de ahí empieza...hace tiempo que no me enfermaba” [Leonel, 67 años].

“Solamente poco a veces de catarro de gripa y me iba a Pahuatlán pero ahora ya hay doctor aquí, luego en las noches voy...ya tiene años como 6 u 8 años que fui al doctor” [Eugenio, 89 años].

“Yo siempre me siento mal...pero ya estoy algo bien...tengo una bola aquí [señala su estómago], me duele” [José, 76 años].

Antecedentes de enfermedad

La salud de cualquier persona es el resultado de un complejo conjunto de factores hereditarios, del medio ambiente tanto físico o material como social sin poder destacar unos u otros. En el caso de la población de mayor edad otro elemento a considerar es la acumulación de diferentes enfermedades que han tenido a la largo de su vida.

Indagando al respecto con los entrevistados de Atla, las respuestas parecen indicar la prevalencia de pocas enfermedades graves, aspecto que de ser cierto podría indicar que la población entrevistada es un grupo selecto de sobrevivientes de sus cohortes, siendo por tanto los

más fuertes, considerando las altas tasas de mortalidad infantil que se sabe han existido en poblaciones indígenas mexicanas. Otra explicación podría ser la escasa memoria de eventos que ocurrieron en la vida de los informantes hace ya muchos años.

Sólo dos mujeres recuerdan haber padecido alguna enfermedad de tipo respiratorio en su vida de joven o niña, aspecto que probablemente se relacione estrechamente con las condiciones ambientales de la zona donde se asienta Atla:

“Cuando era una niña, estuve enferma de calentura, diarrea... me curó una señora que se llamaba Agustina, ahorita ya se murió” [María, 60 años].

“[Cuando era joven se enfermaba] porque me bañaba con agua fría, porque daba pena oler cuando le tocaba su regla, por eso enferma, no iba al médico...no había médico solamente en Pahuatlán, aquí no había” [Evarista, 77 años].

A diferencia de las mujeres, los hombres que recuerdan haber padecido alguna complicación de salud lo relacionan con el trabajo que desempeñaban en ese tiempo y que les impidió seguir realizándolo y tienen que ver con aspectos de fracturas o torceduras o algún otro tipo de traumatismo:

“Yo de pequeño casi no tuve ningún accidente ni enfermedad, mi mamá me cuidaba mucho, aunque ella no sabe leer, pero sí me cuidaba mucho...ya de mayor tuve como enfermedad de un torcido...ya no puede uno trabajar ya no tiene uno ganas de eso, [fue] como del año 59, y de ese año y hasta la fecha ya nunca me he enfermado” [Lucas, 59 años].

“Me caí primero con el trabajo del campo...pues me caí con la caña, me fui de lado, me caí, me torcí de la cintura...pero cuando andaba yo de niño, chico; tendría yo unos 16 años, estaba chiquito...me gustaba y me fui y me torcí...entonces cuando estaba yo ya no sabía qué cosa es lo que tiene, qué cosa, de la enfermedad...bueno, allá buscamos...allá en Xolotla buscó mi mamá quién me comprara la medicina...ya después me alivié, pero todavía en la cama, por eso me viví todo ese tiempo allá” [Leonel, 67 años].

“Ah sí...me enfermé bien [cuando era niño]...porque andaba yo de arriero, iba y me venía...estaba yo medio débil, pero me salía a la...cómo le dice...no recuerdo cómo pronuncia eso...me salía un, como que me estaba yo torcido...hasta que me dijo mi padre; ‘este hijo de la chingada se va a morir entre un año, dos años’ y gracias a dios aquí ando. Vino un curandero, una señora...me respiraba y me dio su, como hierbas, como caliente, me hizo bien...pos así fueron las cosas” [Eladio, 69 años].

Atención de salud

En México el sistema de salud oficial es insuficiente y en ocasiones ineficiente, situación que se agudiza en las zonas rurales y en particular en lugares donde se asienta población de habla

indígena como es el caso de Atla. Como se ha visto a lo largo de la tesis y en el apartado precedente la salud de la población de edad mayor tiende a disminuir debido tanto a la edad como a la actividad que se ha realizado, en la mayoría de los casos sigue realizándose, a lo largo de su vida. Aunque todos los grupos de edad de la población requieren atención sanitaria, los de mayor edad la requieren con mayor especialización, sin embargo el proceso de envejecimiento de los indígenas mexicanos se presenta en condiciones adversas, tanto en el terreno económico como en el de atención a su salud. Cuando se presenta alguna enfermedad se tiene que acudir a instituciones de salud oficiales, debido a la falta de recursos económicos, que en muchos lugares son inexistentes.

Aunque no cuenta con una gran infraestructura en Atla existe un Centro de Salud de la Secretaría del ramo, con un médico y dos enfermeras, que dan servicio a la comunidad. De acuerdo a las entrevistas realizadas las mujeres son las que en mayor medida tienden a utilizar los servicios:

“La vez que fui al doctor me dio medicinas, un frasquito para una cucharada, un pastilla, una inyecciones a veces, porque duele...que dice el doctor, ¿duele tu cabeza? pos aquí están pastillas” [Josefa, 70 años].

“Voy al doctor cada mes, me da medicamentos” [Rosario, 77 años].

“Fui al doctor de la clínica apenas, [hace] como tres meses, como febrero, un sobrino la llevaba...le dio medicinas” [Evarista, 77 años].

Quizás debido a que el médico es una persona que no es de la comunidad, procede de Toluca y por lo tanto no habla náhuatl, se manifestó inconformidad por la calidad del servicio. Algunas mujeres que han asistido al Centro de Salud arguyen poca confianza en los medicamentos que se proporcionan y por otra el cuestionamiento tiene que ver por la necesidad de comprar medicamentos a un costo elevado:

“Si [voy al doctor] me dan medicamentos, varios, pero lo que me dan no me sirve, me siento como que me arde el pecho, más mejor fui al particular a Pahuatlán, pero como ya no tengo dinero, son como ochocientos, quinientos...de momento no tengo dinero... porque voy aquí a clínica [centro de salud de Atla] y como que no me hacen las medicinas, sí me la dan para qué digo que no, pero como que no me hace. A mi mamá cuando se enferma la llevo para allá, la llevé aquí, le pusieron inyecciones le da cucharada pero como no le queda, la tengo que llevar al particular” [Julia, 50 años].

“Fui al doctor que puro me inyectó...me costó cada inyección 190...está muy cara...y por eso ya me siento mucho mejor... la última vez que fui fue cuando malita me

pongo...estoy llorando, que me duele mucho mi hombro ¿cómo voy a hacer mi quehacer, ni nada? [Emigdia, 52].

“No fui al médico, el doctor casi no está...la medicina [es] muy sencilla...la verdad, yo busqué una señora que sobaba... me sobó y me compró unas inyecciones y me inyectó...gracias a dios, ahora ya como que me siento un poco mejor...el doctor a veces nos da pura pastilla y con eso no se me quita el dolor” [Dominga, 60 años].

“Ya fui al doctor, pero no [se alivia], estoy tomando la medicina que me da, pero no se cura” [Hilaria, 65 años].

Los hombres acuden en menor medida al Centro de Salud, y algunos argumentan aspectos similares a las mujeres en cuanto a lo caro de los medicamentos y la poca efectividad del servicio prestado, por lo cual mencionan la necesidad de acudir a otro lugar con un especialista, aspecto que realizan con ayuda de familiares.

“Ando bien, voy al doctor únicamente cuando me marca en el centro de salubridad, de la cita médica, la cita ahora toca el día 17 de este [mes], voy cada mes, pero no estoy enfermo...No yo casi...casi ya no creo en algún curandero, solamente creo al médico, a un médico y espero lo que dios diga, solamente dios es el que dice si hasta aquí se acabó” [Lucas, 59 años].

“Sí he ido al doctor hace poco...aquí [en el pueblo] hay a veces, el señor está, a veces va uno allá o a veces el hospital va uno...porque los domingos no está” [Leonel, 67 años].

“Me hija me llevó [al doctor]...a México...especialistas, sí se calmó, [le dijeron] que no tomara...el alcohol...que puede dar cáncer...como tengo que hacer de la pipi cada rato...me dice que puede ser cáncer de la próstata...pero me dice que se tiene que curar primero del dolor...pero sí se puede, porque como ando tomado, pos no se puede” [José, 76 años].

“Sí [he ido al médico] pero no lo encuentra el médico, la medicina a veces sí, a veces no...pues luego no...luego sí sirve y ya no...necesita billete para salir a donde hay más doctores especialistas...también el dinero, cuando yo estoy aquí nomás, cuando tenga dinero voy a ir a ver al doctor especialista...mientras dios nos preste vida... voy a seguir yendo para ver, pero no me da la medicina el doctor” [Álvaro, 76 años].

Una característica cultural propia de las comunidades indígenas es la utilización de remedios caseros o bien el uso de algunas hierbas para curar sus padecimientos de salud. Al inquirir a los entrevistados respecto a esta particularidad, refirieron sobre el uso de algunas que son de conocimiento tradicional en Atla o bien el uso de alguna curandera para realizar una “sobada” como es el caso de Emigdia aunque también se puede notar la asistencia con un médico naturista en la Ciudad de México, como en el caso de Dominga.

“A veces tomo toronjil para el corazón, pero como que no me quedan las hierbas, aparte que yo me inyecté, me bañé con hierbas, yo las compro” [Julia, 50 años].

“Pos este...vino una señora, vive en Pahuatlán, una señora y me sobó, una sobadita aquí, me mejoró, yo ya no puedo hacer mi quehacer, ni nada...ni para comer, me dolía mucho” [Emigdia, 52].

“Tomó *alcahua* [cierto tipo de té]...y bebe manzanilla en lugar de café el doctor dijo que tome pastilla, pero no tome café, mejor té de manzanilla o de limón o de canela” [María, 60 años].

“Una vez fui con un doctor...una vez que tenía la boca muy amarga y de plano ya no veía... me llevó mi nuera con un médico naturista allá en México...ese me dio unas gotas para la vista y luego me dio unas pastillas...como estoy yo gordita, y dijo el doctor que nada más por eso me hace daño, ¿usted lo cree?... así me dijo, te voy a dar medicina para que te vas a adelgazar...sí, me dio tres tratamientos, pastillas para adelgazar...ni adelgacé...me dijo que voy a comer pura verdura., pero ya ve usted que está bien barata la carne; yo compro y como...aquí está a 30 pesos el kilo y fresco...de puerco” [Dominga, 60 años].

“A veces también tomo hierbas, hierba de golpe...así se curaba antes...antes no tiene doctor, pura hierba...la corto ahí en la milpa” [Rosario, 77 años].

“Yo no voy [al doctor], no voy a verlo...yo me curo yo solito...con alcohol o si no, compro pomada, pero casi yo [siempre] alcohol...también hierbas, cuando se seca la boca o amarga; cuando eso amarga la boca, entonces tiene uno muina o tristeza... está triste uno del corazón” [Eladio, 69 años].

“Una hierba que se llama prodigiosa...en náhuatl se llama *chichihiuntl*...[es buena] para los nervios, hasta para bañar...si uno tiene envidia, se la echa...bueno son creencias de los antigüitos...está uno bien, pero si le echas un maldad alguno, nos echamos a perder...dicen, yo lo creo, cuando lo ve uno...por eso el envidioso no quiere ni fría ni, bueno ese...no quiere bien, ni quiere mal, todo no le parece” [Eladio, 69 años].

Transferencias institucionales

En la información recolectada mediante el cuestionario censal aplicado en Atla se obtuvo que ninguna persona recibe pensión o jubilación debido a aspectos laborales; sin embargo, algunos son beneficiados con programas sociales como el de Oportunidades. En el caso de adultos mayores, el programa considera apoyos a personas a partir de 70 años; de los hombres entrevistados en Atla sólo Eugenio contestó que recibía apoyo por la situación de la edad:

“Si, me dan dinerito de oportunidades...trescientos o cuatrocientos pesitos, cada dos meses...lo uso para comer, no para cantinero, para aprovechar porque ya no puede trabajar...me lo dan por la edad, los que tengan más de setenta, los que tengan cuarenta o cincuenta todavía no les dan” [Eugenio, 89 años].

A pesar de que el otorgamiento de la ayuda es sólo para personas de 70 o más años, algunos relacionan la falta del apoyo a cierto sesgo político, es decir por ser simpatizante de un partido político diferente a quienes en el momento de la entrevista tienen la responsabilidad de la presidencia auxiliar que es la instancia mediante la cual se lleva a cabo el trámite ante las autoridades municipales y de la SEDESOL:

“Yo no recibo Oportunidades, nada más mi cuñada, yo no...entonces vamos a decir...ya no se ha hecho tantito...yo hasta he firmado los papeles de lo que me van a dar...pero el color no es el mismo, yo de por sí ya tengo mi color; yo soy amarillo [preferencia por el partido político PRD] y él que tiene otro color [PRI] me dice, yo no te doy nada y yo aquí no te voy a firmar” [Leonel, 67 años].

Sin embargo la ayuda parece no ser universal o bien los adultos mayores desconocen la instancia ante quien deben realizar el trámite ya que José que cuenta con el requisito de la edad, manifiesta que se encuentra inscrito en una lista que se hizo en la clínica del pueblo:

“No, no recibo apoyos de Oportunidades, ahorita, tratamos de hacer trámites para recibir la cartilla de edad pero como no está mi nombre ahí en la lista de la clínica, pues no pude entrar” [José, 76 años].

En el caso de las mujeres que por la edad que dicen tener podrían acceder al apoyo económico proporcionado por el programa Oportunidades para personas de edad mayor, Josefa y Rosario lo reciben

“Sí recibo el Oportunidades...cada dos meses...como ahorita estoy solita, y antes como mi hija va a trabajar y mi otra hija en la escuela... 300, 340 nomás dan, con eso sí comprar cuando quiera un maíz, un fríjol, un jabón...pos no tanto, nomás 300, pos no hay dinero” [Josefa, 70 años].

“Sí dan [apoyo del programa Oportunidades]...dan para mí, no para los nietos...cada dos meses, 300 pesos” [Rosario, 77 años].

Evarista parece encontrarse en la misma situación que José, aunque ella reveló que ya había recibido el apoyo un tiempo y no se explica la causa por la cual no lo recibe actualmente:

“No recibo [Oportunidades], antes tenía, pero ya no vino el nombre y ya no me dieron, ya fui a la clínica y le dije al doctor, le pregunté y que si le van a dar, cada dos meses” [Evarista, 77 años].

No obstante no queda claro si el apoyo que reciben es para ellas por su edad o se debe a otra variante del programa Oportunidades que da apoyo para educación y alimentación a familias que tienen niños en edad escolar, siendo las mujeres a las que instrumentalmente se les entrega el dinero, y que, de acuerdo a los dichos de las mujeres menores de 70 años ellas reciben.

“Tenemos el apoyo, pero de parte de salubridad...por la niña y mi muchachito que siempre le dan su apoyo para útiles...lo uso para comprarle zapatos, libretas, o para de comer, nada más...ya tiene como ocho años que lo dan” [Emigdia, 52 años].

“Sí me dan de Oportunidades...cada dos meses...la verdad, no sabemos cómo nos llegó ese apoyo...así pasó [pasaron] unas muchachas, estaban levantando datos...a los que son mayores, apenas les están dando...porque antes no había...a mi mamá...y a mi esposo ahora sí ya le dieron...porque ya tienen 70 años...yo nomás 300, a veces 330, 370, 350, poquito...” [Dominga, 60 años].

“Sí recibo, poquito de Oportunidades, mis hijas me avisaron...dieron el apoyo con la credencial” [María, 60 años].

“Sí me dan apoyo de Oportunidades, pero para comprar medicinas” [Hilaria, 65 años].

Ayudas familiares recibidas

Como se pudo mostrar en el apartado anterior las transferencias formales no son una oportunidad que abrigue a todos los mayores; por ello existe la necesidad de complementar o sustituir dichos recursos con otras transferencias informales, principalmente provenientes de la descendencia que tuvieron y criaron durante su vida reproductiva, hijos y/o nietos, que aquí denominamos ayudas familiares. Las ayudas familiares pueden ser de dos tipos: económicas y no económicas. De acuerdo a lo observado en el trabajo de campo, podría considerarse que sin la presencia de las ayudas económicas la situación de vulnerabilidad de la población de edad mayor sería mucho más alta. Sin embargo, en contextos de pobreza, como se vive en Atla, las ayudas familiares económicas recibidas por personas de edad mayor o bien son escasas o no se proporcionan.

“Los hijos no ayudan con dinero” [Rosario, 77 años].

“Nadie me da nada de dinero” [Evarista, 77 años].

“Mis hijas no dan ayuda de dinero, nada, sólo el que vive en Huachinango...pues a veces sí viene, pero ahorita ya no vino...a veces da 200, 300...aquí está un pan, un refresco” [Josefa, 70 años].

Las personas de edad mayor de Atla justifican el no recibir ayudas económicas de parte de sus hijos debido a la situación de carencia de recursos que padecen y las responsabilidades que tienen que asumir ante su familia, en particular con sus hijos. Por otra parte también se encontró que ellas no piden ayuda a sus hijos pues sienten una especie de culpa debido a que cuando sus hijos eran pequeños ellas no pudieron darles más debido a la precariedad en que vivían:

“No, los que viven en México [sus hijos] no mandan nada [de dinero], sólo el que vive aquí [en Atla] ayuda un poquito...no tiene nada de dar...cuando voy a su casa...a veces da de comer... yo hago tortillas para comer...nomás a veces voy...porque tiene su hijos” [Hilaria, 65 años].

“¿Cuándo?...ellos también tienen compromisos, están muy grandes...depende como dice uno...porque no va a salir cómo uno va a decir, ‘¿por qué no me das esto?’ ellos tienen sus necesidades de sus hijos...cuando se puede, se puede, cuando no se puede, pues no...por eso le digo, tenemos que aguantar aquí, si no ¿qué le hacemos?” [Leonel, 67 años].

“¿Cuál? si no hay nada...si con trabajos están [sus hijos] manteniéndose” [Álvaro, 76 años].

“Como todos [los hijos] ya están casados...yo nunca les pido dinero, yo les digo: ‘tú mándales dinero para tu esposa, para tus hijos, yo ya sabes cómo ando’.... Yo, como le digo, me da pena, pero le voy a pedir a mis hijos: ‘¿sabes qué?, estoy enferma o quiero dinero, dame dinero para mi mandado o voy a comprar maíz’...yo nunca, me da pena; si me quieren dar, que me den...si no, para eso yo trabajo...a veces me dicen; ‘ya no te vayas a vender mamá, para qué te vas’...pues yo necesito dinero, yo salgo y tengo mi dinero, yo quiero comprar, si se me antoja, un taco de carne. Compró el taco. Si quiero un refresco, compro...Si no voy a salir y ellos no me quieren dar...No, yo no. Mientras pueda, voy a buscarlo...por eso nunca les pido que me dan dinero, yo, me da pena...Van a decir: ‘Mi mamá cuando nos crió no nos daba de comer bien, no nos cuida mucho’...porque, la verdad, era yo pobre y ahorita que ya están trabajando, ¿los voy a molestar que me dan dinero? No, eso sí que no...me da pena” [Dominga, 60 años].

Llama la atención que algunas mujeres de mayor edad no reciban apoyo alguno de sus familiares, situación que podría deberse en el caso de Rosario a que es beneficiada del programa Oportunidades y en el caso de Evarista por situación de viudez y no haber tenido hijos.

La situación de los hombres no es diferente a la manifestada por las mujeres, por ejemplo en las respuestas de Leonel, José y Álvaro se puede advertir cierta justificación de la precaria situación económica de sus hijos que impide que puedan ayudarles económicamente. De las alocuciones resaltan las que aluden a hijos que se encuentran en situación de emigrantes, como aquéllos que tienen mayores posibilidades de otorgarles ayuda económica, lo cual revela la dificultad de la población para hacerse de ingresos económicos en la misma comunidad. En este contexto, Lucas y Eladio hacen alusión a los hijos que se encuentran en Estados Unidos.

“Mi hijo que vive en el otro lado no manda dinero para mí...No, de vez en cuando, como el día de las madres...Muy de vez en cuando, poquito...Antes mandaba, pero ahora ya no. Cuando mandaba era para construir su casa” [Lucas, 59 años].

“Los que están en el norte... ahí están dos muchachos...pos...me mandan, pero poquito... 500 pesos, yo digo no es dinero...me mandan cada ocho meses, cinco meses... poquito... pero yo nunca me gusta cobrar; nunca, nunca...si tengo como si no

tengo, ni pido prestado, no me gusta...el que me quiera que me de, si no, pos no...más me da esta [su hija que vive en el DF y que esta de visita] tengo suerte...me da algo, cuando tiene...también, cuando viene, hasta el año...los otros [hijos varones] que viven aquí, nada, nada” [Eladio, 69 años].

“Mi hija la que vive en México, cuando viene cada año, me da \$200, \$300 pesitos o una bolsita de cafecito y con eso” [Eugenio, 89 años].

De lo dicho tanto por mujeres como por hombres se desprende que las ayudas económicas cuando se reciben no son constantes o periódicas y su monto parece sólo ser algo significativo momentáneamente y que la supervivencia de las personas de edad mayor de Atla está sujeta a la actividad que realizan para su manutención, que consiste en el trabajo agrícola y la elaboración y venta de artesanías textiles.

Si bien la precaria situación económica parece no poder ser solucionada por los hijos, quienes en muchos casos viven de manera similar que sus padres, podría esperarse cierta solidaridad intergeneracional que no necesariamente sea mediante las transferencias económicas, es decir mediante ayudas materiales como el aprovisionamiento de alimentos, ayuda en las labores, cuidados, etc.

Pocos de los entrevistados respondieron positivamente al cuestionamiento de si recibían ayuda material no económica de parte de alguno de sus familiares, aspecto que estaría dando cuenta de la vulnerabilidad en la que viven las personas mayores de Atla. Las respuestas obtenidas no permiten percibir una diferenciación por género y edad, sin embargo, en el caso de Eugenio, un hombre viudo que vive con su hijo mayor, nuera y nietos y que aparentemente posee un buen estado de salud, recibe mejores atenciones de sus familiares.

“Cuando vienen mis hijas dicen mamá, aquí está un pancito, un tortilla...cinco tortillas, una refresquito” [Josefa, 70 años].

“Sí [lo visitan sus hijos]...pos ahí, poco a poco...no es ayudando, que diga: ‘están dando la vida’, pero no se puede uno dejar” [Álvaro, 76 años].

“Solamente nada más mi nuera me lava y cose mi ropa...me trae comida, me lava mi ropa, como tiene máquina de coser, me trae lista mi ropita, me cuida...[mis otros hijos que no viven conmigo]...sí a veces, cuando tienen ellos, como tienen hijos ya no alcanza, pero de comer me dan...como no están lejos mis sobrinos, ‘¿cómo está usted tío?, voy al campo, pase usted tío échese un taco, cafecito’ y como les voy a decir que no” [Eugenio, 89 años].

Salud y ayudas familiares

El deterioro de la salud física y mental es una situación frecuente en las personas de edad avanzada. En la actualidad las instituciones de salud en el país no están preparadas para afrontar el reto que significa atender a éste grupo población que es el que crece de manera más acelerada en la actualidad. Tradicionalmente la familia, por lazos de afecto y solidaridad, es la que se ha ocupado de la atención y cuidado de las personas más ancianas, por lo que ante las circunstancias actuales lo más probable es que seguirá enfrentando esta situación, aunque en un clima más adverso si damos cuenta de la baja en la tasa de fecundidad, y la creciente desigualdad social persistente en el país. Lo que significa, por una parte, menor disponibilidad de población que pueda proporcionar cuidados a los adultos mayores y por otra parte, que la atención se dé en contexto de pobreza en los grupos sociales más desprotegidos entre los que se encuentran los hablantes de lengua indígena que habitan zonas menos urbanizadas o rurales, como es el caso de la población de Atla. Al preguntarles al respecto a las personas entrevistadas de Atla, de entrada llamó la atención el hecho de que sólo dos hombres contestaron este cuestionamiento con una breve respuesta y los restantes con un monosílabo: no; de las dos respuestas obtenidas Álvaro mencionó que no recibía este tipo de ayuda denotando un sentimiento de coraje impotencia en su voz:

“Aquí vivo nomás yo solito, nadie me ve cuando estoy malo” [Álvaro, 76 años].

“Cuando voy al doctor me acompaña mi hijo, Margarito, me da medicina, ampollitas” [Eugenio, 89 años].

Las respuestas de las mujeres muestran que las de menor edad, ante la enfermedad, se auxilian principalmente de sus hijos menores, sintiéndose un tanto cuanto abandonadas por sus hijos mayores, situación contraria a lo exteriorizado por Josefa y Evarista, las dos de mayor edad, en cuyo discurso se puede notar lo protegidas que se sienten por familiares en el caso de que les aqueje alguna enfermedad.

“Ni siquiera, no me preguntan [sus hijos sobre su estado de salud] estoy hinchada y ni siquiera saben, hace un año que estuve enferma de una hemorragia ni siquiera vino la hija a verme, ni nada, sólo mi muchacho el chico [de 15 años, vive con ella] me ayudaba, me pone el agua para que me bañe, toda mi ropa sucia la tiraba yo, nadie que me lavara ni nada, sólo él” [Julia, 50 años].

“Mis otros hijos siempre me preguntan [de su estado de salud]...pos ahí nomás este me pregunta: ‘qué ¿cómo siente? ¿se siente mal o no?’ y le digo: ‘me siento más mejor’...también mi vecina siempre viene, me pregunta cómo estoy...cuando voy al

doctor me acompaña mi niña [una niña de 11 años], ella casi no me deja” [Emigdia, 52 años].

“Mi hija que vive aquí cerca nunca viene...nunca preguntan cómo me siento” [Hilaria, 65 años].

“Cuando me enfermo mi muchacha, aquí viene...cuando ya no puedo caminar...si viene mi muchacho, si viene mi hija, pos aquí está...aquí mi muchacho, aquí mi muchacha, me cuidan, porque ya no caminar...vienen mis muchachas a hacer las tortillas aquí...cuando aquí está mi muchacho también...pero mi muchacho no, pues su esposa pos ya no, nomás mi hija” [Josefa, 70 años].

“Cuando estuve malita me ayudaron mis sobrinas... lavar la ropita, como tres meses ayudaron, me dolía mucho el estómago...me daban de comer, pero ni comía, no tenía hambre, ahora ya estoy bien” [Evarista, 77 años].

Cabe resaltar la respuesta de Evarista, quien a pesar de ser viuda y no haber tenido hijos, nos hace ver que las redes familiares de ayuda en caso de problemas de salud se extendieron más allá de la descendencia directa, en este caso fueron sus sobrinas las que acudieron a su auxilio cuando ella estuvo enferma. Otro ejemplo de activación de una red más allá de la familia, no sólo de la descendencia directa, lo vemos en lo dicho por Francisco quién ante una enfermedad grave de su esposa manifiesta recibir apoyo de los ministros de una iglesia evangélica, que tiene pocos adeptos en la comunidad:

“Más me ayudan mis amigos de fuera, por ejemplo del templo de evangelización más que mis familiares, me dan una despensa, me vienen a ver... los integrantes de la iglesia, los ministros, mismo sacerdote, el padre es el que les dice, ellos cada quince días, les dice entienden lo que les dije que van hacer, no entienden, el sacerdote es el que les dice que van a hacer, los ministros no hacen las cosas por su voluntad, llega cada 15 o dos domingos, pregunta ¿hicieron esta semana?, ¿hicieron lo que les dije que van hacer?, ¿están platicando con otras personas,? así” [Francisco, 51 años].

Para terminar este apartado considero importante el significado que tiene para Eladio la necesidad de otorgar apoyo económico a las personas de mayor edad en función de la pérdida de movilidad y de su rol social:

“A la gente más viejita se le debe de dar ayuda...ya no pueden ganar, ya no pueden moverse...ya no...de 75, 80 [años] ya no andan...tan solo ahorita yo tengo 69 y uno subir de aquí hasta arriba, ya no llego” [Eladio, 69 años].

Ayudas otorgadas

Cuando se piensa en las personas de edad mayor, es común imaginarlas dependientes en el ámbito económico, físico y afectivo de parte de sus descendientes, ocasionando que se preste poca atención a las ayudas económicas e instrumentales que ellos suelen prestar a sus hijos y

nietos, contribuyendo de esa manera al bienestar familiar. Lo que algunos de los entrevistados dejaban vislumbrar era un ideal de que las relaciones de ayudas fueran en ambas direcciones, aspecto que se ha analizado, mediante un enfoque cuantitativo, en el capítulo V, encontrando que un porcentaje importante de indígenas mexicanos de edad mayor proporcionan ayudas económicas y no económicas a hijos, sin embargo no se establecen fuertes relaciones de intercambio e incluso las ayudas proporcionadas por los mayores disminuye con el aumento de edad, presentándose una situación desventajosa para aquéllos que logran alcanzar edades más avanzadas.

En el caso de Atla, debido a la precariedad en que vive su población podría intuirse la inexistencia de personas de edad mayor que proporcionen ayuda económica a sus descendientes. Sin embargo sí se presenta, sobre todo en situaciones adversas como son los problemas de salud:

“Cuando no tienen dinero, tengo que darles a los hijos del José [su hijo que vive en un terreno colindante con el de ella], cuando no tienen dinero y están enfermos, les ayudo, para que lo lleven al doctor, o como aquí en el rancho decimos que se cae la mollera, pues que lo soben, lo curamos, lo que necesiten” [Julia, 50 años].

Los testimonios recolectados no proporcionan elementos que permitan conocer a profundidad cuáles son las causas por las que los padres no proporcionen ayuda económica a hijos, sólo se argumenta que es por costumbre de la gente del pueblo. Sin embargo, las alocuciones de los entrevistados permitió establecer que la ayuda no económica se proporciona cotidianamente por parte de los indígenas de edad mayor en Atla, vislumbrando un aspecto de diferenciación por género ya que mientras las mujeres suelen compartir gastos con los hijos sobre todo se dedican al cuidado de hijas y/o nietos, asumiendo el rol de madres sustitutas, y en ocasiones a alguno de sus padres, en especial cuando se presenta algún problema de salud, o bien cuando su hijo (a), yerno o nuera se ven en la necesidad de emigrar en busca de un empleo:

“Yo pago la luz y yo se la paso a mi hijo José, el agua la pagamos cada año \$120.00 y la luz cada dos meses de \$350.00 o \$ 380.00, la pagamos entre los dos, yo y mi hijo” [Julia, 50 años].

“Cuando se enferma mi hija [la que vive en Xolotla], siempre me iba a cuidar también...yo la cuidaba y a mis nietos...siempre cuando se enferma mi hija, siempre me iba a lavar las ropas de mis nietos...dinero casi nunca le puedo dar” [Emigdia, 52 años].

“A veces cuando mi nuera se va a Pahuatlán, la tengo que ayudar...mi hija cuando se va a Pahuatlán, también lo tengo que ayudar a cuidar sus hijos... a mi Mamá, casi no...una vez le dio como calentura...pero nomás muy a veces...yo le lavo su ropa...cuando se

enferma, porque ella es muy lista, se levanta y se pone a lavar, se baña” [María, 60 años].

“Cuando mi hijas se enferman también ayuda con...cuando, si tiene ropa pos también lavar, sus trastes pos también...pues está enferma mi muchacha, pues siempre ayuda” [Josefa, 70 años].

En lo dicho por las mujeres se detectó que el rol de madres sustitutas es asumido también por la ausencia temporal (emigración) o definitiva (muerte) de alguna de sus hijas:

“Esta niña vive conmigo, es de mi hijo grande que se fue al otro lado, me dejó con su hija, no me manda nada. De la mamá de la niña tampoco sé nada” [Julia, 50 años].

“Este nieto lo dejó mi hijo cuando se fue a Estados Unidos. Y su mamá se fue a México, vive con otro...Yo siempre lo ayudo de zapatos, de libretas y nada más...porque a veces me manda el dinero su papá...yo le digo a su papá, pos ¿sabes qué?, tu hijo quiere zapatos, libretas...como está estudiando...siempre me manda el dinero y yo lo compro todo...siempre viene, casi viene diario mi nieto” [Emigdia, 52 años].

“Cuando mi hija murió, me hice cargo de mis nietos, una niña y dos niños” [Rosario, 77 años].

Las respuestas de los hombres permiten desprender una diferenciación por género respecto a las ayudas otorgadas, en primer lugar porque de entrada la mayoría mencionó no proporcionar ningún tipo de asistencia a sus hijos o nietos, o bien porque se les da ayuda en especie ante la imposibilidad de apoyarlos económicamente:

“Aquí no...pos cada quien lo suyo”. [Álvaro, 76 años].

“A veces vienen los hijos por alguna cosa, como quien dice, que les falta un cerillito...pues búscale, ahí está...alguna cosa que le hace falta, pues yo le tengo que dar...dinero no puedo...pues apenas vamos manteniendo” [Leonel, 67 años].

A manera de justificación de no otorgar ayuda a sus hijos, Eladio nos contó diferentes problemáticas que tiene con ellos, principalmente debido a la recriminación que le hacen por no haber trabajado más y carecer de mayores extensiones de tierra para repartirles a sus nietos; de acuerdo a lo expresado por el entrevistado, el reclamo se debe en parte a que hace algunos años él tuvo ciertos problemas de alcoholismo, superados a partir de su internamiento en una granja para alcohólicos en Huachinango, Puebla. Una parte de este discurso hace alusión a su edad avanzada como factor que impide asumir responsabilidades que sus hijos le solicitan; como ellos poseen un nivel mayor de escolaridad, Eladio lo asocia con mayores posibilidades de adquirir bienes. De esta parte de su discurso se obtuvo la frase que da parte del título del presente capítulo

“Yo ya no les echo la mano [a sus hijos varones]...ni ellos ya no me hacen cuento...dije: cada quien...por eso les digo, como ésta, mi hija, viene otra hija, aquí les voy a dar ayuda...llegan mis hermanos, ahí están comiendo, les regalo unos elotes, les doy café, así...no les doy dinero...Pues no...a veces ya nomás nos quieren regañar...quieren sus partes grandes, quieren un terreno grande, una huerta ‘fuiste tonto, no trabajaste’...pos ahora voy a ver, a ver qué le hacen la lucha; ellos que compren...que para mis nietos, yo no soy responsable, para servir a todos, no...por ahí me dicen los muchachos, me dicen ‘los vas a aguantar parejitos a los nietos’...¡pos no! ¿pos cuándo? **‘Yo seré un burro viejito, pero ya no aguanto más maletas’**...ahí está lo bueno...y como ustedes son de otro pensamiento, ya no igual como nosotros...o ¿quién sabe?...quieren un carro, quieren comprarse una casa...y nosotros aquí de nada, solamente un terrenito...y ustedes son de estudio...estudios quieren” [Eladio, 69 años].

Ayudas cognitivas proporcionadas

Estudios de corte antropológico en comunidades indígenas mexicanas realizados a principios y mediados del siglo pasado dan cuenta del importante papel que en ese entonces gozaban las personas de edad mayor en términos de tomar las decisiones para el funcionamiento social y político de los poblados, organizados en consejos de ancianos.

En esas sociedades el anciano era considerado como la persona que conocía la verdad y la transmitía a aquéllos que se encontraban cerca de él, en ellos estaba el recuerdo, el acto y la posibilidad del futuro. Sus palabras eran más que sólo eso, ya que se convertían en consejos que encauzaban el devenir de la vida, incluso de los mitos y de la historia.

El papel desempeñado era importante ya que no sólo funcionaban como consejeros y guías de ceremonias rituales, sino que comúnmente encabezaban la siembra y las cosechas. Tan importante se consideró la imagen de un anciano que forma parte de la literatura e incluso de algunas figuras representativas traducidas en esculturas.

Por lo menos en Atla, la situación ha cambiado. Ninguno de los entrevistados recordaba de la existencia de un Consejo de Ancianos o alguna instancia similar en la comunidad. Por otra parte al inquirirles sobre si algún familiar o vecino le pedían consejos respecto a las problemáticas de la vida cotidiana, se obtuvieron pocas respuestas positivas, de mujeres sólo el testimonio de María quien dice que los consejos que proporciona a sus descendientes están conectados a problemas de salud de alguno de sus nietos:

“Pues sí, a veces cuando se enferma su hijo siempre preguntan: ¿ahora qué le vamos a hacer al bebé? está enfermo...por ahí le digo, llévalo con el doctor...ahora cuando cayó mucho, yo le dije: el niño está enfermo, le tienes que decir a la señora que le de una sobada y lo tienes que llevar con el doctor...y así...cuando se empieza a chillar, yo le digo: póngale un té de manzanilla o hierbabuena, a lo mejor le duele su estómago...así le estoy diciendo” [María, 60 años].

De los tres hombres que respondieron positivamente a este cuestionamiento, Lucas y Leonel argumentan que dan consejos a sus hijos que no viven con ellos, de cómo desarrollar algún trabajo, lo cual ellos con la experiencia que dan los años saben realizar. En cambio Eladio hace referencia que los consejos que les da a sus hijos están basadas en las experiencias negativas que ha tenido en su vida.

“Con mis hijos platicamos sobre del trabajo, de los amigos, como tengo yo mi conocimiento, para mi me buscan mucho, me buscan, hablamos con confianza...los otros familiares que viven en el pueblo a veces vienen o voy para allá, cuando tienen alguna necesidad, vienen a platicar, a pedir favores, que voy a hacer esto, lo otro, todo eso” [Lucas, 59 años].

“Hay a veces que me hacen preguntas, como los nietos como ya son grandes, me dicen cómo se puede hacer o cómo...cómo vamos a hacer esto...uno, como quien dice, yo tengo mis pensamientos para decir esas palabras...a mi me dan esos pensamientos, no es mío, pero yo tengo que compartir si me preguntan...yo tengo que compartir y decir: ‘así es’...a veces me dicen [los vecinos] algunas cosas de que...ahí a veces sale, hay a veces, como digo...unos pueden entender lo que va uno a decir y otros no...si yo voy a decir una cosa, me puede aprender o puede no, pero sí yo le digo una cosa...si no yo puedo hacer esto, pero ya le mostré la manera en cómo se va a hacer...es una ayudita, una cosita nomás de platicar, pero vamos a hablarle de un modo” [Leonel, 67 años].

“Únicamente yo les digo [a sus hijos] que se porten bien, que trabajen, que no anden haciendo cosas malvadas por allá...jalar lo ajeno, coquetear con cualquiera...también así era yo, fracasé...cuando murió mi papá, me aventé de tomador...tomaba yo aguardiente, ya no pensaba yo en chambear, pero mi mujercita me dio una regla, pero buena...se enojó ella, me portaba yo mansito...estoy acostumbrado a nunca...nunca andar para allá a trabajar...sí le daba yo lástima con sus hijas...estoy confesando delante de usted, me pasé...por eso lo que le cuento a mis muchachos...si hacemos mal, uno mismo nos hacemos mal...pero si hacemos bien...claro que no me van a tener tanto mis hijos como santito. ¡No!, pero algo les sirve...cualquier ratito necesito un favor” [Eladio, 69 años].

Discusión y conclusiones

Atla es un ejemplo del otro México, el México indígena, el profundo de acuerdo a Bonfil (1989), lleno de contradicciones, rico en cultura y recursos naturales, pero con una población viviendo en situación precaria, de pobreza, en un contexto de globalización que no le es ajena, que vive en un constante debate que quizás no es consciente en cuanto a conservar sus tradiciones, su cultura por un lado y por el otro asimilar características del resto de la población que les permita tener una mejor calidad de vida. En este marco, la organización social y política de la comunidad ya no se basa en la experiencia y opiniones de las personas de mayor edad, como se realizaba en

tiempos pretéritos como algunos de los informantes recordó, sin embargo ninguno de los entrevistados recuerda la existencia de un consejo de ancianos u organización social parecida.

Los datos presentados indican que se trata de una comunidad con un desarrollo acelerado en los últimos años, con indicadores socioeconómicos que indican ciertas mejoras económicas debidas a factores externos, como la migración, la llegada de sistemas escolares de mayor nivel (bachillerato) y el apoyo de los programas gubernamentales de combate a la pobreza; en contraparte se percibe una pérdida de costumbres y de sistemas de producción ancestrales como la siembra y cosecha de maíz entre otros.

Los datos sociodemográficos indican que, si bien el porcentaje de personas de edad mayor (60 años y más) no es tan diferente en Atla respecto al país, la cifra deberá tomarse con cuidado en tanto existe una fuerte migración de personas en edad productiva. Aunque se observa cierta tendencia a la baja en las tasas de fecundidad y mortalidad, los valores de Atla son todavía altos respecto a las cifras oficiales reportadas para el conjunto del país. La explicación de la alta fecundidad en Atla, y probablemente en otras poblaciones indígenas, no puede explicarse por un solo factor. Existe una serie de aspectos que pudieran estar incidiendo en la decisión de tener muchos hijos, como los factores culturales (“los hijos que dios me dé”, el machismo que prohíbe a las mujeres el uso de métodos anticonceptivos, etc.), económicos (necesidad de mayores recursos humanos para trabajar las tierras), estructurales (falta de instituciones médicas y sociales que propicien programas de atención a la salud reproductiva) entre otros.

Respecto a la mortalidad, las altas tasas registradas probablemente se deban más a las condiciones de pobreza e insalubridad en las que vive la población, aunado a la falta de estructura en aspectos de atención a la salud y sobre todo la imposibilidad de acceder a medicamentos por lo costoso que resultan. En cuanto a los aspectos culturales, de acuerdo a la información oral recolectada, la comunidad ha superado la atención de salud con curanderas/os y/o brujos como antaño se había realizado.

Contrario a la tendencia general del envejecimiento, pero similar a lo que se observó con datos de población indígena a nivel nacional, en Atla no se puede afirmar que exista una tendencia de feminización de la vejez de acuerdo al valor del índice de masculinidad en los grupos de mayor edad. Es muy probable que la alta mortalidad femenina afecte este patrón, sin descartar el impacto de otros fenómenos como la migración.

Respecto a la metodología cualitativa, las entrevistas realizadas han permitido profundizar en aspectos de la vida de las personas de edad mayor en Atla. La pobreza propia en la que se vive en la comunidad propicia que hombres y mujeres de edad mayor compartan alguna vivencia similar sin embargo, de acuerdo a lo expresado por las personas entrevistadas permite inferir que la experiencia del envejecimiento en Atla, en términos generales, es diferente según la condición de género y edad.

Un ejemplo de la desigualdad por género se expresa en que la escolaridad de la mujer adulta de Atla se vio impactada por el machismo imperante en el pensamiento del padre en la época que las entrevistadas fueron niñas; el papá no veía mucho sentido que sus hijas estudiaran si al final de cuentas se van a casar, por lo que cualquier pretexto motivaba que fueran excluidas de ir a la escuela. Aunque no es determinante un mayor nivel escolar propicia una mejor forma de dar a conocer dificultades con el estado de salud, de poder nombrar enfermedades o síntomas, y de comunicación en general tomando en cuenta que el náhuatl es la lengua materna de la población y que el español es aprendido en la escuela.

La diferenciación por género está presente también en el trabajo que se realiza, no se puede ni siquiera pensar en personas jubiladas o pensionadas. En una comunidad rural como Atla el trabajo de la mayoría de los hombres esta ligado a la tierra, la información proporcionada indican que la mayoría trabaja sus propios terrenos, que no son extensos y en consecuencia el producto sólo es para autoconsumo, o bien algunos acuden a localidades cercanas para trabajar en tierras ajenas, el rol de proveedor parece no perderse a lo largo de toda la vida. Por su parte las mujeres mayores de Atla se encuentran totalmente insertas en la economía de la comunidad, merced a su trabajo artesanal textil que realizan desde niñas o jóvenes y cuyo producto, algunas de ellas, salen a vender en la cabecera municipal, en ciudades cercanas como Tulancingo o bien en la Ciudad de México. Pero las mujeres también cooperan en las actividades agrícolas, además de la realización de las tareas domésticas comunes como son la elaboración de alimentos y tortillas, tradición que aún se conserva en la mayoría de los hogares y lo que explica la ausencia de tortillerías en el pueblo. Las respuestas de las mujeres permiten establecer que, a pesar de la avanzada edad, no dejan de jugar el rol de cuidadoras de sus descendientes, las más jóvenes de sus hijos y las mayores de sus nietos.

Casi la totalidad de los hombres informaron que tuvieron algún antecedente de migración principalmente a la Ciudad de México donde realizaron trabajo de diablos, cargantes como

ellos dicen, en la zona de la Merced o en la central de abastos. Otros migraron para realizar labores agrícolas en las zonas rurales de la ciudad como Tulyehualco o Milpa Alta. Algunas mujeres migraron al mismo lugar, pero para realizar servicio doméstico. Ahora la migración de los hijos es hacía Estados Unidos, experiencia que ninguna persona entrevistada indicó haber vivido.

Se presupone que la cohabitación de las personas de edad mayor con sus familiares es una posible fuente de apoyo económico, material y de cuidados. Los resultados encontrados muestran diferenciación por género y edad. Las personas de mayor edad viven solas o únicamente con su pareja. Las mujeres debido a que se han separado de sus esposos o por que han enviudado y los hombres sólo por este último motivo. La costumbre de unirse o casarse a una temprana edad propicia que los hijos vivan pocos años con las personas de edad mayor, aspecto que se combina con el intenso flujo de emigración de la población en edad laborable hacia Estados Unidos o a la Ciudad de México, propiciando que parejas de adultos mayores de Atla tengan que hacerse cargo de sus nietos, atención que como mencionamos en el párrafo anterior recae principalmente en mujeres.

Para poder analizar de mejor manera la red familiar de apoyo a las personas de edad mayor habrá que comentar que los hijos varones poseen su vivienda en terrenos colindantes con el de sus padres, debido a la partición del terreno originalmente propiedad del padre. Como consecuencia de la emigración de los hijos, se pueden observar ya algunas casas de dos pisos, vacías o utilizadas como bodegas, hechas de tabique y concreto, a un lado donde las personas de edad mayor tienen sus casas de madera, con pisos de tierra, haciendo alusión que las han construido a sus hijos con las remesas que ellos envían. En otras viviendas se puede percibir la presencia de otros hijos que no emigraron, pero que no necesariamente tienen relación amigable con sus padres.

La salud de los adultos mayores se explica por una variedad de factores relacionada con la vida pasada y presente de estas personas y está enmarcada en la desigualdad social existente en nuestro país. El estado de salud de la población mayor de Atla es una consecuencia de las condiciones sociales y económicas paupérrimas en las que han vivido. Las enfermedades reportadas son consecuencia de una combinación de factores como el trabajo que han y siguen realizado, las condiciones insalubres de las viviendas, la alimentación deficiente, las condiciones medioambientales, la falta de cuidados y atención oportuna de su salud, así como las prácticas

culturales anteriores recientes de acudir a curanderos y/o brujos para aliviar sus males, entre otros aspectos. El rol de género que se vive en la comunidad también hace que las enfermedades que se padecen sean diferentes entre mujeres y hombres de edad mayor. Por una parte las mujeres, al realizar las labores de costura durante la mayor parte del día en los patios de sus viviendas, por un lado, exponen su vista a climas contrastantes: vista caliente por estar con la atención de la costura y frío sobre todo al amanecer y anochecer, ya que Atla se encuentra sobre una ladera de la serranía; por otro lado la posición en cuclillas o hincadas, en las que permanecen largas horas del día, propicia un deterioro físico que se refleja en dolores de cintura, espalda, rodillas y cabeza. En tanto los hombres, aunque auto perciben un mejor estado de salud que las mujeres, dieron cuenta de enfermedades que son producto de la ejecución de su trabajo en el campo, que siendo muy accidentado produce a menudo caídas, que probablemente les ocasionan torceduras o fracturas. Tanto hombres como mujeres se ven afectados por los cambios climáticos que suceden durante el día en Atla, donde por la mañana y la noche se siente frío y la mayor parte del día un intenso calor y las personas tienden a usar ropa ligera, propiciando que varias personas tengan padecimientos respiratorios que en algunos casos llegan a convertirse en asma.

El servicio de atención a la salud es otro ejemplo más de la desigualdad social en que viven las comunidades indígenas. En Atla existe una clínica de la Secretaría de la salud que da atención primaria a la población con un médico y dos enfermeras pero, de acuerdo a lo manifestado por los entrevistados, el servicio que se presta deja mucho que desear, no existen medicamentos adecuados para varias enfermedades y la relación médico-paciente no es como las personas que acuden a curarse esperarían. Esto propicia que varios individuos tengan que buscar alternativas fuera de la comunidad, si es que la escasez económica en la que viven se los permite, o bien resignarse y esperar que pase la enfermedad con los pocos medicamentos que se les proporciona o sin ellos.

La pobreza en que se encuentran inmersas las comunidades rurales indígenas está relacionada con la privación y exclusión de las personas mayores de posibles redes de apoyo familiar. En términos económicos es casi imposible que los familiares puedan transferir apoyos económicos, de la población joven a la mayor y viceversa, en tanto no se cuenta con lo indispensable para sobrevivir; no se trata de la desigualdad por género o edad es la desigualdad social que impacta negativamente a este sector de la población. Esta situación no sólo afecta en lo económico, afecta también en los aspectos de posibles ayudas instrumentales que pudiera

recibir la población indígena mayor de Atla, ya que la emigración ha propiciado una ausencia de los descendientes directos que puedan acudir en apoyo en caso de alguna necesidad cotidiana de la población mayor. Parece más bien que la relación es inversa y que son las mujeres mayores las que ayudan a los hijos con cuidados y algunas veces crianza de los nietos.

Los programas gubernamentales de combate a la pobreza a la hora de instrumentarse en Atla benefician a la mujer, lo que propicia una desigualdad de género que parece acentuar la pérdida del rol de proveedor de los hombres en edades mayores. De manera incipiente se puede ver la incorporación de algunas personas de mayor edad, 70 o más, al programa de apoyo a adultos mayores, sin embargo, por lo expresado por algunos entrevistados, existe un sesgo político en su implementación, discriminando a las personas que no pertenecen al grupo político de quien esta comisionado para instrumentar el programa.

Entre los principales temores comunicados por la población adulta mayor está la gran ausencia de respuesta institucional y social, que se ofrece en el contexto rural, indígena y de pobreza, para atenderlos de alguna manera. De esta manera, la desigualdad de género y la de edad se entrelazan con la desigualdad socioeconómica y da como resultado una representación del envejecimiento en términos de vulnerabilidad y un débil estado de bienestar, se trata de personas que, además de enfrentar la vejez y posibles enfermedades, deben preocuparse por resolver la situación cotidiana de necesidades básicas como la alimentación. A esto se suma la constante angustia de pensar cómo se podría resolver la situación en el caso de alguna enfermedad grave o larga.

Las personas de edad mayor en Atla se auto-perciben como individuos que están en actividad y por lo tanto son productivas y valiosas. Sus obras pasadas y su experiencia presente así lo confirman, en tanto realizan trabajos de diversa índole y se sienten útiles e independientes, la experiencia de la edad adulta en Atla se vive bien, sin embargo el contexto de pobreza y debido a que las fuerzas no son las mismas, manifestándose en dolencias y otros problemas de salud, se "deja de ser" todo lo activo que se desea, "se sufre". Es decir, el tránsito hacia edades mayores implica un proceso de cambios físicos, sociales y emocionales que muchas veces conllevan sufrimiento y que como éste, exigen adaptaciones a la nueva realidad.

A primera vista en Atla no se percibe un conflicto entre las generaciones de viejos con la de jóvenes debido a la ausencia de éstos por efecto de la emigración, propiciando que los ancianos tengan que ser tan productivos como antes aunque muy probablemente se cambien los

trabajos rudos y esforzados por simples que no requieren mayor fuerza. En este sentido, las personas de edad mayor con su experiencia siguen contribuyendo a la dinámica económica y social de la comunidad en concordancia con los más jóvenes (hijos y/o nietos), quienes todavía están aprendiendo y trabajan con más fuerza.

En cuanto a los intercambios económicos y de ayudas instrumentales en Atla entre las personas de edad mayor y sus descendientes se advierte del rol fundamental que asumen los primeros debido a la precariedad en la que viven sus hijos y nietos. Se puede decir que en esta comunidad el proceso de envejecer no se relaciona con la interrupción del funcionamiento del intercambio económico y de apoyo, ni mucho menos de la salida de las personas mayores de la actividad laboral. Por tanto, el que las personas en edad avanzada dejen de ser poco o nada productivos puede ser un mito, sobre todo cuando se comprueba que sí hacen algo, que sí trabajan, mantienen y hacen funcionar sus propiedades, siendo su actividad sumamente importante para su salud física y emocional.

CONCLUSIONES GENERALES

La dinámica poblacional que actualmente experimentan la mayoría de los países y que implica una mayor proporción de individuos en edades avanzadas y el hecho de que en México este proceso adquiera relieves sobresalientes, tanto por la rapidez con la que se presenta como a que se desarrolla en condiciones de enormes rezagos económicos y profundas desigualdades sociales, motivó la idea de realizar este trabajo. El cambio demográfico que se está gestando implica la formación de una nueva categoría social asociada a un grupo de la población: el de las personas de mayor edad. De esta forma la edad se suma a otras características, como son la etnicidad y el género, surgidas en distintos contextos históricos y sociales que han dado motivo para profundizar en las diferencias sociales en México, donde los hablantes de lengua indígena, las mujeres, los niños y las personas de edad avanzada son grupos de la población que social y económicamente se encuentran menos favorecidos respecto a los no hablantes de lengua indígena, los hombres, los adultos y los jóvenes.

Hablar de la categoría *población indígena mexicana* como un conglomerado de individuos es una agrupación arbitraria en tanto se sabe de la composición pluriétnica de los hablantes de una lengua distinta al español en México, siendo no sólo la lengua sino también los aspectos sociales y culturales particulares de cada comunidad lo que permite establecer la diversidad de grupo poblacional. Sin embargo algo que sí comparte la mayoría de la población indígena mexicana es la situación de inequidad que tiene sus orígenes prácticamente desde el contacto europeo con América, el cual implicó una de las peores tragedias demográficas en la historia de la humanidad debido al descenso de efectivos indígenas ya sea por la muerte directa por guerra, la brutal explotación de la que fueron objeto o por la poca resistencia ante enfermedades venidas desde otras latitudes.

En la actualidad la desigualdad se refleja en que la mayoría de la población indígena vive en situación de marginación y exclusión social, con acceso a tierras de mala calidad de escasa irrigación, con bajos niveles de escolaridad y altas tasas de analfabetismo, precarias condiciones de vivienda, acceso a escasas y precarias fuentes de empleo en las diferentes regiones donde se asientan las comunidades indígenas, lo que en conjunto propicia una fuerte emigración a las ciudades más grandes y/o hacia Estados Unidos favoreciendo el despoblamiento, particularmente de individuos en edad productiva, por lo que es común encontrar pueblos indígenas habitados en su mayoría por niños y personas de edad avanzada.

En lo referente a la dinámica demográfica, la población indígena mantiene altas tasas de mortalidad infantil no obstante la extensión de las políticas de salud y educación hacia las áreas rurales del país; la tasa de fecundidad indígena sigue siendo alta, lo que podría entenderse por valores, costumbres, creencias y bajo nivel educativo de las familias indígenas y campesinas ante lo cual las políticas de salud sexual y reproductiva deberán ser adaptadas a las culturas indígenas. En este contexto se puede decir que, si bien la población indígena lleva un proceso más lento en su transición demográfica respecto a la población no indígena, se advierten cambios en su estructura etaria donde cada vez los grupos de mayor edad adquieren mayor peso. En el contexto de desigualdad social por cuestiones de etnicidad, que ubica en desventaja a la mayor parte de la población indígena, se vislumbra que en las edades adultas la situación será aún más precaria que la de sus contrapartes no indígenas.

La desigualdad por género que generalmente coloca en desventaja a la mujer, es un constructo social y se presenta en todas las sociedades y en diferentes etapas de la vida, se manifiesta de distinta forma según sea el sistema sociopolítico, el grado de desarrollo económico, o la tradición cultural. Esta desigualdad también es palpable en el caso de la población indígena mexicana y se puede apreciar por ejemplo en diferencia de roles, de tareas y actividades definidas como femeninas y masculinas, en las acciones cotidianas como el momento de la comida donde las mujeres, madre e hijas, tienen que atender y darle prioridad al marido y a los hijos varones, en los casos donde desafortunadamente las mujeres son víctimas de violencia física de parte de sus cónyuges y en el hecho de que la herencia de los bienes se otorgue en la mayoría de los casos sólo a los hijos varones. Aunque lentamente en tiempos recientes se perciben algunos cambios en esta situación propiciados por una mayor asistencia de mujeres indígenas a la escuela, el constante y experimentado vínculo con las ciudades por el trabajo que se desarrolla, una mayor penetración de los medios de comunicación en las comunidades, creciente participación femenina en las actividades económicas y en algunos casos su intervención en la organización social y política como dirigentes.

Cuando se llega a la edad adulta los roles de género desempeñados a lo largo de la vida se manifiestan tanto en el aspecto físico relacionado con la salud, como en lo social. La mayoría de la población indígena no cuenta con el derecho de jubilación o pensión por ende se da la necesidad de seguir trabajando prácticamente hasta la muerte, por lo tanto, el abandono del rol de proveedor de parte del hombre y de resolver las actividades del hogar de parte de la mujer, sólo

se modifica ya sea porque los hijos han emprendido una vida por separado y/o porque su capacidad física ha disminuido debido a padecimientos que afectan el estado de salud. En este aspecto la situación de las mujeres indígenas de edad mayor es diferente a la de hombres ya que están más expuestas a padecer enfermedades que limitan su movilidad, esbozando un panorama paradójico ya que mientras la esperanza de vida en mujeres es mayor respecto a la esperanza de vida de hombres, las condiciones de vida en edad avanzada de ellas son peores que la de ellos.

La salud de la población indígena de edad mayor es uno de los temas centrales de esta tesis; los resultados indican la presencia de un patrón multifactorial ya que coexisten enfermedades propias de la edad y la actividad realizada a lo largo de la vida, por ejemplo la alta prevalencia de problemas relacionados con la vista y el oído, enfermedades transmisibles como las respiratorias y gastrointestinales, las crónicas degenerativas como diabetes, hipertensión y artritis entre otras, por lo que se percibe un impacto importante de las transiciones demográfica y epidemiológica en las condiciones de vida y salud de los indígenas mexicanos en un contexto marcado por las desigualdades por etnicidad, edad y género, lo cual se manifiesta en una tendencia creciente respecto al aumento de edad, del porcentaje de indígenas que tienen dificultad para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana como son: caminar, acostarse y levantarse, comer, bañarse, preparar e ingerir sus alimentos y tener un control en sus transacciones monetarias entre otras actividades, siendo aproximadamente los setenta años un punto de inflexión donde se incrementa la presencia de estas dificultades; en el caso del género los resultados encontrados permitieron inferir mayor prevalencia de diabetes, hipertensión y artritis en mujeres.

Aunque la edad es un factor que incrementa la dificultad para seguir realizando actividades cotidianas en ambos sexos, los métodos estadísticos utilizados hicieron posible establecer algunos patrones diferenciales respecto a los factores que inciden en la posibilidad de poseer mayores dificultades para la realización de actividades básicas e instrumentales, que permitieron establecer comportamientos diferentes para hombres y mujeres. Son más propensas a presentar dificultades para realizar sus actividades cotidianas las mujeres indígenas que viven solas en mayor precariedad económica, por lo que a pesar de sus limitaciones físicas se ven en la necesidad de seguir realizando alguna actividad que les genere algún ingreso. En tanto los hombres indígenas que en mayor medida presentan dificultades para seguir realizando sus actividades cotidianas son los que han sido diagnosticados con artritis o reumatismo,

obligándolos a seguir cohabitando o bien con su pareja o bien con sus hijos y otros familiares de los que reciben mayores apoyos económicos.

El sistema de salud en México enfrenta serias deficiencias por su insuficiente cobertura e imposibilidad de atención a una población con enormes demandas. En el caso particular de la población indígena de mayor edad, la atención sanitaria es en algunas comunidades inexistente y en otras es poca y de mala calidad. Las mayores restricciones de acceso a los servicios de salud propicia que la población indígena presente diferentes enfermedades curables que pueden convertirse en mortales por falta de atención médica oportuna; esta situación obliga a recurrir al uso de medicina alternativa con tratamientos basados en la tradición oral, heredada de generación en generación, que suelen ser eficaces pero insuficientes para atender enfermedades de mayor envergadura, propiciando la existencia de curanderos y brujos.

Otra temática de interés tratada en este trabajo es el de las relaciones de intercambio que establecen los indígenas de edad mayor con sus descendientes, en un marco donde la política social en materia de jubilaciones y pensiones es prácticamente inalcanzable para la mayoría de los indígenas en tanto no tuvieron la oportunidad de beneficiarse con un trabajo formal que les otorgara esa prestación y debido a la inexistencia de un programa de pensión universal para la población que alcanza cierta edad, lo cual obliga, como ya se ha mencionado, a que la mayoría tenga que trabajar hasta su muerte, cuando las capacidades físicas lo permiten, o bien depender de apoyos económicos y no económicos de parte de familiares, o en algunos casos beneficiarse de algún programa gubernamental que proporciona apoyos económicos a la población más desfavorecida como es el caso del incipiente programa Oportunidades.

A diferencia de la visión macroeconómica que considera a la población de edad mayor (65 y más años) dependiente de la población en edad laboral (15-64 años), en este trabajo se muestra que la relación de apoyos se da en ambos sentidos, es decir los indígenas de edad mayor reciben ayudas económicas y no económicas de sus hijos pero alta proporción de ellos también las otorgan. Las relaciones de intercambio expresadas por las ayudas económicas y no económicas recibidas y proporcionadas por los indígenas de edad mayor están basados en aspectos de solidaridad y arraigos familiares ancestrales y son la explicación para la supervivencia no sólo de las personas de edad mayor sino del conjunto de la población indígena mexicana ante la situación social y económica adversa que enfrentan. En el caso de las ayudas que los mayores otorgan resaltan las no económicas como son: cuidados de nietos, realización de

quehaceres del hogar, construcción y cuidado de las viviendas de los hijos emigrantes, así como siembra y cosecha en tierras de los hijos.

El género desempeña un rol vital al advertirse una relación más estrecha de la madre con sus hijos en cuanto a las ayudas recibidas y otorgadas, mientras los hombres suelen no reconocer las ayudas recibidas por parte de sus hijos, hacerlo sería reconocer la pérdida de la función de principal sostén de la familia y abastecedor de recursos económicos que han desempeñado a lo largo de su vida, sin embargo los modelos estadísticos permiten concluir que las ayudas económicas recibidas de hijos por hombres indígenas es mayor cuando aumenta su edad, cuando no trabajan ni reciben ingresos económicos de alguna otra fuente y cuando su estado de salud es tal que les impide realizar actividades instrumentales de la vida cotidiana; en mujeres además del aumento de la edad, no estar en unión conyugal y haber tenido un mayor número de hijos son los principales factores que incrementan la posibilidad de recibir apoyos económicos de sus hijos.

El incremento de la edad es un factor que impacta negativamente en la posibilidad de que los indígenas de edad mayor proporcionen ayuda económica a sus hijos. Los hombres que por su estado físico o mental tienen dificultades para realizar sus actividades básicas, así como los de menor nivel de escolaridad, que no trabajan y no perciben ingresos también tienen menores probabilidades de proporcionar ayuda económica a sus hijos. En mujeres sólo las de edad menor y haber tenido un menor número de hijos son los factores que incrementan la posibilidad de proporcionar ayuda económica a hijos, lo que estaría reflejando más bien una diferenciación de género donde las mujeres son discriminadas por sus parejas en el manejo de los recursos monetarios. Del mismo modo la ayuda no económica suministrada por los indígenas de edad mayor a sus hijos tiende a disminuir cuando se incrementa su edad y cuando viven solos. Las mujeres indígenas que presentan un mal estado de salud que les impide realizar algunas actividades de la vida cotidiana y las que se encuentran en peor situación económica, tienen menores posibilidades de proporcionar ayudas no económicas a sus descendientes.

Los capítulos III a V privilegiaron el uso de métodos cuantitativos para el análisis de las encuestas procedentes de la muestra del 10% del Censo de Población del 2000 y del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Cabe mencionar que los cuestionarios que sirvieron como instrumento de recolección de la información no eran dirigidos a un grupo específico de la población, aspecto por lo cual muchas de las interrogantes planteadas no toman en cuenta la realidad social en que viven los indígenas en sus comunidades. Por

ejemplo en la parte de las actividades de la vida diaria de la encuesta del ENASEM se cuestiona sobre dificultades para acostarse y levantarse de la cama, usar cubiertos para ingerir alimentos, el uso de tina o regadera para el baño cotidiano o el sentarse y pararse sin ayuda del WC; estas preguntas ignoran la condición económica y costumbres de la población indígena que vive en sus comunidades originarias y comúnmente carecen de regadera, WC, cama y no acostumbran usar cubiertos para comer, lo que probablemente ocasione un sesgo en las respuestas de los encuestados, que al no haber usado nunca los implementos mencionados hubiesen aceptado o rechazado poseer dificultad para realizar la actividad. Un segundo ejemplo, que puede proporcionar cierto sesgo a las cifras encontradas, se presenta en el cuestionamiento sobre enfermedades (crónicas) diagnosticadas por algún médico; en la mayoría de las comunidades indígenas no existe la posibilidad de asistir con personal de salud especializado porque son prácticamente inexistentes en las cercanías de las comunidades, lo que se suma a las costumbres de acudir con curanderos, brujos o chamanes ante afectación de molestias. Es decir, probablemente la prevalencia de estas enfermedades es mayor que la reportada pero las personas ignoran su padecimiento en cuanto carecen de un diagnóstico y no identifican los malestares como manifestación de éstas. Otro caso, donde no se previó la influencia del género en combinación con las costumbres indígenas, es la pregunta sobre la dificultad para preparar una comida caliente; hombres indígenas (y los no indígenas) muy pocas veces en la vida realizan esta actividad, por lo que más que la dificultad para realizar esta actividad debido a la edad avanzada estaría impactando la falta de habilidad para realizarla por no haberla practicado a lo largo de la vida.

A pesar de las limitaciones anteriores, los censos y encuestas proporcionan datos estadísticos que sirven para tener una mirada de la situación de la población indígena de edad mayor, sin embargo no hay que perderse en la creencia de que esta información es suficiente para un acercamiento a la realidad social y cultural indígena. Futuros estudios de corte cuantitativo en población indígena deben integrar equipos multidisciplinarios y multiétnicos que permitan mejorar el diseño y contenido de los instrumentos de recolección de la información, es importante la selección de encuestadores que se identifiquen con los sujetos de estudio, que puedan mantener una comunicación sencilla, de preferencia reclutar personal bilingüe y de las mismas comunidades o del mismo grupo étnico que permita resultados más claros.

La metodología cualitativa proporcionó una mirada diferente al conocimiento de aspectos de la población indígena mexicana de edad mayor a partir del estudio de caso en Atla, comunidad indígena de habla náhuatl asentada en la Sierra Norte de Puebla. Una característica a resaltar en esta comunidad es que las personas de edad mayor ya no representan la figura de autoridad que, de acuerdo a estudios pioneros en algunas comunidades indígenas, se les otorgaba por la acumulación de experiencia de vida por lo que sus opiniones eran seguidas y apreciadas como ley, donde el consejo de ancianos fue la base de la organización social y política. En Atla en cambio, de acuerdo a lo observado, el respeto hacia los mayores se debe más a los lazos de consanguinidad de parte de sus descendientes, que por el status social que podrían desempeñar. Esta situación se explica por los mayores niveles de escolaridad de las nuevas generaciones, la cada vez más intensa migración desde edades tempranas propicia la pérdida de tradiciones, un acelerado conocimiento de otros aspectos de parte de los jóvenes indígenas y la influencia de los medios de comunicación masiva a los que cada vez más miembros de la comunidad acceden.

La situación de pobreza que se vive en Atla obliga a que su población realice actividades para su subsistencia prácticamente hasta la muerte, por lo cual la presencia de deterioros en el estado de salud de las personas de edad mayor significan problemas económicos y emocionales en cuanto no pueden allegarse recursos suficientes mediante la actividad que han venido realizando la mayor parte de su vida ya sea trabajando el campo (en tierras propias o ajenas) o bien en la realización de artesanías que venden principalmente fuera de la comunidad. A pesar de que prácticamente todos siguen realizando alguna actividad, el sentir que sus fuerzas y capacidades físicas son insuficientes para seguir con la misma intensidad en las labores que realizan, se produce sufrimiento ante la dependencia económica y física que les es difícil aceptar. Sin embargo, la mayoría de las personas de edad mayor en Atla brindan importantes apoyos a sus descendientes en la medida de sus posibilidades económicas y físicas, siendo dos los ejemplos que en mayor medida se perciben: a menudo comparten el trabajo y producto de sus tierras con sus descendientes y ante la ausencia de sus hijos varones y sobre todo de mujeres son parte fundamental en el cuidado de nietos asumiendo el rol de padres sustitutos, recibiendo a cambio el apoyo de ellos mediante transferencias económicas para el manutención de los nietos que son comúnmente esporádicas e insuficientes. Este tipo de intercambios de reciprocidad son acciones de solidaridad familiar que podrían considerarse una estrategia que los indígenas

mexicanos siguen consciente o inconscientemente ante la situación de precariedad en la que viven.

Las sociedades actuales están viviendo transformaciones políticas, sociales, epidemiológicas y demográficas entre otras en un contexto de intereses económicos que agudiza la cada vez más extensa desigualdad social existente, que se refleja en la concentración de la mayoría de los recursos por conglomerados cada vez más reducidos de la población en perjuicio de las mayorías. Es en este marco donde se debe analizar el aumento de la proporción de personas de mayor edad en la estructura de la población indígena mexicana, que si bien es una realidad, el ritmo de crecimiento es menor que en la población general. Los grupos indígenas mexicanos presentan retos múltiples ya que históricamente han sido explotados, marginados, discriminados e ignorados por el Estado mexicano, que si bien ha elaborado planes y programas de atención enfocando desde aspectos culturales como las políticas de asimilación del siglo pasado hasta los programas asistenciales encaminados a reducir la pobreza, como el actual Oportunidades, no han tenido el efecto esperado para el bienestar y mejoría de las condiciones de vida de los indígenas mexicanos, lo que continua alentando a una gran cantidad de ellos a salir de sus comunidades y muchos otros del país, en búsqueda de ingresos que permita a ellos y sus familiares la mínima subsistencia.

Las categorías sociales indígena, mujer y “viejos” o personas de edad mayor tienden a acrecentar la brecha de desigualdad social y económica que prevalece en México. Ante la inexistencia de un programa de pensión universal para las personas de mayor edad se han planteado algunos programas de asistencia a este grupo en algunas entidades y a nivel nacional, programas que sin embargo no toman en cuenta las condiciones propias de los grupos indígenas mexicanos. La eficiencia de estos programas no se logrará si no se consideran cambios radicales en el país que pueda integrar una sociedad con base en el reconocimiento de la diversidad cultural, valorando las diferencias sin imponer la dominación de una cultura sobre otra, que incorpore a todos los grupos sociales superando las tradicionales relaciones sociales, económicas y políticas, una integración que implique que el Estado mexicano reconozca los derechos de autodeterminación de las poblaciones indígenas permitiendo o coadyuvando al desarrollo de sus potencialidades y facilitar su capacitación en aspectos de la modernidad tecnológica para obtener mejores resultados en su trabajo cotidiano, a menudo ligado a los cultivos de sus tierras, sin que ello signifique la pérdida de identidad.

Para apoyar la marcha de estos procesos en la población indígena, es preciso que la sociedad mexicana se oriente hacia las reales necesidades de la población indígena y facilite las condiciones para que cada uno de los actores interesados, indígenas, el Estado en sus tres ámbitos de acción (ejecutivo, legislativo y judicial) y el resto de la sociedad asuman su responsabilidad y se puedan transformar las injusticias y postergaciones ya que la población en su conjunto, en particular las personas de edad mayor, será beneficiada por la convivencia en una sociedad que pueda reconocer y disfrutar la riqueza de la diversidad y pluralidad.

ANEXO 1: Estimación de la esperanza de vida en población indígena

Introducción

Una de las interrogantes iniciales al emprender el estudio de la población indígena mayor era sobre el valor de su esperanza de vida. No es posible extraer este tipo de información de los registros de estadísticas vitales, como sería natural, porque en éstos no se identifica la pertenencia o condición del grupo indígena. Sin embargo se cuenta con procedimientos indirectos de estimación de algunos indicadores demográficos, particularmente de fecundidad y mortalidad, sobre la base de la información recopilada en censos o encuestas por medio de algunas preguntas especiales. Estos procedimientos se pueden emplear en la población general y en subgrupos de ella. En este trabajo se emplearán los métodos para estimar la mortalidad desarrollados por Brass y Trussell, contenidos en el Manual X de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 1983), retomando la explicación de Chackiel (2005).

Debido a su amplia cobertura, originalmente se pretendía utilizar la información de la muestra del 10% del XII Censo de Población y Vivienda realizado en el 2000; sin embargo, el cuestionario no contempla una pregunta sobre las muertes registrados en el hogar. Ante esta situación se buscó una fuente de datos alternativa decidiendo emplear la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997 (ENADID, 97) que contempla tanto preguntas para el cálculo de fecundidad como de mortalidad, además de que a las mujeres de 15 años en adelante se les preguntó sobre su condición de hablante o no de lengua indígena; con esta variable se imputó a todos los integrantes de los hogares, y a los fallecidos que reportaron, la característica de etnicidad.

Cuando se usan encuestas las estimaciones deben ser tomadas con cautela debido a problemas de representatividad de las muestras lo que propicia limitaciones en lo que respecta al estudio de poblaciones pequeñas, por el reducido número real de casos que se manejan en comparación de un censo. En el siguiente apartado se ilustra la aplicación de los métodos para la estimación de la esperanza de vida en la población indígena mexicana presentando al final tablas de vida para la población general, los subgrupos de población indígena y no indígena, y los subgrupos de población indígena rural y no rural lo mismo que para la población no indígena.

Estimación de la mortalidad infantil

Brass propuso un método para estimar las probabilidades de morir en la niñez y Trussell le realizó una variante, mismo que es recopilado con algunos otros métodos en el Manual X de las

Naciones Unidas (1983:77-81). El método permite determinar las probabilidades desde el nacimiento hasta una edad exacta x , $q(x)$ para $x = 1, 2, 3, 5, 10, 15, 20$. Los datos necesarios para el procedimiento se basan en preguntas de la encuesta que permiten calcular los siguientes aspectos:

- a. Número de mujeres entre 15 y 49 años de edad por grupos quinquenales (N_i), en el que $i = 1$ para 20-24, ..., $i = 7$ para 45-49.
- b. Número de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres de los mismos grupos quinquenales de edad (HNV) $_i$.
- c. Número de hijos sobrevivientes (o fallecidos) clasificados en los mismos grupos de edad de las mujeres (HS) $_i$.

Con estos datos se calcula la proporción de hijos muertos con respecto al total de hijos nacidos vivos de madres de cada grupo de edad, mediante la expresión:

$$D(i) = \frac{(HNV)_i - (HS)_i}{(HNV)_i}$$

De acuerdo a los hallazgos de Brass el valor de $D(i)$ resulta muy similar a la probabilidad de morir desde el nacimiento hasta una edad x , de manera que: $q(x) = k(i)D(i)$. Es decir se establecen las siguientes relaciones:

$$\begin{aligned} q(1) &= k(1)D(1) \\ q(2) &= k(2)D(2) \\ q(3) &= k(3)D(3) \\ q(5) &= k(4)D(4) \\ q(10) &= k(5)D(6) \\ q(15) &= k(6)D(6) \\ q(20) &= k(7)D(7) \end{aligned}$$

El factor $k(i)$ es muy cercano a 1 y depende de la estructura de fecundidad por edad y se fundamenta en el hecho de que cuando más temprano tenga una mujer sus hijos, mayor será el tiempo de exposición al riesgo de morir. Trusell toma como parámetros los cocientes de las paridades sucesivas $P(1)/P(2)$ y $P(2)/P(3)$. La paridez media se refiere a la fecundidad retrospectiva de las cohortes de mujeres a cada grupo de edad y se calcula como:

$$P(i) = \frac{(HNV)_i}{N_i}$$

De esta manera se determinan los valores de $k(i)$ mediante la relación:

$$k(i) = a(i) + b(i) \frac{P(1)}{P(2)} + c(i) \frac{P(2)}{P(3)}$$

Los valores de $a(i)$, $b(i)$ y $c(i)$ son los coeficientes que aparecen en el cuadro 42 contruidos a partir de modelos teóricos de mortalidad y fecundidad que representan a las tablas tipo “oeste” de acuerdo a la clasificación de Coale y Demeny.

Cuadro 42. Coeficientes de regresión de Trussell para calcular el multiplicador $k(i)$, modelo de mortalidad “oeste”.

Edad	Índice (i)	$a(i)$	$b(i)$	$c(i)$
15-19	1	2.531	-0.188	0.0024
20-24	2	3.321	-0.754	0.0161
25-29	3	3.265	-0.627	0.0145
30-34	4	3.442	-0.563	0.0029
35-39	5	3.518	-0.763	0.0006
40-44	6	3.862	-2.481	-0.0001
45-49	7	3.828	0.016	-0.0002

Fuente: Naciones Unidas, Manual X. Indirect Techniques for Demographic Estimation, Nueva Cork, 1983, p:78.

En el cuadro 43 se presentan los valores estimados de $P(i)$, $D(i)$, $k(i)$, y $q(x)$ para la población indígena mexicana. Como era de esperar las probabilidades de morir $q(x)$ presentan una tendencia creciente con la edad de los niños.

Cuadro 43. Método de estimación de las probabilidades de morir desde el nacimiento hasta una edad x de la población indígena mexicana

Edad	Índice (i)	N_i	$(HNV)_i$	$(HS)_i$	$P(i)$	$D(i)$	$k(i)$	Edad x	$q(x)$
15-19	1	499,352	74,490	71806	0.1492	0.036032	1.073515	1	0.038681
20-24	2	398,085	383,283	366294	0.9628	0.044325	1.051998	2	0.046630
25-29	3	290,427	609,749	579893	2.0995	0.048964	1.003352	3	0.049129
30-34	4	247,453	900,541	836539	3.6392	0.071071	1.012358	5	0.071949
35-39	5	236,595	1,150,181	1042149	4.8614	0.093926	1.030053	10	0.096749
40-44	6	227,717	1,118,145	1016587	4.9102	0.090827	1.017881	15	0.092451
45-49	7	195,103	1,204,684	1057901	6.1746	0.121844	1.009937	20	0.123054

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 1997.

Estimación de la mortalidad adulta

Para la estimación de la mortalidad en adultos se utilizó la información de las defunciones por edad ocurridas en los hogares. El supuesto básico es que los errores de cobertura de las muertes registradas y de la población encuestada son proporcionalmente iguales en todas las edades.

El procedimiento estima la mortalidad de 5 años de edad en adelante y consiste en calcular un factor de corrección de las tasas centrales de mortalidad por grupos quinquenales de edad: $m(x,4)$, calculada como: $m(x,4) = \frac{D(x,x+4)}{N(x,x+4)}$, donde $N(x,x+4)$ es la población encuestada por grupos quinquenales, $D(x,x+4)$ es el número de defunciones en un año cercano al la realización de la encuesta y $x = 5,10,15...75$.

Los supuestos de las que parte el método son: i) La tasa de crecimiento medio anual de la población (r) es constante con la edad; ii) El error de cobertura de la población censada, en nuestro caso encuestada, (c) así como el de las defunciones (e) son constantes con la edad, de manera que el factor de corrección de tasas de mortalidad $f = \frac{c}{e}$ también es constante con la edad. De estos supuestos se desprende²⁴ la ecuación fundamental del método:

$$\frac{N(x)}{N(x^+)} = r + f \frac{D(x^+)}{N(x^+)} \quad (1)$$

donde:

$N(x) = \frac{N(x-5, x-1) + N(x, x+4)}{10}$ es la población a la edad exacta x

$N(x^+)$ es la población de x y más años de edad.

$D(x^+)$ son las defunciones de x y más años de edad.

Para estimar los valores de r y f de la ecuación lineal (1) se aplica el método de promedios móviles como se muestra en el cuadro 44. Los valores del factor de corrección f se interpretan de la siguiente manera:

- Si $f = 1$ los datos son correctos o hay una compensación entre los errores de cobertura de la población censada y de la declaración de las defunciones;
- Si $f > 1$, significa que la subdeclaración de las defunciones es superior al porcentaje de omisión de la población en los censos, y
- Si $f < 1$, significa que el censo tiene mayor omisión de la población que la subdeclaración de las defunciones ocurridas en el hogar o que hay una sobredeclaración de defunciones.

²⁴ Para ver los detalles de la deducción consultar Chackiel(2005:192-194)

Después de calcular el factor de corrección se aplica a las tasas centrales de mortalidad por cada grupo quinquenal de edad. Los resultados de esta estimación de las tasas corregidas de mortalidad para población indígena mexicana se presentan en la última columna del cuadro 44.

Cuadro 44. Método de estimación de las tasas centrales de mortalidad registradas y corregidas, población indígena mexicana.

Edad	$N(x, x+4)$	$D(x, x+4)$	$N(x^+)$	$D(x^+)$	$N(x)$	$\frac{N(x)}{N(x^+)}$	$\frac{D(x^+)}{N(x^+)}$	$m(x, 4)$	$f^* m(x, 4)$
1-4									
5-9	1,131,659	1878	6,996,024	33,058				0.001660	0.001448
10-14	1,140,556	0	5,864,365	31,180	227,221.5	0.038746	0.005317	0.000000	0.000000
15-19	972,665	935	4,723,809	31,180	211,322.1	0.044736	0.006601	0.000961	0.000839
20-24	735,949	3854	3,751,144	30,245	170,861.4	0.045549	0.008063	0.005237	0.004570
25-29	567,300	590	3,015,195	26,391	130,324.9	0.043223	0.008753	0.001040	0.000908
30-34	454,724	363	2,447,895	25,801	102,202.4	0.041751	0.010540	0.000798	0.000697
35-39	437,111	874	1,993,171	25,438	89,183.5	0.044745	0.012763	0.001999	0.001745
40-44	411,617	394	1,556,060	24,564	84,872.8	0.054543	0.015786	0.000957	0.000835
45-49	354,993	1991	1,144,443	24,170	76,661.0	0.066985	0.021119	0.005609	0.004895
50-54	315,546	2777	789,450	22,179	67,053.9	0.084937	0.028094	0.008801	0.007680
55-59	144,472	2166	473,904	19,402	46,001.8	0.097070	0.040941	0.014993	0.013084
60-64	115,984	2553	329,432	17,236	26,045.6	0.079062	0.052320	0.022012	0.019209
65-69	67,353	1702	213,448	14,683	18,333.7	0.085893	0.068790	0.025270	0.022053
70-74	53,241	4002	146,095	12,981	12,059.4	0.082545	0.088853	0.075168	0.065598
75-79	43,244	1682	92,854	8,979	9,648.5	0.103910	0.096700	0.038896	0.033944
80+	49,610	7297	49,610	7,297				0.147087	0.128361
Promedio de los primeros 7 valores de $\frac{N(x)}{N(x^+)}$		Promedio de los primeros 7 valores de $\frac{D(x^+)}{N(x^+)}$		Promedio de los últimos 7 valores de $\frac{N(x)}{N(x^+)}$		Promedio de los últimos 7 valores de $\frac{D(x^+)}{N(x^+)}$			
0.044756		0.009689		0.085772		0.056688			
Estimación de la pendiente (f) de la recta:									
$\frac{N(x)}{N(x^+)} = r + f \frac{D(x^+)}{N(x^+)}$								$f=0.87268747$	

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 1997.

Tablas de mortalidad

Una tabla de mortalidad es un modelo teórico que describe la extinción de una cohorte hipotética o ficticia de nacimientos. Este modelo, que implícitamente se refiere a una población

estacionaria, se considera la herramienta más completa para el análisis de la mortalidad de una población en un momento dado. El indicador sintético de la mortalidad más importante es la esperanza de vida al nacer, que se define como la duración media de la vida de los individuos de una cohorte hipotética de nacimientos, sometidos en todas las edades a las tasas de mortalidad del período en estudio.

Se elaboraron tablas de mortalidad abreviadas de la manera usual, por condición de etnicidad, utilizando la información sobre las probabilidades de morir hasta los 5 años $q(1)$ y $q(1,4)$ y de las tasas centrales de mortalidad de 5 años en adelante $m(x,4)$, calculadas por los métodos descritos en las secciones anteriores de este apéndice.

Cuadro 45. Tabla de mortalidad de la población mexicana

Edad								
x	n	$m(x,n)$	$q(x,n)$	$l(x)$	$D(x,n)$	$L(x,n)$	$T(x)$	$e(x)$
0	1		0.030566	100,000	3,057	98,472	7,128,334	71.3
1	4		0.014756	96,943	1,430	384,913	7,029,862	72.5
5	5	0.000580	0.002893	95,513	276	476,874	6,644,949	69.6
10	5	0.000322	0.001608	95,237	153	475,800	6,168,075	64.8
15	5	0.001014	0.005057	95,083	481	474,215	5,692,275	59.9
20	5	0.001855	0.009234	94,603	874	470,829	5,218,059	55.2
25	5	0.001293	0.006446	93,729	604	467,135	4,747,230	50.6
30	5	0.001883	0.009370	93,125	873	463,443	4,280,095	46.0
35	5	0.001933	0.009621	92,252	888	459,043	3,816,652	41.4
40	5	0.002797	0.013886	91,365	1,269	453,652	3,357,609	36.7
45	5	0.003870	0.019163	90,096	1,726	446,164	2,903,957	32.2
50	5	0.007961	0.039029	88,370	3,449	433,226	2,457,792	27.8
55	5	0.008950	0.043769	84,921	3,717	415,311	2,024,567	23.8
60	5	0.016063	0.077216	81,204	6,270	390,343	1,609,256	19.8
65	5	0.025952	0.121855	74,933	9,131	351,840	1,218,913	16.3
70	5	0.045748	0.205264	65,802	13,507	295,245	867,073	13.2
75	5	0.052055	0.230304	52,296	12,044	231,368	571,828	10.9
80	w	0.118227	1.000000	40,252	40,252	340,460	340,460	8.5

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 1997.

Cuadro 46. Tabla de mortalidad de la población indígena mexicana

Edad								
x	n	$m(x, n)$	$q(x, n)$	$l(x)$	$D(x, n)$	$L(x, n)$	$T(x)$	$e(x)$
0	1		0.038681	100,000	3,868	98,066	6,793,858	67.9
1	4		0.033268	96,132	3,198	378,131	6,695,792	69.7
5	5	0.001448	0.007215	92,934	671	462,993	6,317,661	68.0
10	5	0.000000	0.005700	92,263	526	460,002	5,854,668	63.5
15	5	0.000839	0.004186	91,737	384	457,727	5,394,667	58.8
20	5	0.004570	0.022592	91,353	2,064	451,607	4,936,940	54.0
25	5	0.000908	0.004528	89,289	404	445,437	4,485,333	50.2
30	5	0.000697	0.003477	88,885	309	443,653	4,039,896	45.5
35	5	0.001745	0.008687	88,576	769	440,957	3,596,243	40.6
40	5	0.000835	0.004168	87,807	366	438,118	3,155,286	35.9
45	5	0.004895	0.024177	87,441	2,114	431,918	2,717,167	31.1
50	5	0.007680	0.037678	85,327	3,215	418,596	2,285,249	26.8
55	5	0.013084	0.063347	82,112	5,202	397,555	1,866,653	22.7
60	5	0.019209	0.091645	76,910	7,048	366,930	1,469,098	19.1
65	5	0.022053	0.104502	69,862	7,301	331,057	1,102,168	15.8
70	5	0.065598	0.281779	62,561	17,628	268,734	771,110	12.3
75	5	0.033944	0.156443	44,933	7,029	207,090	502,376	11.2
80	w	0.128361	1.000000	37,903	37,903	295,286	295,286	7.8

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 1997.

Cuadro 47. Tabla de mortalidad de la población no indígena mexicana

Edad								
x	n	$m(x, n)$	$q(x, n)$	$l(x)$	$D(x, n)$	$L(x, n)$	$T(x)$	$e(x)$
0	1		0.029663	100,000	2,966	98,517	7,158,410	71.6
1	4		0.012888	97,034	1,251	385,634	7,059,893	72.8
5	5	0.000448	0.002237	95,783	214	478,380	6,674,259	69.7
10	5	0.000365	0.001825	95,569	174	477,409	6,195,879	64.8
15	5	0.001027	0.005120	95,395	488	475,751	5,718,470	59.9
20	5	0.001548	0.007708	94,906	732	472,701	5,242,719	55.2
25	5	0.001327	0.006614	94,174	623	469,315	4,770,018	50.7
30	5	0.001988	0.009893	93,552	925	465,445	4,300,702	46.0
35	5	0.001945	0.009679	92,626	897	460,889	3,835,258	41.4
40	5	0.003007	0.014921	91,730	1,369	455,226	3,374,368	36.8
45	5	0.003708	0.018372	90,361	1,660	447,654	2,919,142	32.3
50	5	0.007908	0.038771	88,701	3,439	434,907	2,471,488	27.9
55	5	0.008661	0.042385	85,262	3,614	417,274	2,036,581	23.9
60	5	0.015894	0.076432	81,648	6,241	392,638	1,619,307	19.8
65	5	0.026303	0.123399	75,407	9,305	353,774	1,226,668	16.3
70	5	0.044765	0.201296	66,102	13,306	297,246	872,894	13.2
75	5	0.053448	0.235739	52,796	12,446	232,865	575,649	10.9
80	w	0.117713	1.000000	40,350	40,350	342,783	342,783	8.5

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 1997.

Cuadro 48. Tabla de mortalidad de la población indígena mexicana de zonas rurales

Edad								
x	n	$m(x, n)$	$q(x, n)$	$l(x)$	$D(x, n)$	$L(x, n)$	$T(x)$	$e(x)$
0	1		0.053551	100,000	5,355	97,322	6,607,596	66.1
1	4		0.063226	94,645	5,984	366,612	6,510,273	68.8
5	5	0.002125	0.010567	88,661	937	440,962	6,143,662	69.3
10	5	0.000000	0.005703	87,724	500	437,369	5,702,699	65.0
15	5	0.000168	0.000839	87,224	73	435,936	5,265,330	60.4
20	5	0.003251	0.016126	87,151	1,405	432,239	4,829,395	55.4
25	5	0.001723	0.008576	85,745	735	426,887	4,397,156	51.3
30	5	0.001020	0.005086	85,010	432	423,968	3,970,269	46.7
35	5	0.002458	0.012214	84,577	1,033	420,304	3,546,301	41.9
40	5	0.001713	0.008527	83,544	712	415,941	3,125,997	37.4
45	5	0.005728	0.028237	82,832	2,339	408,312	2,710,056	32.7
50	5	0.002779	0.013800	80,493	1,111	399,688	2,301,744	28.6
55	5	0.021377	0.101463	79,382	8,054	376,775	1,902,056	24.0
60	5	0.000425	0.002124	71,328	151	356,260	1,525,281	21.4
65	5	0.031285	0.145076	71,176	10,326	330,066	1,169,021	16.4
70	5	0.026273	0.123266	60,850	7,501	285,499	838,955	13.8
75	5	0.031682	0.146784	53,349	7,831	247,170	553,455	10.4
80	w	0.148615	1.000000	45,519	45,519	306,285	306,285	6.7

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 1997.

Cuadro 49. Tabla de mortalidad de la población indígena mexicana de zonas no rurales

Edad								
x	n	$m(x, n)$	$q(x, n)$	$l(x)$	$D(x, n)$	$L(x, n)$	$T(x)$	$e(x)$
0	1		0.027415	100,000	2,741	98,629	6,638,193	66.4
1	4		0.029780	97,259	2,896	383,241	6,539,563	67.2
5	5	0.000292	0.001457	94,362	137	471,467	6,156,322	65.2
10	5	0.000000	0.004855	94,225	457	469,980	5,684,855	60.3
15	5	0.001657	0.008253	93,767	774	466,901	5,214,875	55.6
20	5	0.005970	0.029409	92,993	2,735	458,130	4,747,974	51.1
25	5	0.000000	0.015540	90,258	1,403	447,786	4,289,844	47.5
30	5	0.000335	0.001672	88,856	149	443,908	3,842,058	43.2
35	5	0.000761	0.003797	88,707	337	442,694	3,398,151	38.3
40	5	0.000000	0.011452	88,370	1,012	439,322	2,955,456	33.4
45	5	0.003858	0.019107	87,358	1,669	432,619	2,516,134	28.8
50	5	0.013584	0.065691	85,689	5,629	414,374	2,083,515	24.3
55	5	0.000000	0.000000	80,060	0	400,301	1,669,141	20.8
60	5	0.050988	0.226115	80,060	18,103	355,044	1,268,840	15.8
65	5	0.009302	0.045453	61,957	2,816	302,747	913,796	14.7
70	5	0.136650	0.509269	59,141	30,119	220,409	611,049	10.3
75	5	0.036638	0.167820	29,022	4,871	132,936	390,640	13.5
80	w	0.093719	1.000000	24,152	24,152	257,704	257,704	10.7

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 1997.

Cuadro 50. Tabla de mortalidad de la población no indígena mexicana de zonas rurales

Edad								
x	n	$m(x, n)$	$q(x, n)$	$l(x)$	$D(x, n)$	$L(x, n)$	$T(x)$	$e(x)$
0	1		0.038681	100,000	3,868	98,066	6,793,858	67.9
1	4		0.033268	96,132	3,198	378,131	6,695,792	69.7
5	5	0.001448	0.007215	92,934	671	462,993	6,317,661	68.0
10	5	0.000000	0.005700	92,263	526	460,002	5,854,668	63.5
15	5	0.000839	0.004186	91,737	384	457,727	5,394,667	58.8
20	5	0.004570	0.022592	91,353	2,064	451,607	4,936,940	54.0
25	5	0.000908	0.004528	89,289	404	445,437	4,485,333	50.2
30	5	0.000697	0.003477	88,885	309	443,653	4,039,896	45.5
35	5	0.001745	0.008687	88,576	769	440,957	3,596,243	40.6
40	5	0.000835	0.004168	87,807	366	438,118	3,155,286	35.9
45	5	0.004895	0.024177	87,441	2,114	431,918	2,717,167	31.1
50	5	0.007680	0.037678	85,327	3,215	418,596	2,285,249	26.8
55	5	0.013084	0.063347	82,112	5,202	397,555	1,866,653	22.7
60	5	0.019209	0.091645	76,910	7,048	366,930	1,469,098	19.1
65	5	0.022053	0.104502	69,862	7,301	331,057	1,102,168	15.8
70	5	0.065598	0.281779	62,561	17,628	268,734	771,110	12.3
75	5	0.033944	0.156443	44,933	7,029	207,090	502,376	11.2
80	w	0.128361	1.000000	37,903	37,903	295,286	295,286	7.8

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 1997.

Cuadro 51. Tabla de mortalidad de la población no indígena mexicana de zonas no rurales

Edad								
x	n	$m(x, n)$	$q(x, n)$	$l(x)$	$D(x, n)$	$L(x, n)$	$T(x)$	$e(x)$
0	1		0.030882	100,000	3,088	98,456	7,157,771	71.6
1	4	0.001201	0.006997	96,912	678	386,291	7,059,316	72.8
5	5	0.000475	0.002371	96,234	228	480,598	6,673,025	69.3
10	5	0.000256	0.001278	96,005	123	479,721	6,192,427	64.5
15	5	0.000871	0.004344	95,883	417	478,372	5,712,706	59.6
20	5	0.001486	0.007402	95,466	707	475,565	5,234,334	54.8
25	5	0.001235	0.006157	94,760	583	472,339	4,758,769	50.2
30	5	0.002167	0.010778	94,176	1,015	468,343	4,286,430	45.5
35	5	0.001816	0.009037	93,161	842	463,701	3,818,087	41.0
40	5	0.002933	0.014560	92,319	1,344	458,236	3,354,386	36.3
45	5	0.003160	0.015674	90,975	1,426	451,311	2,896,150	31.8
50	5	0.007704	0.037792	89,549	3,384	439,285	2,444,839	27.3
55	5	0.010231	0.049877	86,165	4,298	420,080	2,005,554	23.3
60	5	0.017812	0.085264	81,867	6,980	391,885	1,585,474	19.4
65	5	0.028134	0.131427	74,887	9,842	349,829	1,193,588	15.9
70	5	0.048928	0.217976	65,045	14,178	289,778	843,759	13.0
75	5	0.058704	0.255957	50,867	13,020	221,784	553,981	10.9
80	w	0.113929	1.000000	37,847	37,847	332,197	332,197	8.8

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 1997.

ANEXO 2: Cuestionario censal aplicado en Atla



El Colegio de México A. C.
Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales
Hoja de datos de las viviendas de Atla, Pahuatlan, Puebla

Folio: _____

1. Ubicación de la vivienda:

Calle, número, barrio, colonia, lote o manzana

2. Datos de las personas que habitan la vivienda, empezando por el jefe de familia

Núm	Nombre*	Sexo	Edad	Parentesco
1		M F		Jefe de la familia
2		M F		
3		M F		
4		M F		
5		M F		
6		M F		
7		M F		
8		M F		
9		M F		
10		M F		
11		M F		
12		M F		
13		M F		
14		M F		
15		M F		

*El nombre del jefe especificado con apellidos

3. Número de renglón correspondiente a la persona que proporciona la información: _____

4. Datos sobre los mayores de 50 años

Núm*	Lengua	Escolaridad terminada Grado y Nivel	Ocupación (es) actual (es)	Fuente de ingresos	Estado de salud
	1. Náhuatl () 2. Español () 3. Otro: _____ _____		Principal: _____ Otra: _____ _____	1. Trabajo () 2. Pensión () 3. Oportunidades () 4. Ayuda familiar () Otras: 5. 6.	1. ¿Está enfermo? (S) (N) 2. ¿Toma medicamentos? (S) (N) 3. ¿Se ha caído últimamente? (S) (N) 4. ¿Necesita que alguien lo cuide? (S) (N) 5. ¿Se siente triste? (S) (N)
	1. Náhuatl () 2. Español () 3. Otro: _____ _____		Principal: _____ Otra: _____ _____	1. Trabajo () 2. Pensión () 3. Oportunidades () 4. Ayuda familiar () Otras: 5. 6.	1. ¿Está enfermo? (S) (N) 2. ¿Toma medicamentos? (S) (N) 3. ¿Se ha caído últimamente? (S) (N) 4. ¿Necesita que alguien lo cuide? (S) (N) 5. ¿Se siente triste? (S) (N)
	1. Náhuatl () 2. Español () 3. Otro: _____ _____		Principal: _____ Otra: _____ _____	1. Trabajo () 2. Pensión () 3. Oportunidades () 4. Ayuda familiar () Otras: 5. 6.	1. ¿Está enfermo? (S) (N) 2. ¿Toma medicamentos? (S) (N) 3. ¿Se ha caído últimamente? (S) (N) 4. ¿Necesita que alguien lo cuide? (S) (N) 5. ¿Se siente triste? (S) (N)

*Número correspondiente en tabla anterior

ANEXO 3: Guión de entrevista aplicada en Atla



El Colegio de México A. C.

Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales

Guión de entrevista semiestructurada aplicada a personas mayores *Proyecto: Vejez, salud y redes sociales de los adultos mayores en Atla, Pahuatlán Puebla*

Matriz A. Familia, Trabajo, Migración

- Me gustaría que me contara sobre usted y su familia
 - Para empezar podría decirme ¿cuántos años tiene usted?
 - ¿Fue a la escuela? ¿Hasta que año?
 - ¿Está usted casado (a)? ¿Vive con su esposa (o)?
 - ¿Cuántos hijos tuvo? ¿Viven con usted? ¿Todos viven?
 - ¿Tiene relación con sus hijos?
 - (Sí:) ¿Con cuáles de ellos? ¿Dónde vive cada uno?
 - (No:) ¿A qué se debe?
 - ¿Con quién más vive usted?
 - ¿Cuántos hermanos tuvo?
 - ¿Todos viven?
 - (No:) ¿Quiénes han faltado (fallecido)? ¿De qué se murió?
 - ¿Usted es el (la) mayor? ¿Está en contacto con sus hermanos? ¿Ellos lo visitan o usted a ellos?
- Esta casa donde vive: (Observar características físicas y de construcción de la casa)
 - ¿Es de usted?
 - (Sí:) ¿Cómo la adquirió?
 - (No:) ¿De quién es? ¿La está rentando? ¿La cuida? ¿Se la prestan?
 - (En caso de que la casa sea propia:) Aparte de su casa, a lo largo de su vida ¿Logró tener o adquirir otras propiedades? ¿Cuáles? ¿Dónde?
 - ¿En su casa hay agua?
 - (No:) ¿Acarrea usted su agua o alguien le ayuda a traérsela?
 - Plátiqueme, usted ¿tiene tierras de cultivo?

- (Sí) ¿Son de temporal o de riego? ¿Qué cultiva en ellas? ¿Alguien le ayuda en el cultivo? ¿Vende el producto o es para el consumo de usted y su familia?
- Cuando no es tiempo de trabajar las tierras en el año ¿qué actividades realiza? ¿Trabaja en algún otro lado (DF, otro lado)?
- ¿Tiene animales (vacas, borregos, chivos, guajolotes, gallinas, etc.)?
 - (Sí) Cuénteme sobre sus animales:
 - ¿Son para consumo de su familia o para vender?
 - ¿Obtienen productos como leche, queso, de lo que producen sus animales?
 - ¿Utiliza algo de los animales para realizar la artesanía? ¿Qué cosa?
 - Por favor cuénteme si aparte de trabajar en sus tierras ¿tiene otras ocupaciones?
- (Sí) ¿Cuáles son? ¿Cuánto tiempo le dedica a esas actividades? ¿Recibe pago o algún tipo de contribución por ese trabajo? ¿Cuál es?
- *Y antes cuando era joven*
 - ¿A qué se dedicaba usted? ¿Cómo era su trabajo, qué hacía? ¿Dónde trabajaba, en el pueblo, en México, en el otro lado? ¿Era fijo o temporal? ¿De qué hora a qué hora trabajaba? ¿Cuántos años trabajó en eso? ¿A qué se debió que dejara ese trabajo? ¿Cuántos hijos tenía en ese entonces? ¿Le alcanzaba para mantener a su familia? (Si el trabajo lo realizaba fuera del pueblo:) ¿Con quién vivía? ¿Se fue solo?
 - (Repetir las preguntas anteriores en el caso de que el entrevistado mencione algún otro trabajo anterior)
- (Sólo para las mujeres u hombres si es el caso) ¿Me podría platicar sobre los quehaceres que realiza en su casa?
 - ¿Usted realiza sola los quehaceres o recibe ayuda de alguien? ¿En qué consisten los quehaceres? ¿En qué momento del día los realiza? ¿Desde hace cuánto los realiza?
 - En caso de que ya no trabaje ¿Desde hace cuándo ya no trabaja? ¿A qué se debe?
 - ¿Ha tenido problemas en su trabajo por problemas de salud o por la edad? ¿Cuáles?

Matriz B: Condiciones de salud

- Ahora quisiera preguntarle sobre su estado de salud
 - Actualmente ¿Cómo se siente usted de salud?
 - ¿Le han dicho si tiene algún problema de salud?
 - (Sí) ¿Con quién se atendió ese problema de salud? (Doctor, curandero, etc.)

- ¿Hace cuándo?
- ¿Dónde lo atendieron?
- ¿Cómo lo atendieron?
- ¿Alguien lo acompañó? ¿Quién? ¿Siempre lo acompaña esa persona cuando va a ver algo de su enfermedad?
- ¿Qué le dijeron que tenía usted? (¿Qué le diagnosticaron?)
- ¿Qué le dijeron que se tomara o hiciera para curarse?
- ¿Esta enfermedad le impide hacer algo que antes usted hacía diario?
- ¿Qué es lo que ya no puede hacer?
- *(En caso de que no haya sido atendido por un doctor y a todos aunque no estén enfermos en el momento de la entrevista)*
 - ¿Hace cuándo fue al doctor?
 - ¿A qué fue?
 - ¿Dónde lo atendieron?
 - ¿Cómo lo atendieron?
 - ¿Alguien lo acompañó? ¿Quién? ¿Siempre lo acompaña esa persona cuando va a ver algo de su enfermedad?
 - ¿Qué le dijeron que tenía usted? (¿Qué le diagnosticaron?)
 - ¿Qué le dijeron que se tomara o hiciera para curarse?
 - ¿Esta enfermedad le impide hacer algo que antes usted hacía diario?
 - ¿Qué es lo que ya no puede hacer?
 - ¿Seguirá acudiendo con ese doctor?
 - (No:) ¿Por qué?
- *(En caso de que haya ido primero con el doctor)*
 - ¿Se atiende sus enfermedades también con el curandero o con alguna otra persona? ¿Esta tomando algún remedio, medicina o hierba recomendada por ellos? ¿Qué es lo que toma o hace?
 - ¿Qué prefiere usted: la medicina que le da el doctor o las hierbas que toma? ¿Por qué?
- ¿Alguien lo acompañó? ¿Quién? ¿Siempre lo acompaña esa persona cuando va a ver algo de su enfermedad?

- Cuénteme, ¿Cómo es un día de su vida desde que se levanta hasta que se va a dormir?
¿Puede hacer todas sus actividades diariamente? ¿Qué es lo que se le dificulta más? ¿por qué?
- (Sólo para ir verificando, no necesariamente preguntar y en caso de que se detecte alguna(s) de estas limitaciones abundar sobre ella (s) y preguntar ¿cómo las resuelve?)
 - *¿Tiene problemas para caminar?*
 - *¿Puede vestirse solo?*
 - *¿Puede preparar su comida solo?*
 - *¿Puede bañarse solo?*
 - *¿Puede acostarse y levantarse solo?*
 - *¿Tiene problemas para ir al baño, ponerse en cuclillas?*
 - *¿Puede preparar una comida caliente?*
 - *Cuando toma medicinas ¿tiene problemas para tomarlas, se olvida o no sabe cada cuándo tomarlas?*
 - *¿Tiene problemas para manejar su dinero?*
- ¿Qué otras enfermedades ha tenido últimamente?
- Y a lo largo de su vida, cuénteme ¿Tuvo alguna enfermedad grave o algún accidente grave?
 - ¿Cuándo era niña (o) o joven?
 - ¿Recuerda qué edad tenía usted?
 - ¿Dejó de hacer sus actividades? ¿Cuánto tiempo?
 - ¿Qué hizo para curarse?
 - ¿Su familia lo llevó al médico, curandero o brujo? ¿Tomó medicinas o hierbas?
 - ¿Esta enfermedad le dejó algún problema de salud permanente o temporal? ¿Le sigue afectando en algo en la actualidad?

Matriz C: Condición de salud y ayudas recibidas

- (En caso de que no pueda valerse por sí mismo (a) por su estado de salud)
 - ¿Alguien le ayuda o viene ayudarle debido a su estado de salud?
 - (Sí:) ¿En qué consiste la ayuda?
 - ¿Quién?
 - (No:) ¿Quién cree usted que debería? ¿A qué se debe que no le ayude?
- ¿Cuándo usted se enferma alguien le aconseja sobre algún remedio o viene a cuidarla (o)?
¿Quién?

- ¿Usted ha pedido algún tipo de ayuda a alguien?
 - ¿A quién?
 - ¿Cuál fue la respuesta?
 - ¿A quién de sus familiares no le pediría este tipo de ayudas?

Matriz D: Ayudas o apoyos recibidos

- Ahora quisiera preguntarle sobre las ayudas o apoyos que usted recibe
- ¿Quién paga la luz, el agua o el predial de su vivienda?
- ¿Tiene hijos o hijas que vivan en México o en el norte al otro lado (Estados Unidos) o en algún otro lugar fuera de Atla?
 - ¿Le mandan dinero para usted? ¿Cuánto? ¿cada cuándo?
 - ¿El dinero se lo mandan para alguien o para algo en particular?
 - ¿Quién decide sobre lo que se hace con lo que le mandan?
- ¿Hay alguien de su familia que venga a ayudarle con la casa?
 - ¿A cuidar de usted?
 - ¿A cuidar sus tierras, sus animales?
 - ¿A hacerle de comer?
 - ¿Algún familiar le trae comida preparada?
 - ¿A ayudarle con la limpieza de la casa?
 - (Verificar que se cubran los siguientes aspectos sin preguntar:)
 - *¿Quién le da este apoyo?*
 - *¿Cada cuándo le da este apoyo?*
 - *¿Qué tanto considera que la ayuda que le proporciona le es útil?*
 - *Si usted necesita ir al médico ¿alguien va con usted?*
- ¿Podría platicarme si alguien de su familia (hijo (a), hermano (a), nieto (a)) le da a usted algún tipo de apoyo o ayuda en dinero, o en especie por ejemplo maíz, frijón, comida, ropa o de otro tipo?
- (Si:) Cuénteme por favor en qué consiste esa ayuda
 - (Verificar que se cubran los siguientes aspectos en el caso de ayuda económica, sin preguntar:)
 - *¿En qué consiste esta ayuda?*
 - *¿Cada cuándo?*

- ¿Cuándo fue la última vez que se la dieron?
- ¿Para qué utiliza usted este apoyo que le dan?
- ¿Qué tanto le sirve a usted esa ayuda que le dan?
- (No:) ¿Alguna vez pidió alguna ayuda a algún familiar o amigo y no se la dieron?
 - ¿Cuándo?
 - ¿A quién?
- Cuando usted tiene necesidad de salir a hacer algún mandado, ir a la iglesia, ¿alguien lo acompaña? ¿Quién?
- Cuando sale a Pahuatlán, a Tulancingo, a México o bien otro lugar fuera de Atla, ¿alguien lo acompaña? ¿Quién?
- Los familiares con los que vive:
 - ¿Platican con usted?
 - ¿De qué platica con ellos?
 - ¿Lo escuchan?
 - ¿Le preguntan de su estado de salud?
 - ¿Cómo se siente usted con esas pláticas?
- ¿Lo visitan sus familiares que no viven con usted?
 - ¿Cada cuándo?
 - ¿Qué hacen cuando lo visitan?
 - ¿Platican con usted?
 - ¿De qué platica con ellos?
 - ¿Lo escuchan?
 - ¿Le preguntan de su estado de salud?
 - ¿Le hacen caso?
 - ¿Cómo se siente usted con estas visitas?
- ¿Platica con sus vecinos sobre alguno de sus problemas?
 - ¿De qué problemas platica con ellos? (No preguntar: ¿Problemas de salud o económicos o de otro tipo?)
 - ¿Le han ayudado en algo?

- ¿Cuénteme si sus vecinos o familiares le platican o le orientan sobre ciertos apoyos del gobierno o de la iglesia (oportunidades, procampo, ayuda de material de construcción (láminas), entrega de despensas, etc).?
 - ¿Ha hecho trámites para conseguir alguno de esos apoyos?
 - Si ya los tiene, ¿desde cuando se lo dan?
 - ¿Para qué utiliza esa ayuda?

Matriz E: Ayudas o apoyos proporcionados por el (la) entrevistado (a):

- ¿Me podría platicar si actualmente usted le da ayuda a alguien de su familia?
- (Sí)
 - ¿Qué tipo de ayuda le da usted? (*dinero, material, instrumental*)
 - ¿Por qué le da esa ayuda?
 - ¿A cuál de sus familiares les da? ¿Por qué?
 - ¿Desde cuándo se lo da?
 - ¿De cuánto es esta ayuda?
 - ¿Cada cuándo le da?
 - ¿Cuándo fue la última vez que se las proporcionó?
 - ¿Para qué utiliza su familiar este apoyo que usted les da?
- ¿Usted ayuda a alguien más? (Si la respuesta es afirmativa volver a realizar la preguntas anteriores)
- (No:)
 - Si algún familiar le pidiera ayuda económica ¿se la daría?
- (Preguntar sólo si no ha salido en la entrevista) ¿Usted apoya o ayuda a algún familiar de otra manera que no sea con dinero?

(Por ejemplo: No preguntar sólo en caso de que no entienda el tipo de ayudas)

 - ¿A cuidarle los hijos?
 - ¿Llevarlos a algún lado?
 - ¿Hacerles de comer?
 - ¿Cuidar los animales, trabajar la tierra, etc.?
- (Sí:)
 - ¿A quién ayuda?

- ¿Por qué?
- ¿Desde cuándo le ayuda?
- ¿Cada cuándo le ayuda?
- ¿Algún familiar, amigo o vecino vive en una casa o terreno de usted?
 - ¿Quién?
 - ¿Desde cuándo?
- ¿Usted tiene hijos o hijas que vivan en México o en el norte al otro lado (Estados Unidos) o en algún otro lugar fuera de Atla?
 - ¿Ellos tienen hijos (nietos de usted) o esposa que vivan con usted?
 - ¿Usted ve por ellos? ¿De qué manera?
- ¿Cuándo algún familiar o vecino está enfermo o tiene algún problema le piden algún consejo sobre que hacer? ¿Quién le ha pedido este tipo de apoyo?

Matriz F: Ayudas formales

- ¿Recibe algún apoyo de parte del gobierno?
 - ¿De qué organismo o institución?
 - ¿En qué consisten esta ayuda?
 - ¿Cada cuándo se la dan?
 - ¿Le es útil? ¿Para qué? ¿Por qué?
 - ¿Cómo se enteró de que podía recibirlo?
 - ¿Quién lo acompaña a tramitarlo?
 - ¿Sabe usted porqué o a qué se debe el apoyo que recibe? (¿por edad o por algún otro motivo?)
- ¿Ha oído hablar que algún gobierno da ayuda a personas de edad avanzada?
 - ¿Conoce los trámites para tener ese apoyo
 - ¿Sabe cómo lo consiguen las demás personas?
- ¿Usted considera que el gobierno debe proporcionar ayuda económica a las personas mayores?
 - ¿Recibe algún otro apoyo de parte de la iglesia o de alguna otra organización que no sea del gobierno?
- (Sí:)
 - ¿En qué consisten esta ayuda?

- ¿Cada cuándo se la dan?
- ¿Le es útil? ¿Para qué? ¿Por qué?
- ¿Cómo se enteró de que podía recibirlo?
- ¿Quién lo acompañó a tramitarlo?
- ¿Sabe usted por qué o a qué se debe el apoyo que recibe? (¿por edad o por algún otro motivo?)

Matriz G: Relación con familiares ascendentes y transferencias

- ¿Su papá y/o su mamá viven?
- (Sí:) (Preguntar para padre y madre por separado si es el caso)
 - ¿Viven con usted?
 - ¿Se vale por sí mismo (a)? ¿Quién ve por él (ella)?
 - ¿A qué se dedica él (ella)?
 - ¿Cómo está el estado de salud de él (ella)?
 - ¿Él (ella) le ayudan con dinero a usted o algún otro familiar de alguna forma? ¿En qué consiste la ayuda?
 - ¿Él (ella) ayudan de otra manera (cuidar nietos, tierras, quehacer, etc.) a algún otro familiar? ¿En qué consiste la ayuda?
 - ¿Usted les ayuda con dinero, comida, o alguna otra manera? ¿Lo visita?
- (No:)
 - ¿Hace cuántos años faltaron (murieron)?
 - ¿De qué murieron?
 - Cuando usted ya no vivía con sus padres, ¿ellos le proporcionaron ayuda económica?
 - ¿De quién recibió esa ayuda, de su papá, de su mamá o de ambos?
 - ¿Recuerda en qué consistió esa ayuda?
 - ¿Cada cuándo le daban?
 - ¿Por cuánto tiempo se la dieron?
- ¿Cuando usted ya no vivía con sus padres, ellos le proporcionaron algún otro tipo de ayuda? Por ejemplo cuidar a sus hijos, le prestaron su casa, ayudarle a cocinar, a los quehaceres, al trabajo en sus tierras, etc.?
 - ¿De quién recibió esa ayuda, de su papá, de su mamá o de ambos?

- ¿En qué consistió esa ayuda?
- ¿Cada cuándo le ayudaban?
- ¿Por cuánto tiempo se la dieron?
- Cuando usted ya no vivía con sus padres, ¿usted ayudó alguna vez económicamente a sus padres?
 - ¿A quién le daba esa ayuda, a su papá, a su mamá o a ambos?
 - ¿Más o menos cuánto le daba usted a ellos?
 - ¿Cada cuándo la daba?
 - ¿Por cuánto tiempo se las dio?
- ¿Cuando usted ya no vivía con sus padres, les ayudó a cuidarlos cuando estaban enfermos, ayudarle a cocinar, a los quehaceres, al trabajo en sus tierras, etc.?
 - ¿A quién le daba esa ayuda, a su papá, a su mamá o a ambos?
 - ¿En qué consistió esa ayuda?
 - ¿Cada cuándo se las daba?
 - ¿Por cuánto tiempo se las dio?

Fin de la entrevista:

- Ya casi vamos a terminar, sólo unas cuantas preguntas más:
- ¿Usted tiene o tuvo algún cargo público en el pueblo, como presidente auxiliar, síndico, representante ejidal, representante sindical, representante de alguna cooperativa, etc.?
- (Sí)
 - ¿Hace cuándo? ¿Cuánto tiempo duró?
- ¿Usted ha participado o participa en alguna fiesta del pueblo como mayordomo o en algún otro cargo?
 - ¿Hace cuándo?
- ¿Usted toca o tocaba algún instrumento musical? ¿Participaba en algún grupo o banda?
- ¿Usted participa o participaba en danzas o bailes tradicionales en la fiesta del pueblo?
- Por último, quisiera preguntarle sobre las personas mayores:
 - ¿Cuándo considera usted que una persona es ya mayor, anciana, envejecida?
 - ¿Cómo le llamaría a estas personas: viejo, anciano, grande, etc.?
 - ¿Cómo piensa usted que deban ser tratadas estas personas?
 - ¿Por su familia?

- ¿Por el gobierno?
 - ¿Por la comunidad?
- ¿Quiere agregar algo a lo que hemos platicado y que no le hubiera preguntado?

Muchas gracias

ANEXO 4: Glosario de abreviaturas

Siglas	Significado
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AFORE	Administradora de Fondos para el Retiro
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CNDPI	Comisión Nacional de Pueblos Indígenas
CNI	Congreso Nacional Indígena
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONASUPO	Compañía Nacional de Subsistencias Populares
COPLAMAR	Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados
EMIF	Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México
ENADID	Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica
ENASEM	Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México
ENE	Encuesta Nacional de Empleo
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares
ENSA	Encuesta Nacional de Salud
ENSE	Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México
FONART	Fondo Nacional Para El Fomento De Las Artesanías
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INAH	Instituto Nacional de Antropología e Historia
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INI	Instituto Nacional Indigenista
INMECAFE	Instituto Mexicano del Café
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG's	Organizaciones No Gubernamentales
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPORTUNIDADES	Programa OPORTUNIDADES SEDESOL
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIDER	Programa de Inversiones para el Desarrollo Rural
PRD	Partido de la Revolución Democrática
PRI	Partido Revolucionario Institucional
PROCAMPO	Programa de Apoyos Directos al Campo
PROGRESA	Programa de Educación, Salud y Alimentación
SABE	Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento
SAM	Sistema Alimentario Mexicano
SAR	Sistema de Ahorro para el Retiro
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SSA	Secretaría de Salud
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México

BIBLIOGRAFÍA

- Alba, Víctor (1993), *Historia social de la vejez*, Editorial Laertes, Barcelona, España.
- Aranibar, Paula (2001), *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*, Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL, Serie Población y desarrollo, número 21.
- Arber, Sara y Jay Ginn (1996) “Género y envejecimiento: ¿un nuevo comienzo?”, en *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*, compilación de Sara Arber y Jay Ginn, España, Narcea S. A. de ediciones; Colección mujeres, pp. 240-247..
- Barquín, Manuel (1999), “Aspectos médicos del envejecimiento”, en *El envejecimiento sus desafíos y esperanzas*, coordinado por Hugo Aréchiga y Marcelino Cerejido, México, Siglo XXI-UNAM-CIC, pp. 66-89.
- Barragán-Berlanga AJ, S. Mejía-Arango y LM Gutiérrez-Robledo (2007), “Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados”, en *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento 4 de 2007, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. 488-494.
- Barrantes Melba, Emilio J. García, Luis Miguel Gutiérrez y Alejandro Miguel (2007), “Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos”, en *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento 4 de 2007, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. 459-466.
- Bazo, María Teresa (1992), “La nueva sociología de la vejez”, en *Revista española de investigaciones sociológicas*, No. 60, pp.75-90.
- Bonfil, Batalla Guillermo (1989) *México profundo. Una civilización negada*, Grijalbo, México.
- Bury, M. (1995), “Envejecimiento, género y teoría sociológica”, en *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*, compilación de Sara Arber y Jay Ginn, España, Narcea S. A. de ediciones; Colección mujeres.
- Beauvoir, Simone de (1970), *La Vejez*, Editorial Sudamericana, Argentina.
- Canales, Alejandro I. (2001), “La población en la era de la información. De la transición demográfica al proceso de envejecimiento”, en *Estudios demográficos y Urbanos*, Vol. 6, Núm. 3 (48), El Colegio de México, pp. 485-518.
- Canales, Alejandro I. (2003), “Demografía de la desigualdad. El discurso de la población en la era de la globalización”, en Alejandro I. Canales y Susana Lerner (coords.), *Desafíos teórico-metodológicos en los estudios de población en el inicio del milenio*, El Colegio de México/Universidad de Guadalajara/Sociedad Mexicana de Demografía, Guadalajara, pp. 43-83.
- Canales, Alejandro I., (2004), “Retos teóricos de la Demografía en la sociedad contemporánea”, en *Papeles de Población*, No. 40, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, México, pp. 47-69.
- Cantú, Raúl H. (2003) “Envejeciendo entre la caña y el café”, en *Contando nuestros días. Un estudio antropológico sobre la vejez*, México, CIESAS, pp. 89-124.
- Caso, Alfonso (1958), *Indigenismo*, México, Instituto Nacional Indigenista.
- Castanedo, Cristina, Misericordia Gracia y Ma. José Noriega y Manuel Quintanilla (2000), “Consideraciones generales sobre el envejecimiento”, en *Temas de enfermería gerontológica, Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, pp:1-15, consultado en http://www.arrakis.es/~seegg/publicaciones_libro.htm#temasenfengeront el 18 de mayo de 2007.

- Castrejón, Caballero José Luis (2005), “Envejecimiento de la población indígena y no indígena mexicana en los albores del siglo XXI”, ponencia presentada en el V congreso de la Asociación Mexicana de Estudios Rurales (AMER), Oaxaca, Oax.
- Castrejón, José Luis, Lauro González y Sergio López (2005), “Perfil demográfico y estructura familiar en tres comunidades de la Sierra Norte de Puebla”, en *Estudios de Antropología Biológica*, vol. XII, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Castro, Roberto (2002), “En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo”, en *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, IvonnSzasz y Susana Lerner, coordinadoras, El Colegio de México, México, pp: 57-85.
- Castro V., H. Gómez y R. Tapia (1996), “Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años”, en *Salud Publica de México*, 1996, vol. 38:438-447.
- Cortés, Fernando, Eduardo Menéndez y Rosa María Rubalcava (2002), “Aproximaciones estadísticas y cualitativas. Oposiciones, complementaciones e incompatibilidades” en *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica*, Francisco J. Mercado, Denise Gastaldo y Carlos Calderón, Compiladores, Universidad de Guadalajara, Universidad de San Luis Potosí y Universidad Autónoma de Nuevo León, pp: 29-48.
- Chackiel, Juan (2005), “Métodos de estimaciones demográficas de pueblos indígenas a partir de censos de población: La Fecundidad y la Mortalidad”, trabajo presentado en el *Seminario Internacional Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: relevancia y pertinencia de la información sociodemográfica para políticas y programas*. CEPAL, Santiago de Chile, 27 al 29 de abril de 2005. En <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/21237/JChackiel.pdf>
- Chávez, Ana Maria, Enrique González, Catherine Menkes y Héctor Hernández (2005), “Tendencias de la fecundidad indígena en México. 1997 Y 2003”, trabajo presentado en la XXV Conferencia Internacional de Población de la IUSSP, consultado en <http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=51131>
- CEPAL (2003), “Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas”, Documento preparado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) para la conferencia regional sobre envejecimiento realizada en Santiago de Chile del 19 al 21 de noviembre de 2003.
- CDI (2002), Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México, 2002*, México.
- CDI (2006a), Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, *Regiones indígenas de México*, México.
- CDI (2006b), Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, *Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores indígenas de México*, México.
- Clemente, M. Alejandra (2003), “Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica”, en *INTERDISCIPLINARIA*, Revista de Psicología y Ciencias Afines, Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencia Afines, Buenos Aires, Argentina, Vol. 20, Número 1, pp: 31-60.
- CONAPO (1998), “La población indígena: principales grupos etnolingüísticos”, en *La situación demográfica de México, 1998*, México, Secretaria de Gobernación-CONAPO, pp. 115-126.
- CONAPO (1998), “La población en las edades avanzadas”, en *La situación demográfica de México, 1998*, México, Secretaria de Gobernación-CONAPO, pp. 127-133.

- CONAPO (1999), *El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*, México, Consejo Nacional de Población, México.
- CONAPO (2001), “Población indígena en la migración temporal a Estados Unidos”, en *Migración internacional* No. 14. Boletín editado por el Consejo Nacional de Población.
- CONAPO (2004), “Clasificación de localidades de México según grado de presencia indígena, 2000”, Consejo Nacional de Población, México.
- Corona, Rodolfo y Rodolfo Tuirán (2001), “Tamaño de la población indígena mexicana”, en *La población de México en el nuevo siglo*, México, Consejo Nacional de Población, pp. 165-180.
- Corona, Rodolfo (2002), “Indicadores censales a escala de hogares sobre población indígena” en *Las dinámicas de la población indígena. Cuestiones y debates actuales en México*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Institut de Recherche pour le Développement – Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial, pp. 115-130.
- De la Fuente, Beatriz (2003), “La vejez en el arte de Mesoamérica”, en *Arqueología Mexicana*, México, INAH-Editorial Raíces, vol. X, no. 60, pp. 38-45.
- De A. Souza, Alina María (2002), “Problemas de investigación y diseños en estudios cualitativos” en *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana* Mercado, Gastaldo y Calderón (compiladores), Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- De Oliveira Orlandina y Brígida García (1986), “Encuestas. ¿Hasta dónde?”, en *Problemas metodológicos en la investigación sociodemográfica*, Corona y col., El Colegio de México, México, 1986, pp. 65-80.
- Del Álamo, Óscar (2004). “El lado indígena de la desigualdad”, en *Instituciones y Desarrollo* N° 16 pp. 71-106, revista del Institut Internacional de Governalitat de Catalunya, Barcelona, España.
- Denzin, Norman e Yvonna S. Lincoln (1994), *Hanbook of Qualitative Research*, Londres, SAGE Publications.
- Enríquez, Rocío y Ana Paola Aldrete (2003), “Redes de apoyo social y adultos mayores en contextos urbanos de pobreza extrema en México: un estudio de caso”, ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso de Americanistas, Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003.
- Enríquez, Rocío (2005), “Redes sociales y envejecimiento y pobreza urbana: reflexiones a partir de un estudio de caso”, en *Población, desarrollo social y grupos vulnerables*. VI Reunión de Investigación Demográfica en México, Volumen 3 IIS-UNAM, SOMEDE.
- Embriz, Arnulfo y Laura Ruiz (2003), “Los indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas y la planeación de la política social en México”, en *Las dinámicas de la población indígena. Cuestiones y debates actuales en México*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Institut de Recherche pour le Développement – Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial, pp. 85-114.
- Estes, C (1986), "Politics of ageing in America", en *Ageing and Society*, no. 6, Vol. 2,
- Farell C., Rosa María (1999), “Evaluación y perspectivas de la seguridad social”, en *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, México, CONAPO, pp. 173-190.
- Fericgla, J (1992), *Envejecer. Una antropología de la Ancianidad*, Editorial Antropos, Barcelona, España.

- Fernández Ham, Patricia (1994), “La mortalidad infantil en la población indígena. Atraso y contrastes”, en: *Demos (6), Carta demográfica sobre México*.
- Fernández Patricia, J. Enrique García y D. Esther Ávila (2003), “Estimaciones de la población indígena en México”, en *La situación demográfica en México 2002*, México, Consejo Nacional de Población, pp. 169-182.
- Flick, Uwe (2004), *Introducción a la investigación cualitativa*”, Ediciones Morata, S.L (Madrid), Fundación Paideia Galiza (A Coruña).
- Fuentes, Luis y Raúl Fuentes (1978), *Salud y vejez*, México, Editorial El Caballito.
- García, Brígida y Orlandina de Oliveira (1984), “Encuestas, ¿Hasta dónde?”, en *Problemas metodológicos en la investigación sociodemográfica*, México, Programa de Investigaciones Sociales en Población en América Latina (PISPAL)-El Colegio de México, pp. 65-80.
- García, Hilda y Romeo Madrigal (1999), “Redes sociales y vejez: apoyos formales e informales en el área metropolitana de Monterrey” en *Papeles de Población*, No. 19, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, México, pp. 217-242.
- García, Juan E. y Laura E. Gloria (2006), “Mortalidad por causas y ganancias de vida en los últimos veinticinco años” en *La situación demográfica en México 2006*, México, Consejo Nacional de Población, pp. 27-48.
- García R., José Carlos (2003), *La vejez: el grito de los olvidados*, México, Plaza y Valdés.
- Garrido, Francisco, Dolores Ramírez y Héctor Gómez (1999), “Epidemiología del envejecimiento en México”, en *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, México, CONAPO, pp. 265-278.
- Ginn Jay y Arber, Sara (1996) “ ‘Mera conexión’. Relaciones de género y envejecimiento”, en *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*, compilación de Sara Arber y Jay Ginn, España, Narcea S. A. de ediciones; Colección mujeres, pp. 17-34.
- Gómez de León, José, Virgilio Partida y Patricio Solís (1998), “Perspectivas demográficas de la tercera edad”, en *La situación demográfica en México 1997*, México, Consejo Nacional de Población, pp. 106-114.
- González, César y Roberto Ham-Chande (2007), “Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México”, en *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento 4 de 2007, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. 448-458.
- González Q. Lauro y Sergio López Alonso (2003), “Vivir conviviendo. El nicho funcional, epítome de las estrategias de vida y de reproducción en Atla, Puebla, México” en *Estudios de Antropología Biológica*, volumen 11, México.
- González Luis (2000), “El liberalismo triunfante”, en *Historia General de México*, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, México, pp. 635-705.
- Guba, E. G., and Y. Lincoln (1994), “Competing Paradigms in Qualitative Research”, en *Handbook of Qualitative Research*, N. K. Denzin and Y. S. Lincoln (eds.), Sage Publications, Thousand Oaks, CA, pp. 105-116.
- Gutiérrez R., Luis Miguel (2004), “La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento”, en *La situación demográfica en México 2004*, México, Consejo Nacional de Población, pp. 53-70.
- Guzmán, José Miguel (2002), *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*, Serie de Población y Desarrollo, No. 28, CEPAL.

- Guzmán, José Miguel, Sandra Huenchuan y Verónica Montes de Oca (2003), “Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual”, en *Notas de Población*, no. 77, CEPAL-CELADE.
- Hackert, Ralph y José Miguel Guzmán (2004), “Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina”, en Marina Ariza y Orlandina de Oliveira (coordinadoras), *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, México, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, pp. 479-517.
- Hayflick, Leonard (1999), *Cómo y por qué envejecemos*, Herder, Barcelona, España.
- Ham Chande, Roberto (1982), “Población dependiente en edad avanzada” en *Memorias de la segunda reunión nacional sobre la Investigación Demográfica*, realizada del 4 al 7 de noviembre de 1980. México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, pp. 501-510.
- Ham Chande, Roberto, (1993), “La insuficiencia de las pensiones por vejez”, en *DEMOS, Carta Demográfica sobre México*, México, IIS-UNAM, pp. 28-29.
- Ham Chande, Roberto (1996a), “El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México” en *Salud Pública de México*, vol. 38, no. 6, pp. 409-418, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Ham, Chande Roberto, (1996b), “De la solidaridad intergeneracional a la privatización de las pensiones”, en *DEMOS, Carta Demográfica sobre México*, México, IIS-UNAM pp. 36-37.
- Ham, Chande Roberto, 1999, “El futuro de las pensiones. Promesas fáciles de difícil cumplimiento”, *DEMOS, Carta Demográfica sobre México*, México, IIS-UNAM, pp. 35-56.
- Ham, Chande Roberto, 2001, “Paradigmas y nuevos contratos sociales”, *DEMOS, Carta Demográfica sobre México*, México, IIS-UNAM, pp. 27-28.
- Ham, Chande Roberto, 2002, “Trabajo y jubilaciones. Insuficiencia actual y cambios necesarios”, *DEMOS, Carta Demográfica sobre México*, México, IIS-UNAM, pp. 37-38.
- Ham Chande, Roberto (2003), *El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica*, México, El Colegio de la Frontera Norte - Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial.
- Ham, Chande Roberto, Elmyra Ybáñez Zepeda y Ana Luz Torres Martínez (2003), “Redes de apoyo y arreglos de domicilio de las personas en edades avanzadas en la Ciudad de México”, en *Notas de Población* No. 77, CEPAL-CELADE, Chile, pp. 71-102.
- Hebrero Martínez, Mirna (2004), *Evaluación del estado de salud como una dimensión del bienestar de la población mexicana con 50 años y más. Un análisis de sus factores asociados*, Tesis de Maestría en Demografía, El Colegio de México.
- Hernández Pedreño, Manuel, 2002, “Vejez y desigualdad social”, en *Praxis Sociológica*, 6, Azacanes-UCLM, Toledo, España, págs. 129-146.
- Huenchuán, Sandra (1999), “Vejez, género y etnia: Acercamiento a un enfoque de las diferencias sociales”, en *Revista de Educación y Humanidades, Universidad de la Frontera, Temuco*, Chile, pp.
- Inclán, Rodrigo (2000), “La economía, el empleo y las pensiones frente al envejecimiento demográfico”, en *Envejecimiento demográfico y empleo*, México, Secretaría de Trabajo y Previsión Social, pp. 131-176.
- INEGI (2000), *Tabulados básicos nacionales y por entidad federativa. Base de datos y tabulados de la muestra censal*, XII Censo General de Población y Vivienda 2000, versión en CD.
- INEGI (2005), *Información histórica sobre la estructura de edad y sexo de la población mexicana*, consultada el 8 de febrero del 2005 en la página electrónica del Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática, www.inegi.gob.mx.

- INEGI (2005), *Características de la población hablante de lengua indígena*, consultada el 20 de octubre de 2008 en la página electrónica del Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática, www.inegi.gob.mx.
- INI (2000), Instituto Nacional Indigenista, *Primer Informe del Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas*, INI, México.
- Jáuregui, Berenice, Emmanuel Poblete y Nelly Salgado de Snyder (2006), “El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México”, en *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*, V. Nelly Salgado de Snyder y Rebeca Wong, editoras, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. 85-109.
- Lara, Ma. de los Ángeles, Ma. Guadalupe Benítez, Irma H. Fernández y Ángel Zárate (1996), “Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, en *Revista de Salud Pública*, vol. 38, num. 6, Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- León-Portilla, Miguel (1983), *Los Antiguos Mexicanos a través de sus crónicas y cantares*, FCE, México.
- León-Portilla, Miguel (1984), “La vejez en el mundo prehispánico”, en *Nuestros mayores*, ISSSTE, México, 1984.
- Lerner, Susana (1994), “La antropología en la investigación antropológica”, en *Estudios Demográficos y Urbanos*, 25, vol. 9, núm. 1, El Colegio de México.
- Lerner, Susana y André Quesnel (1986). “Problemas de interpretación de la dinámica demográfica y de su integración a los procesos sociales”, en *Problemas metodológicos en la investigación sociodemográfica*, México, Programa de Investigaciones Sociales en Población en América Latina (PISPAL)-El Colegio de México, pp. 127-147.
- Lewis, Oscar (1963), *Life in Mexican Village: Tepoztlán Restudied*, University of Illinois, Press, USA.
- Lillo, Manuel (2002), “Antropología de los cuidados en el anciano: evolución de los valores sociales sobre la vejez a través de la historia”, en *3er. Congreso Virtual de Antropología y Arqueología NAYA 2002*, consultado el 9 de febrero del 2008, página electrónica: http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/manuel_lillo_crespo2.htm
- Limón Rojas, Miguel (1994), *Análisis histórico del indigenismo*, en la colección 75 años de la revolución mexicana, (citado por Sámano 2004).
- Lombardo, Rosa María (1944), *La mujer tzetzal*, INI, México.
- López Fermín (2006), *Diagnóstico de salud 2006 en Atla, Puebla*, documento inédito del Centro de Salud de Atla, Pahuatlán, Puebla, Servicios de Salud del Estado de Puebla, jurisdicción sanitaria no. 1 CSINB Atla.
- Lozano, Rafael, Julio Frenk y Miguel Angel González (1996), “El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994”, en *Revista de Salud Pública*, vol. 38, num. 6, Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- Luna, Matilde (2004), “Redes sociales” en *Revista Mexicana de Sociología*, número especial 1939-2004, 65 aniversario, Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM, pp. 59-75.
- Manrique, Leonardo (1994), *La población indígena mexicana*, México, Instituto Nacional de Geografía e Informática – Instituto Nacional de Antropología e Historia – Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

- Martínez, Iveris (2002), “Recomendaciones sobre métodos e instrumentos para estudios sobre redes de apoyo y calidad de vida”, Documento presentado en la reunión de expertos en redes de apoyo a personas mayores: el rol del estado, la familia y la comunidad, Santiago de Chile, 9 al 12 de diciembre del 2002.
- Martínez O. Mari Paz, Polo L. María Luz y Carrasco F. Beatriz (2002), “Visión histórica del concepto de vejez desde la Edad Media”, en *Cultura de los cuidados. Revista de enfermería y humanidades*, Número 11, Año VI, Universidad de Alicante, España, pp: 40-46.
- Martínez, Miguel Ángel, Juan Enrique García y Patricia Fernández (2003), “Indígenas en zonas metropolitanas”, en *La situación demográfica en México 2003*, México, Consejo Nacional de Población, pp. 155-164.
- Martínez, María de la Luz, Marisa Vivaldo y Víctor Manuel Mendoza (2008). “¿Qué es el viejísimo?” en *Viejísimo: Prejuicios y Estereotipos de la Vejez*, Unidad de Investigación en Gerontología, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- McAleavey, Frances A. (1982), “The role of Old People in Santo Tomás Mazaltepec”, in Donal O Cowgill y Lowell D. Holmes (eds.) *Aging and Modernization*, Appleton-Century-Crofts, New York.
- Mc Mullin, J. (1995), “Teoría de las relaciones de edad y género”, en *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*, compilación de Sara Arber y Jay Ginn, España, Narcea S. A. de ediciones; Colección mujeres.
- Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A, Villa A, Ruiz-Arregui L, Gutiérrez-Robledo LM. (2007), “Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México”, en *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento 4 de 2007, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. 475-481.
- Meyer, Lorenzo (2000), “La institucionalización del nuevo régimen”, en *Historia General de México*, El Colegio de México. pp. 825-879.
- Mier y Terán, Marta (1982). *Evolution de la population mexicaine à partir de dones des recensements, 1895-1970*. Tesis doctoral. Université de Montreal, Montreal.
- Mier y Terán, Marta y Virgilio Partida (2001), “Niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad en México, 1930-1997” en *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, José Gómez de León y Cecilia Rabell (coordinadores), CONAPO-FCE, pp. 168-203.
- Mier y Terán, Marta y Cecilia Rabell Romero (2003), “Desigualdad en la escolaridad en México. El caso de niños y jóvenes indígenas”, en *Las dinámicas de la población indígena. Cuestiones y debates actuales en México*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Institut de Recherche pour le Développement – Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial, pp. 191-208.
- Montes de Oca, Verónica (1995), *Envejecimiento en México. Condición social y participación económica de la población con 65 años y más en la ciudad de México*, Tesis de Maestría en Demografía, El Colegio de México.
- Montes de Oca, Verónica (1997), “La actividad económica de las mujeres en edad avanzada en México: entre la sobrevivencia y la reproducción cotidiana”, ponencia presentada para *Delivary at the 1997 meeting of the Latin American Studies Association*, Guadalajara, México, Abril 17-19, 1997.
- Montes de Oca, Verónica (1998), “Intercambio y diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México”, en Héctor Hiram Hernández Bringas y Catherine Menkes (coordinadores), *La población de México al final del siglo XX*, México, UNAM, pp. 485-500

- Montes de Oca, Verónica (1998), “Diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México”, en *Papeles de Población*, No. 19, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, México, pp. 149-172
- Montes de Oca, Verónica (1999), “Relaciones familiares y redes sociales”, en *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, México, CONAPO, pp. 289-326.
- Montes de Oca, Verónica (2001), “Desigualdad estructural entre la población anciana en México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México”, en *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 16, núm. 3, pp. 585-613.
- Montes de Oca, Verónica (2003), “Redes comunitarias, género y envejecimiento. El significado de las redes comunitarias en la calidad de vida de hombres y mujeres adultos mayores en la Ciudad de México” en *Notas de Población* No. 77, CEPAL-CELADE, Chile, pp. 139-174.
- Montes de Oca, Verónica (2004), “Envejecimiento y protección familiar en México: límites y potencialidades del apoyo en el interior del hogar” en Marina Ariza y Orlandina de Oliveira (coordinadoras), *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, México, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, pp. 519-563.
- Montes de Oca, Verónica (2005), *Redes comunitarias, género y envejecimiento*, Cuadernos de investigación no. 31, México, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Montes de Oca, Verónica, Ahtziri Molina y Rosaura Avalos (2008), *Migración, redes transaccionales y envejecimiento. Estudio de las redes familiares transaccionales de la vejez en Guanajuato*, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, Gobierno del estado de Guanajuato.
- Monterrubio María Isabel y Rafael Lozano (2001), “Utilización y disponibilidad de los servicios de salud en México”, en *DEMOS*, No. 14.
- Montoya B. José de Jesús (1964), *Atla: Etnografía de un pueblo nahuatl*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- Moragas, Ricardo (1991), *Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona, Herder.
- Mummert, Gail (1999), “Demografía y Antropología/Acercamientos disciplinarios” en *DemoS*, Carta Demográfica sobre México No. 12, pp. 37-38, UNAM, Coordinación de Humanidades, Instituto de Investigaciones Sociales.
- Naciones Unidas (1983), *Manual X: Técnicas indirectas de estimación demográfica*, publicación de las Naciones Unidas, Nueva York.
- Naciones Unidas (2007), *World Population Prospects: The 2006 Revision Population Database*, consultado en: <http://esa.un.org/unpp/>
- Neiburg, Federico G. (1988), *Identidad y conflicto en la sierra mazateca: el caso del Consejo de Ancianos de San José Tenango*, Colección Divulgación, INAH-ENAH, Ediciones Cuicuilco.
- Neugarten, Berencice L. (1999), *Los significados de la edad*, Herder, Barcelona, España.
- OIT (1989), Organización Internacional del Trabajo, *Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, Núm. 169* consultado el 4 de febrero de 2005 en la dirección electrónica de la OIT: <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/convdisp2.htm>.
- OMS (1982) Organización Mundial de la Salud, *Services to prevent disability in the elderly*, Euro report and studies No. 83.
- Ordorica, Manuel (2004a), “Cambios demográficos y desafíos para la política de población en México. Una reflexión a largo plazo”, en *Papeles de Población*, No. 40, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, México, pp. 13-24.

- Ordorica, Manuel (2004b), “La esperanza muere al último: la vida después de los 75 años”, ponencia presentada en el *Seminario Taller: El dato en cuestión. Un análisis de las cifras socio-demográficas*, organizado por el Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México, 3-5 de noviembre de 2004, mimeografiado.
- Ordorica, Manuel y José Luis Lezama (1993), “Consecuencias demográficas de la Revolución Mexicana”, en *El Poblamiento de México. Una visión histórico-demográfica*, Tomo IV, México en el siglo XX, Consejo Nacional de Población, pp. 32-53.
- Orti, Alfonso (1986), “La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta y la discusión de grupo”, en *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*, Madrid, Alianza Universidad Textos.
- Ortiz, Francisco (1995), *Envejecimiento: ¿programa genético o desgaste?*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, colección científica.
- Osorio, Paulina (2006), *La longevidad más allá de la biología. Aspectos socioculturales*, Papeles del CEIC # 22, julio 2006, <http://www.ehu.es/CEIC/papeles/22.pdf>.
- Papalia, D y Wendkos, S (1988), *Desarrollo Humano*, Cuarta Edición. México, McGraw-Hill.
- Partida, Virgilio (1991), “Vivir más, cuesta más”, en *DEMOS, Carta Demográfica sobre México*, México, IIS-UNAM, pp. 17-18.
- Partida, Virgilio y Patricio Solís (1998), “La población indígena”, en *La situación demográfica de México, 1997*, 2ª edición, México, Consejo Nacional de Población, pp. 73-82.
- Pedrero, Mercedes (2000), “Condición laboral actual de la población de la tercera edad y perspectivas”, en *Envejecimiento demográfico y empleo*, México, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, pp. 99-130.
- Pérez, Julio (1994), *La situación social de la vejez en España a partir de una perspectiva demográfica. De cómo el envejecimiento demográfico puede constituir el punto de partida para una sociología de la vejez*, Trabajo de investigación, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid. Consultada en: <http://www.ced.uab.es/jperez/pags/memoria.htm>
- Pérez, Julio (2002), *La Madurez de Masas*, IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, España, consultado en <http://hdl.handle.net/10261/3110>
- Polo L. María Luz, Martínez O. Mari Paz (2001), “Visión histórica del concepto de vejez en sociedades antiguas”, en *Cultura de los cuidados. Revista de enfermería y humanidades*, Número 10, Año V, Universidad de Alicante, España.
- Rabell, Cecilia, Sandra Murillo y Melba Casellas (2007), *La emigración interna indígena: Oaxaca, Guerrero y Veracruz*, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, Cuadernos de Investigación 36.
- Reyes, Laureano (2002), *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque*, México, Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez, Gregorio, Javier Gil, y Eduardo García (1996), *Metodología de la Investigación Cualitativa*. ediciones Aljibe, Archidona, Málaga.
- Rodríguez Pilar (1999), “El problema de la dependencia en las personas mayores”, en Ricardo Moragas Moragas *El reto de la dependencia al envejecer*”, Editorial Herder, Barcelona.
- Ronzón, Zoraida (2003) “El anciano ante la falta de asistencia social y de salud”, en *Contando nuestros días. Un estudio antropológico sobre la vejez*, México, CIESAS, pp. 59-87.

- Ruiz L., Castillo L., Orea A., Mejía S. y Miguel A. (2007), "Prevalence of self-reported overweight-obesity and its association with socioeconomic and health factors among older Mexican adults", en *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento 4 de 2007, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. 482-487.
- Ruiz Pantoja, Teresita Elisa (2004), *Condiciones sociales y desalud en la infancia que afectan el estado de salud de los adultos mayores en México*, Tesis de Maestría en Demografía, El Colegio de México.
- Ruiz Teresita y Ham-Chande Roberto (2007), "Factores sociales y salud infantil asociados con la vejez", en *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento 4 de 2007, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. 495-504.
- Ruvalcaba, Rosa María (1999), "Ingresos de las personas de edad y características de sus hogares", en *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, México, CONAPO, pp. 125-144.
- Sámano, Miguel Ángel (2004), "El indigenismo institucionalizado en México (1936-2000): Un análisis", en *La construcción del Estado nacional: democracia, justicia, paz y Estado de derecho*. XII Jornadas Lascasianas, José Emilio Rolando Ordoñez Cifuentes, Coordinador. Serie Doctrina Jurídica, Núm. 179, México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), pp. 141-158.
- Salgado de Snyder, Nelly (2003), "Envejecimiento, género y pobreza en México rural", en *Envejeciendo en la pobreza. Género salud y calidad de vida*, V. Nelly Salgado de Snyder y Rebeca Wong, editoras, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. 37-56.
- Salgado de Snyder, Nelly e Ietza Bojorquez (2006), "Estado de salud y utilización de servicios de salud en adultos mayores que viven en pobreza urbana", en *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*, V. Nelly Salgado de Snyder y Rebeca Wong, editoras, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. 55-69.
- Salgado de Snyder, Nelly y Rebeca Wong (2007), "Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez", en *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento 4 de 2007, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. 515-521.
- Salas, Carlos (1999), "Empleo y tercera edad: dinamismo y tendencias", en *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, México, CONAPO, pp. 111-124.
- Salinas, Alfonso (1999), "La finanzas públicas en la seguridad social", en *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, México, CONAPO, pp. 243-262.
- Sandoval, Maritza (1999), "La privatización del sistema de pensiones y su impacto sobre el ahorro doméstico", en *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, México, CONAPO, pp. 219-242.
- Sariego, Juan Luis (2003), "Políticas indigenistas y criterios de identificación de la población indígena mexicana", en *Las dinámicas de la población indígena. Cuestiones y debates actuales en México*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Institut de Recherche pour le Développement – Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial, pp. 71-83.
- Serrano E. y Patricia Fernández Ham (2003), "La fecundidad de las poblaciones indígenas de México", en *Las dinámicas de la población indígena. Cuestiones y debates actuales en México*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Institut de Recherche pour le Développement – Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial, pp. 397-428.
- Solís, Patricio (1999), "El ingreso a la cuarta edad en México: una aproximación a su intensidad, calendario e implicaciones en el apoyo familiar y social a los ancianos", en *Papeles de Población*, No. 19, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, México, pp. 43-75.

- Solis, Patricio (2001), "La población en edades avanzadas", en J. Gómez de León y C. Rabell (Eds.), *La población de México. Tendencias y perspectivas demográficas hacia el siglo XXI* (pp. 835-869). México: Consejo Nacional de Población y Fondo de Cultura Económica.
- Sokolovsky, Jay y Joan Sokolovsky (1982), "Familial and Public Contexts for Aging: Growing Old in a Rapidly Changing Mexican Village", in *Aging and the Third World: Part II, Regional and Ethnographic*, Perspectives, Studies in the Third World Societies, Publication no. 23, Williamsburg, Virginia, USA.
- Soustelle, Jacques (1983), *La vida cotidiana de los aztecas en vísperas de la conquista*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Tarrés, María Luisa (2004), "Lo cualitativo como tradición", en *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*", María Luisa Tarrés, coordinadora, FLACSO; COLMEX, Miguel Ángel Porrúa, México, pp. 35-60.
- Taylor, S. J. y R. Bogdan (1986), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Paidós, Barcelona, España.
- Trejo, Carlos (2001). "El viejo en la historia", en *Acta Bioethica*, año VII, nº 1, p.107-119.
- Tuirán, Rodolfo, Virgilio Partida, Octavio Mojarro y Elena Zuñiga (2002), "Tendencias y perspectivas de la fecundidad", en *La situación demográfica en México, 2002*, CONAPO, pp. 29-48.
- Tuirán, Rodolfo y Rebeca Wong (1993) "Transferencias familiares en el envejecimiento", en *Seminario sobre envejecimiento demográfico en México*, México, Somede.
- Ulloa Berta (2000), "La lucha armada (1911-1920)", en *Historia General de México*, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, México, pp. 759-821.
- Valdés, Luz María y María Teresa Menéndez (1987), *Dinámica de la población de habla indígena (1900-1980)*, Colección Científica, Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Valdés, Luz María (1988), *El Perfil demográfico de los indios mexicanos*, México, Siglo XXI-UNAM-CIESAS, 2ª. Edición.
- Valdés, Luz María (2008), *La lengua indígena: un instrumento de la Demografía Étnica*, Ponencia presentada en la IX Reunión de Investigación Sociodemográfica en México, Mérida, Yucatán, Memoria en CD.
- Valencia, Alberto (1999), "El valor de los pasivos contingentes", en *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, México, CONAPO, pp. 191-218.
- Valencia, Alberto (2000), "Envejecimiento, empleo y pensiones de jubilación en la administración pública federal valor", en *Envejecimiento demográfico y empleo*, México, Secretaría de Trabajo y Previsión Social, pp. 177-205.
- Valencia, Alberto (2001), "Panorama crítico e insuficiencia financiera", en *DEMOS, Carta Demográfica sobre México*, México, IIS-UNAM, pp. 31.
- Valles, Miguel (2003), *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*, Editorial Síntesis, España.
- Van Manen, Max (1990), *Researching lived experience : human science for an action sensitive pedagogy*, State University of New York Press,
- Varguillas Carmen y Silvia Robot (2007), "Implicaciones conceptuales y metodológicas en la entrevista a profundidad", en *Laurus*, Vol. 13, número 023, Universidad Pedagógica Experimental, Libertador, Caracas, Venezuela, pp. 249-262.

- Vázquez, Felipe (2003), *Contando nuestros días. Un estudio antropológico sobre la vejez*, México, CIESAS.
- Vázquez, Felipe (2005), “Construcciones sociales de la vejez rural a partir de la experiencia religiosa”, ponencia presentada en el Quinto Congreso de la Asociación Mexicana de Estudios Rurales (AMER), Oaxaca, México, mayo 25-28 de 2005. CD de ponencias.
- Vega, Daniel y Miguel Ángel Martínez (2003), “Hogares indígenas” en *La situación demográfica en México 2003*, México, CONAPO, pp. 165-174.
- Vela, Fortino (2004), “Un acto metodológico básico en la investigación social: la entrevista cualitativa”, en María Luisa Tarrés (coordinadora), *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, FLACSO-COLMEX-Miguel Ángel Porrúa Editor, México.
- Villasana, Susana (2005), “Roles conyugales y estado conyugal de los adultos mayores indígenas”, ponencia presentada en el Quinto Congreso de la Asociación Mexicana de Estudios Rurales (AMER), Oaxaca, México, mayo 25-28 de 2005. CD de ponencias.
- Welti, Carlos (2001), “Cambios socioeconómicos y sobrevivencia de la población mayor” en *DEMOS, Carta Demográfica sobre México*, México, IIS-UNAM, pp. 25-26.
- Warman, Arturo (2003), *Los indios mexicanos en el umbral del milenio*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Wong, Rebeca (1999), “Transferencias intrafamiliares e intergeneracionales en México”, en *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, México, CONAPO, pp. 145-170.
- Wong, Rebeca y M. E. Figueroa (1999), “Morbilidad y utilización de servicios de salud entre población de edad avanzada: un análisis comparativo”, en *Papeles de Población*, No. 19, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, México, pp. 103-124.
- Wong, Rebeca y María Aysa Lastra (2001), “Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado”, en *Estudios Demográficos y Urbanos*, 48, vol. 16, núm. 3, El Colegio de México.
- Wong, Rebeca y Mónica Espinoza (2003), “Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México”, en *Papeles de Población* No. 37, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, México, pp.
- Wong Rebeca (2003), “La relación entre salud y nivel socioeconómico en adultos mayores: diferencias por género”, en *Envejeciendo en la pobreza. Género salud y calidad de vida*, V. Nelly Salgado de Snyder y Rebeca Wong, editoras, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. 97-122.
- Wong Rebeca, Mónica Espinoza y Alberto Palloni (2007), “Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento”, en *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento 4 de 2007, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. 436-447.
- Zolla, Carlos y Emiliano Zolla (2004), *Los pueblos indígenas de México: 100 preguntas*, Programa Universitario México Nación Multicultural, UNAM, México.
- Zuñiga, Elena, Juan A. García y Virgilio Partida (2003), “Mortalidad de las personas de 60 años y más”, en *La situación demográfica en México 2003*, México, CONAPO, pp. 143-154.

ÍNDICE DE CUADROS

III. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE EDAD MAYOR, CENSO 2000

1	Distribución de la población indígena de 50 años y más por edad y sexo e índice de masculinidad, muestra ponderada	76
2	Distribución de la población indígena de 50 años y más por tamaño de la localidad según sexo, grupo de edad, muestra ponderada	77
3	Características de los pisos de las viviendas de la población indígena de 50 años y más según sexo y edad, muestra ponderada	78
4	Características de disponibilidad de servicios de las viviendas de la población indígena de 50 años y más según sexo y edad, muestra ponderada	79
5	Lugar donde se deposita el drenaje de las viviendas de la población indígena de 50 años y más según sexo y edad, muestra ponderada	80
6	Tipo de tenencia de la vivienda de la población indígena de 50 años y más según sexo, grupo de edad, muestra ponderada	80
7	Caracterización del hogar que habita la población indígena de 50 años y más según sexo y edad, muestra ponderada	82
8	Relación con el jefe del hogar, población indígena de 50 años y más según sexo y edad, muestra ponderada	83
9	Total de integrantes del hogar de la población indígena de 50 años y más según sexo y edad, muestra ponderada	84
10	Escolaridad (años aprobados) de la población indígena de 50 años y más según sexo y edad, muestra ponderada	86
11	Distribución de la población indígena de 50 años y más según religión declarada por sexo y edad, muestra ponderada	89
12	Situación laboral de la población indígena de 50 años y más según sexo y edad muestra ponderada	90
13	Apoyos o transferencias recibidas por la población indígena de 50 años y más según sexo y edad, muestra ponderada	91
14	Ingresos en los hogares y personales de la población indígena de 50 años y más según sexo y grupo de edad	92
15	Bienes en los hogares de la población indígena de 50 años y más según sexo y edad, muestra ponderada	94
16	Disponibilidad y uso de servicios de salud de la población indígena de 50 años y más según sexo y edad, muestra ponderada	97
17	Tipo de discapacidad de la población indígena de 50 años y más según sexo y edad, muestra ponderada	98
18	Causa de la discapacidad de la población indígena de 50 años y más según sexo y edad, muestra ponderada	99
IV. CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACION INDIGENA DE EDAD MAYOR Y DIFICULTADES PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA, ENASEM 2001		
19	Distribución de los hablantes de lengua indígena por edad y sexo	111

20	Dificultad para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria por grupo de edad y sexo	113
21	Medias de discriminación en al análisis de correspondencia múltiple (ABVD)	118
22	Dificultad para realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria por grupo de edad y sexo	120
23	Medias de discriminación en al análisis de correspondencia múltiple (AIVD)	124
24	Índices de dificultad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y enfermedades crónicas por grupo de edad y sexo	126
25	Medidas de discriminación en al análisis de correspondencia múltiple (Enfermedades, ABVD y AIVD)	132
26	Variables dependientes e independientes en el modelo de regresión logística	134
27	Modelos de regresión logística ajustadas, variable dependiente: índice de dificultad de realización de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)	137
28	Modelos de regresión logística ajustadas, variable dependiente: índice de dificultad de realización de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	139
V. ASPECTOS SOCIALES Y DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS CON LOS APOYOS OTORGADOS Y RECIBIDOS DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE EDAD MAYOR, ENASEM 2001		
29	Ayudas proporcionadas y recibidas por grupo de edad y sexo	159
30	Medias de discriminación en al análisis de correspondencia múltiple (Ayudas proporcionadas y recibidas)	163
31	Índice de reciprocidad de ayudas de la población indígena de edad mayor	165
32	Medidas descriptivas del índice de reciprocidad de ayudas en población indígena de edad mayor por edad y sexo	166
33	Distribución porcentual de algunas características de la población indígena de 50 años o más	168
34	Razón de momios asociados a la ayuda económica proporcionada a hijos respecto de características de la población indígena de 50 años o más	170
35	Razón de momios asociados a la ayuda económica recibida de hijos respecto de características de la población indígena de 50 años o más	172
36	Razón de momios asociados a la ayuda no económica proporcionada a hijos respecto de características de la población indígena de 50 años o más	174
37	Razón de momios asociados a la ayuda no económica recibida de hijos respecto de características de la población indígena de 50 años o más	176
VII. “SERÉ UN BURRO VIEJITO, PERO YA NO AGUANTO MÁS MALETAS”, ALGUNOS ASPECTOS DE LA VEJEZ EN ATLA		
38	Algunas características de los hombres de 50 años o más de Atla	216
39	Algunas características de las mujeres de 50 años o más de Atla	218
40	Características de las personas entrevistadas	224

41	Percepciones sobre estado de salud, ayudas recibidas y otorgadas de las personas entrevistadas	225
	ANEXO 1: Estimación de la esperanza de vida en población indígena	
42	Coefficientes de regresión de Trussell para calcular el multiplicador $k(i)$, modelo de mortalidad “oeste”.	283
43	Método de estimación de las probabilidades de morir desde el nacimiento hasta una edad x de la población indígena mexicana	283
44	Método de estimación de las tasas centrales de mortalidad registradas y corregidas, población indígena mexicana	285
45	Tabla de mortalidad de la población mexicana	286
46	Tabla de mortalidad de la población indígena mexicana	287
47	Tabla de mortalidad de la población no indígena mexicana	287
48	Tabla de mortalidad de la población indígena mexicana de zonas rurales	288
49	Tabla de mortalidad de la población indígena mexicana de zonas no rurales	288
50	Tabla de mortalidad de la población no indígena mexicana de zonas rurales	289
51	Tabla de mortalidad de la población no indígena mexicana de zonas no rurales	289

ÍNDICE DE GRÁFICAS

III. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE EDAD MAYOR, CENSO 2000

1	Población indígena alfabetada de 50 años y más según sexo, grupo de edad y, muestra ponderada	85
2	Situación conyugal de la población indígena de 50 años y más según sexo y grupo de edad muestra ponderada	87
3	Situación conyugal de la población indígena de 50 años y más según sexo y grupo de edad muestra ponderada	88

V. ASPECTOS SOCIALES Y DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS CON LOS APOYOS OTORGADOS Y RECIBIDOS DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE EDAD MAYOR, ENASEM 2001

4	Porcentaje de individuos con dificultades para caminar de un lado a otro en un cuarto	114
5	Porcentaje de individuos con dificultades para bañarse en una tina o regadera	115
6	Porcentaje de individuos con dificultades para comer (cortar la comida)	115
7	Porcentaje de individuos con dificultades para acostarse y levantarse de la cama	116
8	Porcentaje de individuos con dificultades para usar el excusado, incluyendo subirse y bajarse o ponerse en cuclillas	117
9	Análisis de correspondencia múltiple sexo, edad y Actividades Básicas de la Vida Diaria	119
10	Porcentaje de individuos con dificultades para preparar una comida caliente	121
11	Porcentaje de individuos con dificultades para hacer compras de víveres/mandado	121
12	Porcentaje de individuos con dificultades en tomar sus medicamentos	123
13	Porcentaje de individuos con dificultades para manejar su dinero	123
14	Análisis de correspondencia múltiple sexo, edad y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	125
15	Porcentaje de individuos con dificultades para realizar al menos una ABVD	127
16	Porcentaje de individuos con dificultades para realizar al menos una AIVD	127
17	Porcentaje de individuos con diagnóstico de hipertensión	129
18	Porcentaje de individuos con diagnóstico de diabetes	129
19	Porcentaje de individuos con diagnóstico de artritis o reumatismo	130
20	Porcentaje de individuos con fractura de hueso o cadera	131

21	Análisis de correspondencia múltiple sexo, edad, ABVD, AIVD y enfermedades cónicas	133
	V. APOYOS OTORGADOS Y RECIBIDOS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HABLA INDÍGENA, ENASEM 2001	
22	Porcentaje de individuos que proporcionan ayuda económica a sus hijos	160
23	Porcentaje de individuos que proporcionan ayuda no económica a sus hijos	161
24	Porcentaje de individuos que reciben ayuda económica de sus hijos	161
25	Porcentaje de individuos que reciben ayuda no económica de sus hijos	163
26	Análisis de correspondencia múltiple sexo, edad y ayudas proporcionadas y recibidas	164
27	Índice de reciprocidad de ayudas por edad y sexo	166
	VII. “SERÉ UN BURRO VIEJITO, PERO YA NO AGUANTO MÁS MALETAS”, ALGUNOS ASPECTOS DE LA VEJEZ EN ATLA	
28	Distribución porcentual de la población de Atla por sexo y edad	210
29	Índice de masculinidad por grupo de edad de la población de Atla	212