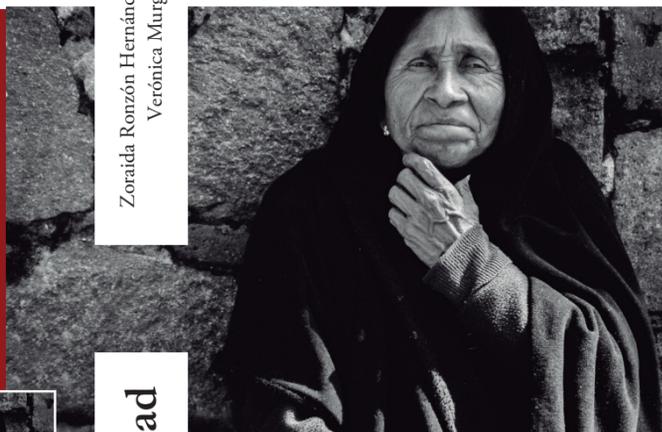


En *Vejez y vulnerabilidad. Retratos de casos y perfiles de estudio en contextos diversos: grandes regiones, localidades rurales y territorios migrantes*, se discute y reflexiona desde las ciencias sociales el tema de la vulnerabilidad en diferentes grupos de poblaciones envejecidos de México.

Desde el área de especialización de cada autor, se pone particular atención en las condiciones de la vida cotidiana y las estrategias que se generan para enfrentar y reducir la vulnerabilidad, así como en los retos que se afrontarán por el tendiente proceso de envejecimiento de la población, principalmente en los ámbitos socioculturales y de salud.



Zoraida Ronzón Hernández • Felipe R. Vázquez Palacios
Verónica Murguía Salas (Coords.)



Vejez y vulnerabilidad

Retratos de casos y perfiles de estudio en contextos diversos: grandes regiones, localidades rurales y territorios migrantes

Zoraida Ronzón Hernández
Felipe R. Vázquez Palacios
Verónica Murguía Salas
Coords

Vejez y vulnerabilidad

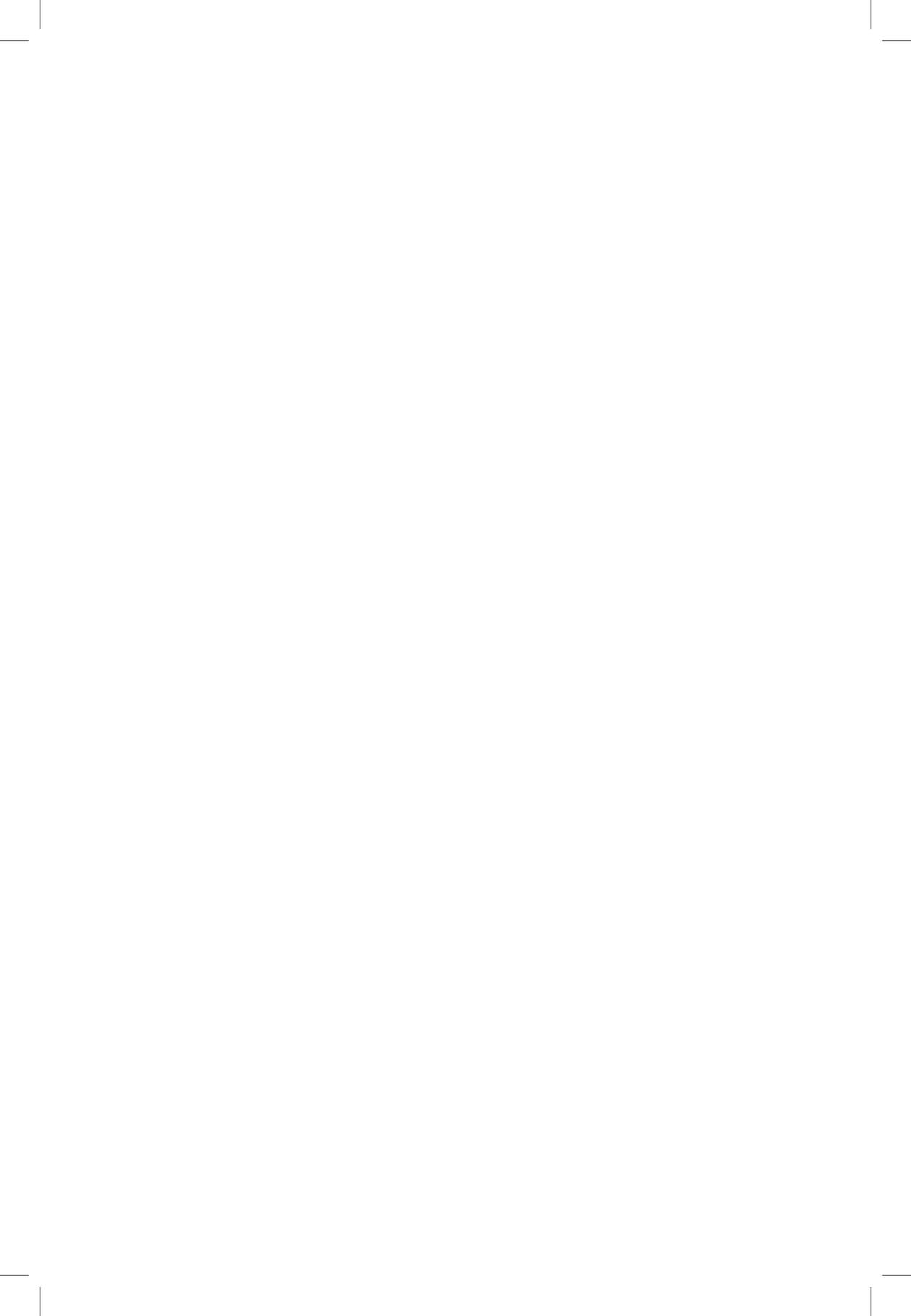


gedisa
editorial



gedisa
editorial

Vejez y vulnerabilidad. Retratos de casos y perfiles de estudio en contextos diversos: grandes regiones, localidades rurales y territorios migrantes, se enfoca en dos vertientes. Por un lado, se presenta una sólida discusión teórica sobre los distintos usos y significados de la vulnerabilidad, lo cual permite diferenciar este concepto de otros fenómenos o procesos como la pobreza, marginación o exclusión. Por otro lado, la información empírica que se muestra en los capítulos, proporciona una visión dinámica de la vulnerabilidad, debido a que se toma en consideración las características de los actores sociales, el contexto, el papel de las instituciones y la vinculación con otras problemáticas que afectan a las sociedades que envejecen.





Vejez y vulnerabilidad

Retratos de casos y perfiles de estudio en
contextos diversos: grandes regiones,
localidades rurales y territorios migrantes

Zoraida Ronzón Hernández • Felipe R. Vázquez Palacios
Verónica Murguía Salas
Coords.



Biblioteca
Iberoamericana
de Pensamiento



Vejez y vulnerabilidad

Retratos de casos y perfiles de estudio en
contextos diversos: grandes regiones,
localidades rurales y territorios migrantes

Zoraida Ronzón Hernández • Felipe R. Vázquez Palacios
Verónica Murguía Salas
Coords.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

gedisa
editorial

Vejez y vulnerabilidad. Retratos de casos y perfiles de estudio en contextos diversos: grandes regiones, localidades rurales y territorios migrantes

Publicación financiada con recursos PFCE 2016.

Zoraida Ronzón Hernández, Felipe R. Vázquez Palacios, Verónica Murguía Salas
(Coords.)

Blanca Estela Palcastre Villafuerte, María Guadalupe Ruelas González, Norma Baca Tavera, Laureano Reyes Gómez, Susana Villasana Benítez, Blanca Mirthala Tamez Valdez, Rodrigo Tovar Cabañas, Shany Arely Vázquez Espinosa, Andrés Méndez Palacios Macedo, Itzel Hernández Lara, Patricia Román Reyes, Oscar Gerardo Hernández Lara.

Diseño de la cubierta: Alejandra Ramos Livera

Fotografía de la cubierta: Luis Francisco Hernández Ortiz

Primera edición noviembre de 2017, Ciudad de México, México.

D.R. © Universidad Autónoma del Estado de México

Instituto Literario 100 Oriente

Colonia Centro

Código Postal 50000

Toluca, Estado de México

<http://www.uaemex.mx>

Derechos reservados para todas las ediciones en castellano.

D.R. © Editorial Gedisa, S.A.

Avenida del Tibidabo, 12, 3^o

08022 Barcelona, España

gedisa@gedisa.com

www.gedisa.com

ISBN 978-84-16919-67-3

IBIC: JFSP3

Libro de investigación arbitrado por pares ciegos

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico

Queda prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio de impresión, en forma idéntica, extractada o modificada, en castellano o cualquier idioma.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	11
I. La vulnerabilidad como una experiencia de vida Felipe R. Vázquez Palacios	13
II. La protección a grupos en condiciones de vulnerabilidad: una reflexión desde la ética Blanca Estela Pelcastre Villafuerte María Guadalupe Ruelas González	25
III. Los recursos de la población envejecida en el Estado de México: ¿de la pobreza urbana a la pobreza rural? Zoraida Ronzón Hernández Norma Baca Tavira Verónica Murguía Salas	41
IV. Los achaques asociados a la vejez Laureano Reyes Gómez Susana Villasana Benítez	57

V.	El hogar como receptáculo de doble violencia ejercida contra las personas adultas mayores María Guadalupe Ruelas González Blanca Estela Pelcastre Villafuerte	73
VI.	Condiciones de vida y vulnerabilidad de la población adulta mayor en municipios de Chiapas con muy alta marginación Susana Villasana Benítez Laureano Reyes Gómez	93
VII.	La dependencia en el adulto mayor como elemento indicador del nivel de vulnerabilidad en la vejez Blanca Mirthala Tamez Valdez	119
VIII.	Acotaciones para el entendimiento de la vulnerabilidad socioambiental en adultos mayores Rodrigo Tovar Cabañas Shany Arely Vázquez Espinosa	147
IX.	Migración y la recomposición de las unidades de producción agrícola en ancianos: retos para la confi- guración de estrategias alimentarias y redes de apoyo social en el Estado de México Andrés Méndez Palacios Macedo	175
X.	Vulnerabilidad y estrategias de cuidado de la salud de adultos mayores en comunidades indígenas con alta migración hacia EUA Itzel Hernández Lara Zoraida Ronzón Hernández Patricia Román Reyes	197

XI. Imágenes, memoria colectiva y una historia popular e ineludible. La herencia de la movilidad espacial en una región del centro de México	227
Oscar Gerardo Hernández Lara	
Norma Baca Tavira	
Conclusión general	265
Felipe R. Vázquez Palacios	
Sobre los Autores	271



Presentación

México está inmerso en una acelerada transición demográfica, es el séptimo lugar entre los países con envejecimiento acelerado en Latinoamérica, con 9.7% de adultos mayores de 60 años (CONAPO, 2013). La investigación en nuestro país en torno a los sectores envejecidos tiene ya más de un cuarto de siglo, y ha contribuido al desarrollo de los estudios sobre este grupo de la población bajo las tendencias no sólo locales y regionales, sino también internacionales; respondiendo a las necesidades sociales que se modifican a través de la historia.

Actualmente, los diferentes sectores de la población reclaman sus derechos, no solamente la población económicamente activa sino los jóvenes, los niños y las personas envejecidas.

Las proyecciones en nuestro país para el año 2050 que CONAPO presentó en 2013, plantean que uno de cada cuatro mexicanos tendrá más de 60 años de edad lo que implica un país donde la cuarta parte de su población se encontrará en una etapa de la vida concebida como improductiva. Es útil señalar que la pobreza en la vejez deja en desventaja, principalmente, a las mujeres porque padecen más la falta de seguridad social, la incidencia de enfermedades crónicas y los bajos o nulos ingresos económicos por lo que, ante este panorama, se presenta un trabajo donde se discute y reflexiona sobre la contribución que las ciencias sociales han hecho en relación con la vulnerabilidad en los sectores envejecidos.

De manera interdisciplinaria se aporta y discute esta problemática y sus implicaciones en personas de edad avanzada. Para ello éste libro presenta diferentes trabajos de autoría de profesionales disímiles, quienes desde sus propias trincheras de investigación enfocan el tema de la vulnerabilidad, principalmente en tres aspectos que para los añosos son esenciales: la salud, lo económico y lo social.

Se pone particular atención en las condiciones de vida cotidiana y las estrategias que se generan para enfrentar y reducir la vulnerabilidad (en cuanto a sentimientos de riesgo, inseguridad e indefensión), así como en las expectativas que visualizan, y cómo las asumen y las significan.

El libro parte de la discusión entre los investigadores participantes en la mesa de trabajo del Congreso Mexicano de Ciencias Sociales (5° Congreso de Comecso, en la ciudad de Guadalajara, Jalisco), y que ha sido nutrido por cada participante procedente de diferentes instituciones educativas y de investigación del país, por lo que el libro integra 11 capítulos resultantes de investigaciones realizadas en contextos tan variados como similares, por lo que estamos seguros que contribuirá a la comprensión de las “vejezes” que se viven en la actualidad.

Zoraida Ronzón Hernández
Felipe R. Vázquez Palacios

I. La vulnerabilidad como una experiencia de vida

Felipe R. Vázquez Palacios

La vejez y las condiciones más sobresalientes de vulnerabilidad

13

Según el Censo de Población y Vivienda del 2010, el 70% de personas de edades avanzadas viven en municipios de bajo o muy bajo desarrollo social y en las entidades federativas más habitadas y con mayores tendencias de emigración como Ciudad de México, Oaxaca y Veracruz (Instituto Nacional de Geografía y Estadística, 2010).¹ No obstante, los estados con una mayor esperanza de vida son Nuevo León con 76.0 años, Ciudad de México con 76.1 años, Baja California Sur con 76.0 años, Colima con 75.9 años, Aguascalientes con 75.9 años, Tamaulipas con 75.8 años y Quintana Roo con 75.6 años (INEGI, 2016a, basado en proyecciones de CONAPO). La población mayor de 75 años fue la que más destacó al tener un ritmo de crecimiento del 4% anual. Tan sólo en el 2016, los habitantes del medio rural representan 22.2% de la población nacional y según el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, INAPAM (2010), la vejez a nivel nacional en contextos rurales representaba el 45.2% de la población adulta mayor en 2010. Miranda F. (2015) y la Secretaría de la Reforma Agraria (2007) señalan que desde el 2007 los ejidatarios son el grupo más envejecido entre trabajadores del campo con una edad promedio de 57.4 años, por lo que se puede afirmar que el futuro de la producción agrícola recae en manos de una población envejecida que aún no ha encontrado reemplazo para sus labores.

Algunos análisis demográficos como el de Jasso, *et al.* (2011) afirman que el 57.1% de la población envejecida que habita en zonas metropolitanas, se enfrenta a una situación de marginación, indefensión, inseguridad,

¹ Los estados con menor población anciana en México, son los más deshabitados y con menores tendencias migratorias, entre los cuales se pueden mencionar Baja California Norte 6.8%, Baja California Sur 6.6% y Quintana Roo 4.8%. (INEGI, 2010).

incertidumbre, problemas de salud, exclusión, hacinamiento, falta de servicios y cuidado, problemáticas que comúnmente se han asociado con espacios rurales.

Según datos del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) (2010), el 21% de los ancianos tiene carencias alimentarias y 16% no tiene servicios de vivienda; el 91% considera difícil conseguir un empleo, mientras que el 66% catalogó como muy difícil conseguir algún apoyo del gobierno, lo que evidencia el malestar general en el que se encuentran insertos. Según la base de datos de el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2013), 52.2% de las personas adultas mayores tiene derecho a servicios en instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y 20.4% tiene cobertura en salud por el Seguro Popular, sin embargo, la cartera de servicios es muy limitada, por lo que independientemente de contar con esta prestación, muchos ancianos se ven en la necesidad de procurar su salud con sus propios recursos o acudir a instituciones de asistencia social como el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF). En materia de pensiones, según la fuente antes citada, el 46% de los mayores no recibe ningún tipo de apoyo; el 24% percibe una pensión por jubilación y el 30% recibe apoyo del programa *65 y más*.² Sin embargo, estas cifras resultan cuestionables, pues hay entidades en donde apenas el 3% de su población adulta mayor cuenta con pensión y otras en las que la cobertura es del 30%, lo que da idea de la desigualdad y la mala distribución de recursos.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) señala que México aplica sólo 7.7% de su Producto Interno Bruto (PIB) al gasto social, el cual se concentra en pensiones, salud y ayudas financieras para los desempleados, por lo que el panorama para el

² El apoyo del programa *65 y más* ha sido un sustento para muchos ancianos; para otros ha sido una especie de ingreso extra, pero independientemente de los efectos positivos o negativos que pueda tener este programa, Sánchez y Egea (2011) afirman que no se ha llevado una buena planeación para brindar estos apoyos, debido a que la mayoría de los ancianos habitan fuera de las poblaciones a las que se destinan estos beneficios.

retiro es poco alentador, pues para el 2021 se empezará a jubilar la primera generación que contrataron Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE), es decir, habrá mexicanos con más de 65 años, cuya pensión será equivalente a sólo 30% de su último sueldo, lo cual significa que al momento del retiro pueden quedar todavía muchos años por vivir y un gran riesgo de que el ahorro no sea suficiente para satisfacer sus necesidades.

Dentro de este panorama se debe hacer notar que el 47.3% de los ancianos que se dedican a la agricultura no tiene ningún tipo de instrucción y, el 44.5% sólo tiene la primaria incompleta, lo que significa una limitante para acceder a prestaciones propias de los empleos formales y obtener prestaciones (SAGARPA, 2016).

Como puede observarse, la vejez en México está saturada de graves retos económicos y de salud que conllevan a problemas sociales, políticos, familiares e intergeneracionales, que se van a manifestar de manera drástica en la estructura y dinámica de la población y en los procesos centrales de producción y consumo de la sociedad que repercutirán especialmente en los grupos vulnerables en donde se encuentran las personas adultas mayores y, donde los análisis de vulnerabilidad en la vejez resultan imprescindibles para tomar medidas de prevención y decisiones importantes en el manejo de políticas públicas para los sectores más vulnerables de la sociedad.

Los análisis de vulnerabilidad

Actualmente se tiene un conocimiento muy limitado del concepto de vulnerabilidad. El concepto como tal conlleva a una polisemia que trasciende al anciano. Pareciera que el concepto, unas veces es muy limitado y, otras, muy ambicioso para abarcar la experiencia que sobre vulnerabilidad tienen las personas adultas mayores. Es como si los estudios de vulnerabilidad en las personas adultas mayores se empataran en dos grandes vertientes: una, muy extendida sobre los estudios de vulnerabilidad, es la que considera a las personas mayores como entes activos y con capacidad agencial, pero insertos en un contexto de crisis y conflictos

generados principalmente por la gran cantidad de prejuicios sociales que se tienen sobre la vejez, los cuales, al cruzarse con otras variables como la etnia, el género, la pobreza y el clima, ponen al individuo en una situación de vulnerabilidad e incertidumbre (Suárez, *et al.*, 2013). La otra vertiente considera que la vulnerabilidad es inevitable y que se propicia y potencia en las personas mayores por el abandono, pobreza, soledad y deterioro físico, lo que repercute en la disminución de la interacción entre el individuo y la sociedad con problemáticas específicas (Madox, 1963).

Desafortunadamente, ambas vertientes de abordaje buscan únicamente el bienestar y el desarrollo dentro del modelo neoliberal que se ha seguido, en donde se pugna por domesticar los estilos de vida, creando mentes dóciles y cuerpos disciplinados, con nubladros imaginarios que reproducen cómo alcanzar una vejez “activa” y “exitosa”. Desde estas perspectivas la condición de vulnerabilidad de la vejez intenta presentar una homogeneidad en condiciones de vulnerabilidad, cuando la realidad es por demás heterogénea y compleja, como se ha mostrado en diversos análisis micro-sociales, análisis de caso, reconstrucción de biografías e historias de vida relacionados con la vejez.

En estas vertientes se asocia a la vulnerabilidad con carencia, desventaja, disminución de recursos o pérdida del patrimonio, (Chambers, *et al.*, 1981) disminución de capacidad física, conocimientos y posición social, así como un estado de inseguridad latente o con mucha probabilidad de riesgo debido a la fragilidad de sufrir daños en la economía, el medio ambiente y la vida humana en general (Montes de Oca y Hebrero, 2007). Varios estudios centraban su atención en delimitar quiénes son los grupos vulnerables ante los desastres naturales a partir de sus condiciones socioeconómicas, disponibilidad de recursos y estrategias para enfrentarlos (Busso, 2001; Kaztman, 1997; Treviño, 2006).³ Debido a esto debe

³ Una población de ancianos es vulnerable, cuando en ella se encuentran desventajas sociales y tienen problemas para controlar su destino o hacer uso de estrategias y/o activos disponibles. Kaztman (1997) señala que las personas de edad avanzada son vulnerables porque pueden ser dañados con mayor facilidad por los riesgos ya sea por la intensidad de los cambios del entorno o por las debilidades internas para responder a esos mismos cambios o a variaciones internas. Hay que tener presente que plantear la existencia de poblaciones vulnerables, siempre es un reclamo por políticas públicas de protección y para facilitar mejores oportunidades.

de sorprender que la mayoría de los trabajos que se han hecho sobre las condiciones de vulnerabilidad de las personas mayores apunten hacia la pobreza, exclusión y marginación.

Algunas veces, la vulnerabilidad aparece como una característica específica de determinados espacios (zonas de riesgo), en los que la población anciana era susceptible a sufrir estragos por causa de eventos climáticos, debido a que no se promueve el desarrollo, ni se atienden los desastres y, por si fuera poco, tampoco se intentan comprender las causas de la vulnerabilidad. En estos contextos ser anciano es ser susceptible de sufrir daño y tener dificultad de recuperarse, es enfrentarse a la incapacidad de adaptarse, debido a que se está excluido prácticamente de las decisiones colectivas, o bien, hay escasez en la información y los recursos económicos (CARE, 2011).

Hay que tener presente que tanto los estudios de vejez como los estudios de vulnerabilidad se vieron fuertemente influenciados por las ciencias demográficas y biomédicas, por ello, el enfoque de vulnerabilidad articula en muchos de sus análisis las variables de pobreza, marginación, exclusión, violencia, desigualdad, eventos climáticos, enfermedades, impedimentos físicos, dependencia y malestares psicológicos. Todo esto con la finalidad de tener impacto en las políticas públicas existentes, como se puede observar en los análisis de Salgado (2003).

Los estudiosos de la vulnerabilidad en la vejez a veces conjugan las desventajas sociales y económicas con las incapacidades relacionadas con la edad (Bijarro, 2005; Vargas, 2012), lo que genera situaciones de exclusión social, falta de posibilidades de participar en actividades de desarrollo y un limitado acceso a la atención y cuidados, así como la escasa cobertura de las pensiones, la falta de redes de servicios sociales y viviendas.

Algunos analistas cuando abordan la vulnerabilidad en las personas adultas mayores ponen el ojo en el riesgo, capacidad de resistencia, disposición de bienes necesarios, créditos, crisis, caídas en los precios de

La noción misma de “grupo vulnerable”, es desarrollada como parte de la estrategia de focalización de la acción pública. El que existan políticas focalizadas en población anciana implica una visión de este grupo como población vulnerable y una visión de la vejez en sí misma como un espacio de falta de agencia.

los productos, deudas, aumento en las tasas de interés, apoyo de redes sociales, instituciones y programas de asistencia social y la probabilidad de pérdida de bienestar ante eventos inciertos como la viudez, enfermedad, mala administración, dependencia tecnológica, indefensión, agotamiento, exclusión y contaminación ambiental, entre otros (Lomnitz, 1998; Aguirre, 2004; Menzel, 2009; Rogers, 2009).

Dentro de las vertientes también se habla de la vulnerabilidad como la desprotección de ciertos grupos poblacionales ante daños potenciales a su salud, lo que implica mayores obstáculos y desventajas frente a cualquier problema médico debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales. Se evidencia la incapacidad de las personas adultas para enfrentar los desafíos de su entorno, incluido el desamparo institucional y se observa que la vulnerabilidad no es un estado único o permanente que caracterice a ciertos grupos en particular, sino que es resultado de un conjunto de determinantes sociales que interactúan de forma específica, dando lugar a una condición dinámica y contextual (Luna, 2009).

Bajos ingresos, desempleo, discriminación de género y bajos niveles de escolaridad son ejemplos de estos determinantes que, actuando en forma conjunta, ponen a una persona (o grupo poblacional) en situación de desprotección. Trabajos como el de Sánchez y Egea (2013), exhortan a considerar la ubicación geográfica, así como en asentamientos irregulares y colonias periféricas o marginales, donde la población anciana está expuesta a amenazas naturales como los derrumbes, deslaves e inundaciones; problemas de delincuencia, violencia; y falta de servicios y equipamientos, pues desde la perspectiva de los autores mencionados, esto es producto de la actividad humana.

Conclusiones

Como puede observarse, la vulnerabilidad se ha analizado dentro de diferentes vertientes y cada investigador se esfuerza por comprenderla desde las dimensiones que le parecen ser de mayor relevancia, de acuerdo a los fines de su investigación, según el contexto y con base en el actor social. Sin embargo, se habla de vulnerabilidad en forma fragmentada, sin atreverse a abarcar de forma holística el concepto, por lo que debe considerarse que la vulnerabilidad no es sólo una amenaza natural o material en un escenario físico, una fragilidad o incapacidad del cuerpo cansado y agotado del anciano o el estar expuesto a las negligencias institucionales, políticas, sociales, tecnológicas, educativas, culturales e ideológicas, sino más bien es una experiencia de vida.

Luego entonces, la vulnerabilidad debe ser una construcción colectiva y cultural que se elaboró a partir del actor social quien interpreta, valora, califica y siente su propia experiencia. La vulnerabilidad en la vejez ya no sólo se debe analizar a partir de la aparición de las limitaciones físicas, las discapacidades y enfermedades, o la declinación de la autonomía vital, sino a través de un cúmulo de experiencias y narrativas en las cuales confluyen contextos y circunstancias que les tocó vivir a las personas adultas mayores, a través de esa serie de decisiones y oportunidades particulares que constantemente los remiten a recuerdos de lo que hicieron o no con sus vidas. De esta forma la persona adulta mayor adquiere nombre y memoria, se ubica en contextos locales y regionales tanto indígenas como rurales y urbanos, donde da significado a su presente con relación a su pasado. Y es que la trayectoria biográfica es una historia social única e irrepetible, enmarcada dentro de un contexto social, político y económico que influye en la manera y modo en que se actúa y percibe la vulnerabilidad en la vejez, por lo que es necesario profundizar en las cotidianidades, subjetividades, empatías, miedos, emociones, estilos de vida, cuidados y autocuidados.

Por ello, entender la experiencia de la vulnerabilidad en la vejez, es buscar un proceso en el cual no hay un orden, una homogeneidad, pero sí un proceso cargado de prejuicios que fomentan la exclusión de las

personas adultas mayores, especialmente en aquellas dinámicas sociales en las que aún pueden participar pese a sus malestares. Por lo que se considera necesario analizar la vulnerabilidad tanto en la forma como se crea y recrea, como en la forma en que se vive. Vista así la vulnerabilidad, puede ayudar a comprender la realidad en que viven las personas adultas mayores, su sentido de la vida y también su significado, pues sitúa en ese borde entre la continuidad y la discontinuidad; entre la crisis, la ruptura, la desintegración; entre la realidad y lo imaginario que va generando esta experiencia en las mujeres y hombres que envejecen. El análisis de la vulnerabilidad habla del espacio social y cultural en el cual se envejece, así como del sentido que los actores sociales le asignan.

La economía se ha centrado en el binomio pobreza y vulnerabilidad, y la medicina lo ha hecho en mejorar las condiciones de vida durante la vejez y en mitigar la vulnerabilidad, dando cada vez más esperanzas de vida y adoptando nuevos significados que van más allá del deterioro; las ciencias sociales podrían pugnar por analizar de manera diferente a la vulnerabilidad para correlacionar aspectos económicos, políticos, de salud, ambientales, que generan los procesos de vulnerabilidad y contemplar los procesos en los que se puede potenciar la conciencia de los riesgos que pueden generar vulnerabilidad en los individuos o en las comunidades, y abrir espacios en los que se pueden evitar efectos devastadores, desigualdades, desventajas y amenazas de todo tipo.

Aquí es donde los científicos sociales se enfrentan a un desafío: hacer que los sujetos de estudio tomen conciencia de la perspectiva de la vida y que ésta ocurra con mayor conciencia. Sólo así se podrá tener una perspectiva de la vulnerabilidad y la vejez, que permita interpretar el pasado, experimentando un presente y prediciendo un futuro, pero uno cada vez más extenso, diversificado y menos vulnerable.

Bibliografía

- Aguirre, B. E. (2004) “Los desastres en Latinoamérica: vulnerabilidad y resistencia”, *Revista Mexicana de Sociología*, 66 (3), pp. 485–510.
- Bijarro H. F. (2005) “El rostro de la miseria y la vejez. El adulto mayor de las zonas periféricas de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México”, *Sociotam*, XV (1), pp.11–33.
- Busso, G. (2001) *Vulnerabilidad social: nociones implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI*, Chile. Cepal.
- CARE International. (2011) *Understanding the Vulnerability to climate change: Insights from application from CARE’s Climate, Vulnerability and Capacity Analysis (CVCA) Methodology*, EUA, CARE.
- CELADE y CEPAL. (2013) *Base de datos y publicaciones estadísticas*
- CEPALSTAT. En: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e [consultado el 06 de junio de 2015].
- Chambers, R., R. Longhurst y A. Pacey. (eds.), (1981) *Seasonal Dimensions to Rural Poverty*, Londres, Francis Pinter.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores INAPAM. (2010) “Comunicados”, consultado en: <http://www.inapam.gob.mx/es/INAPAM/Comunicados> [consultado el 16 de agosto de 2015].
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. (2010) *Censo de Población y Vivienda 2010*: http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=pob&c=1 [consultado el 25 de septiembre de 2015].
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016a) *Encuesta Intercensal 2015*. Recuperado de: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/tabulados/default.html?nc=mdemo56>.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016b) *Estadísticas apropiadas del Día del Trabajador Agrícola (15 de mayo)*. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/agricola2016_0.pdf.
- Jasso S. P.; E. Cárdenas y B. J. Montoya. (2011) “Los adultos mayores en las zonas metropolitanas de México: desigualdad socioeconómica y distribución socio espacial, 1990 y 2005”, *Papeles de Población*, 18 (70), pp. 81–124. Toluca, México. Universidad Autónoma del estado de México.
- Kaztman, R. (1997) *Notas sobre la medición de la vulnerabilidad*, <http://www.cepal.org/deype/mecovi/docs/taller5/24.pdf> [consultado el 4 de octubre de 2015].
- Lomnitz, L. (1998), *Cómo sobreviven los marginados*, México, Siglo XXI.
- Luna, F. (2009) “Elucidating the concept of Vulnerability. Layers Not Labels” *International Journal of Feminist. Approaches to Bioethics*, 2 (1), pp. 121–139.
- Maddox, G.L. (1963) “Activity and morale: A longitudinal study of selected elderly subjects”. *Social Forces*, núm.42. pp. 195–204. Oxford University Press.
- Menzel, S. (2009) “Vulnerability and Resilience in Natural Disasters: A Marketing and Public Policy Perspective” *Journal of Public Policy & Marketing*, 28 (1), pp. 4–123. American Marketing Association.
- Miranda F. (2015) *Envejece el campo; 60% de los productores son ancianos*. Recuperado de: http://www.milenio.com/politica/Envejecen_campesinoshttp://www.milenio.com/politica/Envejecen_campesinos-productores_ancianos-envejece_el_campo_0_444555546.htmlproductores_ancianos-envejece_el_campo_0_444555546.html.

- Montes de Oca, V. M. Hebrero. (2007) “Los servicios y la seguridad social, experiencia institucional en la vejez”. *Salud Pública de México*, año/vol. 49, número especial Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México. pp. 353–356. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10649138.pdf> [Consultado el 7 de junio de 2013].
- Rogers, W.; C. Mackenzie y S. Dodds. (2009) “Why Bioethics need a concept of vulnerability. International”, *Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 15 (2), pp. 11–38. Toronto. University of Toronto Press.
- Salgado de Snyder, N. (2003) “Envejecimiento, género y pobreza en México Rural”, en Salgado–de–Snyder N, Wong R. (ed.), *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. 37–56.
- Sánchez, D. y C. Egea. (2011) “Enfoque de la vulnerabilidad social para investigar las desventajas socio ambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores”, *Papeles de Población*, 17 (69), pp. 151–185. Toluca, México. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural y Pesca. (2016) El suelo y la Producción Agropecuaria. Recuperado de: <http://www.sagarpa.gob.mx/desarrolloRural/Documents/El%20suelo%20y%20la%20produccion%20agropecuaria.pdf>.
- Secretaría de la Reforma Agraria. (2007) Tipología de los Sujetos Agrarios. Recuperado de: http://www.pa.gob.mx/pa/conoce/publicaciones/estadísticas_agrarias2007/DTIP%5CNACIONAL.PDF.
- Suárez, J. G.; Bajoit y V. Zubillaga (2013) *La sociedad de la incertidumbre*, UNAM, México.

- Treviño S.; B. Pelcastre y M. Márquez. (2006) *Experiencias de envejecimiento en el México rural*, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10648105> [consultado el 12 de septiembre de 2015]
- Vargas, A. (2012) *No es lo que uno quiere, es lo que le toca, el proceso de cuidados familiares prolongados a los adultos mayores con discapacidad*, (Tesis de Maestría en antropología), México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Vázquez, F. R. (2010), *“Ruralidad y vejez”*, Ciudad de México, Instituto de Geriatria.
- . (2011) *Antropología del envejecimiento en las ruralidades veracruzanas. El caso de los maiceros, cafecultores, cañeros y citrícolas*, Académica Española. Alemania, Lap Lamber.
- . (2013a) “Envejeciendo en las tradicionales y nuevas ruralidades”, *Revista. Semestral de Ciencias Sociales y Humanidades*, 3 (5) consultado en: <http://www.intersticios.com> [consultado el 15 de agosto de 2015]
- . (2013b) “La percepción del cambio climático e infecciones respiratorias agudas en adultos mayores, algunos casos veracruzanos”, *Sociedad y Ambiente*, 1 (2), pp. 75–97. San Cristobal de las Casas, El Clegio de la Frontera Sur.
- . (2015) *El autocuidado y el bienestar desde las prácticas religiosas y la cultura*, Santiago de Chile, *Revista Rumbos*, "Revista de Trabajo Social".
- . (2015) “La percepción del clima y la vida cotidiana en la vejez”, XVIII encuentro del RIFREM. 15 al 17 de abril. México, Mérida Yucatán.

II. La protección a grupos en condiciones de vulnerabilidad: una reflexión desde la ética

Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

María Guadalupe Ruelas González

25

Del riesgo a la vulnerabilidad

Para la salud pública convencional, los diferentes perfiles de comportamientos constituían los llamados estilos de vida; y era el estilo de vida de una persona lo que definía su estado de salud,¹ de manera que, hasta cierto punto, la salud era producto de las conductas [de riesgo] y las decisiones [individuales] que las personas asumían. El trabajo o la acción desde la salud pública, orientada a la promoción de estilos de vida saludables, que se deriva de esta perspectiva, está centrada entonces en la persona, la población es el objeto a ser intervenido en palabras de Granda (2004), ya que la modificación de los comportamientos individuales, encaminados hacia este fin, es lo que se traduce en un mejor estado de salud. Así, se asume una intencionalidad [no siempre consciente] y una responsabilidad individual que da como resultado un perfil epidemiológico específico para una población. El tratamiento psicológico exclusivo o en combinación con terapias farmacológicas para el consumo de tabaco, alcohol y otras adicciones, son ejemplos de esta perspectiva, de la que se derivan estrategias, terapias y otras iniciativas terapéuticas, encaminadas a disminuir el consumo de éstas u otras sustancias (Secades y Fernández, 2001).

Sin embargo, la evidencia científica que se fue generando aportó evidencias que sugerían una influencia de elementos del medio ambiente y factores sociodemográficos, tanto en la salud de las personas como en el proceso de búsqueda de atención, e incluso, en el apego terapéutico. Esto contribuyó a la construcción de la nueva salud pública, con una perspectiva realmente pública (Frenk, 2003). El interés entonces se empezó

¹ Desde esta perspectiva, la noción de salud se corresponde más con una visión biológica y funcional.

a colocar sobre las características del contexto para entender los riesgos en salud,² y las acciones se encaminaron hacia la generación de cambios en las condiciones materiales de vida, impulsando estrategias de saneamiento, por ejemplo, o implementando programas de atención y educación para la salud a nivel masivo; la investigación en este campo se ubicó a nivel poblacional, en el terreno epidemiológico y de sistemas de salud, más que biomédico-clínico.

Para el ámbito de la salud, lo anterior supuso la adopción de un nuevo paradigma, el de la determinación social, que complejizó el estudio y la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención. Por determinantes sociales de la salud se entiende las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (OMS, 2005), que afectan de manera diferencial no sólo la forma en la que se percibe la salud, sino también la posibilidad de procurar el bienestar, buscar ayuda y recibir atención.

Bajo esta perspectiva, se transitó de un enfoque de riesgo, con perspectiva individual, al de vulnerabilidad, con perspectiva contextual. Este enfoque de determinantes, contribuyó a la construcción de la noción de vulnerabilidad social, entendida como la relativa desprotección de un grupo de personas cuando enfrentan daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades personales y violación de sus derechos humanos, por no contar con recursos personales, sociales y legales (Cáceres, 1999).

Entendida así, la vulnerabilidad social no es un estado inalterable, sino el producto de una serie de condiciones y circunstancias cambiantes, modificables, pero, sobre todo, evitables. Las personas van sumando condiciones, a manera de capas que se van sobreponiendo como lo propone

² Esta noción de salud adquiere un sentido más amplio, como el que Terris construye a partir de un trabajo crítico a la noción de la propia Organización Mundial de la Salud y que expresa como “*el logro más alto de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad*” (Terris, 1980); como ha sido también propuesto por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, al discutir cuestiones sustantivas relativas al *derecho del disfrute del más alto nivel posible de salud*, cuyo ejercicio, señala, no se limita a la atención de la salud, sino al disfrute de condiciones socioeconómicas que permitan una vida sana (Naciones Unidas, 2000) .

Luna (2008), y estas capas generan una vulnerabilidad mayor o menor, dependiendo del número de ellas presentes en un momento determinado, a manera de ejemplo se puede pensar en una persona adulta mayor, que es indígena y vive en situación de pobreza extrema, esta persona suma al menos tres capas de vulnerabilidad: ser vieja [en una sociedad donde se valora la juventud], indígena [en un país donde hay discriminación étnica] y pobre [excluida de bienes y servicios]. Sin embargo, todas estas capas pueden ser evitadas, se puede valorar la vejez, procurar un trato igualitario y generar fuentes de empleo y oportunidades educativas que mejoren las condiciones de vida de la población.

Vejez y vulnerabilidad

Desde esta perspectiva, la vejez es entendida como una condición producto de la interacción de recursos, sí personales, pero también familiares, comunitarios, sociales, económicos e institucionales; el manejo de estos recursos y el contexto en que tienen lugar. Así, condiciones individuales como la fragilidad o incluso la enfermedad crónica, deberían tener una lectura diferente, se manifiestan en la persona, pero su expresión y su impacto van más allá del nivel individual, estas condiciones se exacerban en un contexto con limitado acceso a servicios, carente de apoyos, con escasos recursos materiales.

La salud de las personas adultas mayores no sólo está vinculada a las decisiones individuales tomadas en el pasado, relacionadas con la adopción de ciertos comportamientos, tipo de alimentación, hábitos y, en general, estilos de vida, la salud está estrechamente relacionada a las condiciones materiales y estructurales de vida y a lo que las personas pudieron optar a partir de las características de su contexto, así, la presencia [o ausencia] de redes de apoyo, el género, el nivel de escolaridad, las características del trabajo que desempeñaron en su etapa productiva, afectan las decisiones y comportamientos vinculados a la salud a lo largo de la vida, cuyo resultado se verifica en la vejez. El título de un trabajo conocido de Bronfman (2001) afirmaba “como se vive se muere”, aludiendo al papel de las redes

sociales y familiares en el evento de la muerte infantil, lo anterior también se aplica al envejecimiento, se puede decir que como se vive se envejece, pero la vida no sólo es una cadena de decisiones, es también el producto de las oportunidades y éstas, a fin de cuentas, dependen de factores sociales que van moldeando nuestras opciones y posibilidades.

Se puede mencionar dos ejemplos al respecto, la nutrición y la actividad física, dos hábitos que resultan clave para un envejecimiento saludable, se ven comprometidos por la estrecha relación entre la alimentación y la pobreza, y la poca o nula seguridad que ofrece una sociedad que vive en medio de la violencia y que desestimula la convivencia y actividades fuera de casa. Por más “plato del bien comer” que se promueva, si las personas no cuentan con un ingreso digno que les permita garantizar el consumo de la mayor variedad de alimentos posible, para ellas mismas y sus familias, no podrán cubrir sus requerimientos nutrimentales básicos; por otro lado, el contexto de inseguridad y violencia, que es producto de circunstancias políticas y sociales, no ofrece posibilidades para la práctica de actividad física al aire libre, una persona con limitados recursos económicos, no tiene tampoco la posibilidad de pagar un gimnasio, además de tener que alargar la jornada laboral, si tiene la suerte de contar con un empleo, reduciendo con ello el tiempo para la recreación y el esparcimiento.

El sistema de salud como determinante social de la salud

El sistema de salud es el ente institucional responsable de hacer efectivo el derecho a la salud de los ciudadanos, expresado en la Constitución Política de nuestro país, es a través de las políticas públicas y de los servicios de atención que ofrece a la población que se hace posible este derecho. Sin embargo, la organización de los servicios de salud [entendida en sentido amplio, como la manera en la que se articulan los recursos humanos y materiales para brindar atención], en ocasiones representa importantes obstáculos para el acceso de la población a estos servicios y las políticas públicas no siempre responden a las necesidades que tiene la población. Lo anterior genera oportunidades [de tener buena salud] y beneficios [en

el bienestar], diferenciales para las personas. Es en este sentido que el propio sistema de salud se considera un determinante social de la salud y, en ocasiones, puede contribuir a exacerbar la inequidad en este terreno. Lefio menciona que “cuando un sistema de salud facilita el acceso, se orienta a la calidad, empodera a sus comunidades y actúa intersectorialmente, produce un efecto diferencialmente mejor sobre la salud de la sociedad en la cual éste se ha construido” (Lefio, 2013: 164).

Es común, más no natural, que las personas adultas mayores sean el sector de la población que más demanda servicios de salud, no obstante, ello no necesariamente significa que tenga un acceso efectivo a estos servicios, ya que el sistema no siempre ofrece cobertura suficiente, además de otras barreras presentes de índole cultural, social, económica y geográfica (Fajardo–Dolci, Gutiérrez y García, 2015). En el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, se menciona que más del 60% de las personas mayores en países de ingresos bajos, no puede obtener atención de salud debido al costo de la consulta o a que no disponen de transporte o a que no pueden pagarlo (OMS, 2015). Así, ante una misma necesidad de salud, la población no tiene las mismas oportunidades de ser atendida por el sistema de protección social, de aquí que el sistema de salud pueda en determinado momento, contribuir a la vulnerabilidad social de la población envejecida.

Desigualdad *versus* inequidad en la vejez

El proceso de envejecimiento no es igual entre los países del mundo, las diferencias son, hasta cierto punto, esperables [los contextos son diferentes, los usos, las costumbres, los valores y las tradiciones]; las diferencias testifican la diversidad que hay en el mundo, pero cuando esas diferencias no son producto de la diversidad cultural, sino de condiciones injustas y evitables, se está entrando a otro terreno que es el de la inequidad. En otras palabras, la inequidad es una desigualdad injusta (OMS, 2008).

Ejemplos de inequidad existen muchos, porque lamentablemente son muchos los contextos y circunstancias en las que se verifica, en el caso del envejecimiento, se puede decir que no se envejece igual siendo hombre que siendo mujer, pero esa diferencia no es debida a una composición bioquímica diferencial entre ambos sexos, la afirmación obedece al papel del género que asigna roles y oportunidades diferentes para hombres y mujeres en una sociedad como la mexicana, donde estos roles están perfectamente definidos y asumidos por la sociedad en general. El género es un determinante importante de inequidad además de factor de riesgo para otras problemáticas como el maltrato (OMS, 2015).

Otro ejemplo donde es posible dar cuenta de la inequidad, y no sólo de las desigualdades, es el caso de la persona que es vieja e indígena respecto al anciano mestizo, sus diferencias [no genéticas] están vinculadas a condiciones modificables, en el caso de la población indígena, ésta se enfrenta a barreras culturales, económicas y geográficas para el acceso a los servicios de salud que no enfrenta la población mestiza, ello debido a que no habla el mismo idioma que la cultura dominante, no tiene las mismas oportunidades laborales que le garanticen un salario digno y, muchas veces, por esto mismo vive en comunidades alejadas de las grandes urbes, donde los servicios son, por lo general, limitados. Si bien la vejez indígena, es igualmente heterogénea que la vejez no indígena (Reyes, 2001), es común que el anciano indígena esté más desprotegido debido a circunstancias como las descritas arriba, el indígena es discriminado, y lo es aún en las estadísticas en salud que no suelen distinguir esta condición. En otras palabras, los viejos indígenas, suman más capas de vulnerabilidad que sus coetáneos no indígenas.

Por tanto, el respeto y la no discriminación, el trabajo digno y la remuneración que se recibe por éste, las barreras para el acceso a la educación, a servicios de salud y a otros bienes y servicios, tienen que ver con las relaciones humanas, los valores sociales y las formas de organización social y de gobierno. Todo esto no depende de las competencias y habilidades personales, ni tampoco de la autonomía de las personas, es más, son elementos que comprometen el ejercicio de esta autonomía, esto es a lo que se refiere por inequidad, que va más allá de las diferencias.

La mayor parte de las inequidades en salud, se explican en buena medida por la acción de los determinantes sociales, al pensar solamente por qué mueren más las mujeres indígenas durante el parto, o por qué hay más mortalidad infantil en estas mismas poblaciones indígenas, por citar sólo dos datos que, por cierto, son los indicadores más sensibles de desarrollo de un país. Esto es, como se sostiene en el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud que elaboró la OMS, porque las oportunidades y los recursos, no siempre se corresponden con las necesidades o derechos (OMS, 2015).

El imperativo ético frente a la vulnerabilidad

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por las inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas; esta meta fue asumida por la Comisión como un imperativo ético.

¿Por qué se dice que es ética esta exigencia? porque en la inequidad en salud, como ha sido expuesto en los ejemplos anteriores, está implicada una cuestión de justicia. Ciertamente existen diferentes corrientes o posturas frente a la justicia (Hernández, 2008a, b), pero todas ellas están vinculadas de una u otra forma con la igualdad de oportunidades, la libertad y los derechos humanos, pues son éstos los que se vulneran cuando no se puede optar por igual a una existencia digna.

El fundamento ético se deriva también del punto de partida para este compromiso, y es el hecho de que todas las personas deben tener igual capacidad para estar sanas e igual oportunidad para ello. Por tanto, las privaciones en salud son consideradas injustas, ya que reducen la capacidad de funcionamiento saludable y el ejercicio de la agencia o la autodeterminación. Las carencias en salud constituyen una amenaza para el desarrollo humano y no permiten a las personas la libertad de ser lo que quieren ser (Benatar, Daar y Singer, 2003).

La dimensión ética de las inequidades en salud, demanda trascender el nivel micro e individual para ubicarse en el nivel público y poblacional de la salud, como sostienen Benatar y Brock (2011), pues esto es lo que conduce a lo que los mismos autores llaman ética de la salud global, pues sólo con un abordaje global se podrán hacer los cambios progresivos necesarios para disminuir las desigualdades evitables.

Es un compromiso ético proteger la salud de los grupos que viven en condiciones de vulnerabilidad, entre los que se cuentan las personas adultas mayores, porque la salud debe ser una responsabilidad colectiva más que individual, porque como miembros de una sociedad se tiene un compromiso con los otros miembros que no se puede abandonar; porque se puede hacer mucho para prevenir daños a la salud, y en estas acciones también debería haber una responsabilidad política de los gobiernos; porque se puede desde distintos ámbitos de acción, promover y respetar los derechos fundamentales de las personas; porque se debe identificar prioridades que reflejen las necesidades sentidas de las poblaciones; porque no se puede simplemente desconocer que hay inequidades, se debe dar seguimiento a esas disparidades y tratar de mitigarlas, aun cuando eso implique favorecer a los menos favorecidos [acción afirmativa].

La propia Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud expresó, en su informe final (2008), tres recomendaciones para contribuir a este deber o exigencia ética:

1. Mejorar las condiciones cotidianas de vida.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
3. Medición y análisis del problema [entendida como la generación de evidencia como punto de partida para la acción].

En estas acciones descansa el imperativo ético que, por encima de todo, se orienta a la búsqueda de equidad para la población; si las instituciones y las personas que trabajan en el ámbito de la salud centran sus acciones en cualquiera de estas direcciones, se estaría contribuyendo al mismo objetivo de reducir la vulnerabilidad.

Hacia la equidad en salud desde la Salud Pública

Desde el campo de acción e investigación de la Salud Pública, es posible contribuir a las recomendaciones que hace la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, sea de forma directa o indirecta, para que la población adulta mayor en nuestro país envejezca con dignidad y pueda aspirar a vivir con mejor calidad de vida, lo anterior se aplica por igual a la situación de otros grupos en condiciones de vulnerabilidad.

Promoviendo valores como la solidaridad, el respeto, la libertad, la humildad y la democracia, propios de una ética de la equidad (Benatar, Daar y Singer, 2003) y enmarcado su acción en los mismos principios que rigen a la bioética y la ética de la investigación, el de autonomía (derecho a la autodeterminación), el de no maleficencia (no hacer daño), el de beneficencia (promover el bien) y el de justicia (derecho a bienes y servicios).

La Salud Pública tiene una doble dimensión ética: por un lado, se habla de una práctica o acción específica que hace al quehacer profesional de esta disciplina y que se basa en valores y principios y, por otro, es un campo de conocimiento e investigación donde se desarrollan estudios desde diversos ámbitos de competencia, en el que se aplican las guías y regulaciones que desde la ética de la investigación han identificado organismos internacionales.

La práctica de la Salud Pública está centrada en el diseño y aplicación de medidas para la vigilancia y mejora de la salud de las poblaciones, de manera que no son los servicios, ni el tipo de problemas que aborda lo que la define, sino el nivel específico de análisis que emplea y que es el enfoque poblacional (Lolas y Outomuro, 2006); su acción está centrada sobre las condiciones estructurales que promueven o dificultan el desarrollo de sociedades sanas. La Salud Pública aborda aspectos fundamentales cuyo ejercicio conlleva necesariamente juicios éticos como son las desigualdades en el estado de salud y en el acceso a la atención de las poblaciones, realiza tareas de vigilancia sanitaria que implica la integración a redes de cooperación internacional; diseña acciones de promoción sobre la base de lo que se considera saludable, incentivando la participación,

la transparencia y la responsabilidad como valores subyacentes. Participa también de manera importante en el monitoreo y análisis del estado de salud de las poblaciones, así como en el control de riesgos y daños para la salud.

Otro ámbito de acción muy importante es la identificación de evidencia y recomendaciones para la formulación de políticas, la evaluación y promoción de acceso equitativo a los servicios de salud, la capacitación y desarrollo de recursos humanos y el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud (Coleman, Bouësseau y Reis, 2008). Estas acciones que caracterizan el quehacer de la Salud Pública, se basan en decisiones relacionadas con la distribución equitativa de recursos o la asignación de recursos [la mayoría de las veces limitados] con base en prioridades, de manera que, de forma implícita o explícita, conllevan criterios vinculados a las teorías de justicia y equidad, quedando de esta forma inherentemente vinculadas la Ética con la práctica de la Salud Pública. En síntesis, el quehacer de la Salud Pública se orienta a la promoción de sociedades sanas y no sólo de individuos sanos; el cumplimiento de esta meta no puede lograrse únicamente desde el ámbito biomédico, debe articularse con la asignación de recursos, la organización política, el ejercicio del poder, y tantas otras cosas que afectan el desarrollo humano en sentido amplio, desde lo social, lo psicológico, pasando también por lo biológico. Es en la actuación, desde la práctica o la investigación orientada a la equidad, donde se verifica el fundamento ético de la Salud Pública.

Algunos autores han sugerido que aparte de los propuestos por el modelo de los cuatro principios de Beauchamp y Childress (1994) de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, pueden y deben identificarse otros más acordes con el contexto operativo de la Salud Pública y con los dilemas morales que se enfrentan en este campo, como serían los principios de solidaridad, de responsabilidad y de protección que deben aplicarse de manera igualmente crítica (Schramm y Kottow, 2001).

El siguiente esquema [ver figura 1], tomado y adaptado de Benatar, Daar y Singer (2003), muestra los distintos niveles que debería escalar el discurso ético, identificando en cada caso el valor que se promueve, no

sólo en el ámbito de la salud, pero aplicable a éste con una perspectiva global, cuya aspiración máxima es la justicia sin fronteras.

Figura 1. Ámbitos del discurso ético y valores que se promueven



Fuente: Adaptado de Benatar, S., Daar, A. y Singer, P. (2003). Global health ethics: the rationale for mutual caring. *International Affairs*, 79, pp. 107–138.

Conclusiones

En todas las sociedades las personas mayores tienen los mismos derechos que cualquier otra persona, de lo anterior se desprende la obligación del Estado de focalizar sus esfuerzos "...para llegar a todos los grupos de personas mayores desfavorecidas o vulnerables y orientar los recursos a estos grupos con el fin de promover la igualdad." (OMS, 2005: 29).

Las políticas públicas orientadas hacia la equidad, aun cuando se ubiquen en el sector salud, deben procurar la intersectorialidad, a fin de mejorar las condiciones de vida de las personas; mientras no se cambien estas condiciones, se seguirán produciendo paliativos para la salud.

Debe haber condiciones sociales, económicas y políticas para que envejecer no sea riesgoso para la salud, como lo anunciaba el trabajo publicado por Reyes y Villasana (2011). Lo anterior nos coloca en una perspectiva

de justicia global, donde el deber de no hacer daño, la obligación de reconstruir y el deber de ayudar, están presentes.

Para lograr una sociedad igualitaria, se debe comenzar por brindar protección a las personas que viven en condiciones más vulnerables; sólo cuando éstos tengan las mismas oportunidades de tomar decisiones libres, no condicionadas a sus limitados recursos, entonces se podrá hablar de sociedades saludables.

Bibliografía

Beauchamp, T.L. y J.F. Childress (1994) *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford, Oxford University Press.

Benatar, S. y G. Brock (eds.). (2011) *Global Health and Global Health Ethics*. Cambridge University Press, Nueva York.

Benatar, S.; A. Daar y P. Singer .(2003) Global health ethics: the rationale for mutual caring. *International Affairs*, 79, pp. 107–138.

Bronfman, M. (2001) *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. Buenos Aires, Lugar.

Cáceres, F.C. (1999) Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. En Izazola, J.A., (ed.). *El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria*. México, Fundación Mexicana para la Salud, pp. 217–246.

Coleman, C.H.; M.C. Bouësseau, y A. Reis. (2008) Contribución de la ética a la salud pública. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos 2008*; 86: 577–56. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-055954/es/> [consultado el 18 de junio de 2013].

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008) *Informe final. Subsanan las desigualdades en una generación*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf, [consultado el 30 de junio de 2016].

Fajardo–Dolci, G.; J.P. Gutiérrez y S. García–Saisó. (2015) Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Sal Pub México*, 57(2), pp. 180–186.

37

Frenk, J. (2003) *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México, FCE–SEP–CONACYT.

Granda, E. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2) en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es34662004000200009&lng=es&tlng=es [consultado el 24 de junio de 2016].

Hernández, M. (2008a). “Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones”. Ponencia presentada a la mesa “Problemas éticos: desigualdad, inequidad e injusticia”, en el *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*, organizado por la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), 29 de septiembre a 2 octubre de 2008, México D.F., México.

Hernández, M. (2008b) El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud. *Rev. Salud Pública*, 10 sup (1), pp. 72–82.

Lefio, L.A. (2013) El Sistema de Salud como determinante de la salud poblacional. *Rev Chil Salud Pública*, 17(2), pp. 162–166.

Lolas, F. y D. Outomuro. (2006) Bioética y salud pública. En: Lolas, F., Quezada, A. y Rodríguez, E. (Eds.). *Investigación en salud. Dimensión ética*, CIEB, Santiago de Chile, Universidad de Chile, pp. 103–115.

Luna, F. (2008) Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*, IV (1), pp. 60–67. Buenos Aires, Lexis Nexis.

Organización de las Naciones Unidas. (2000) Consejo Económico y Social. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. 11/08/2000.E/C.12/2000/4, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 14. (General Comments). Agosto de 2000.

Organización Mundial de la Salud. *Determinantes sociales de la salud*. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/ [Consultado el 28 de junio de 2016].

Organización Mundial de la Salud. (2015) *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, OMS. EUA.

Reyes, L. (2001) Población indígena mayor/El envejecimiento de la población zoque de Chiapas. *Demos*, 14, pp. 29–30. México, D.F. El Colegio de México.

Reyes, L. y S. Villasana. (2011) Vejez en edad extrema. Un estudio de etnogerontología social. *Revista Pueblos y fronteras digital*, 6(10), pp. 217–249.

Schramm, F.R. y M. Kottow. (2001). Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saúde Pública*, 17(4). Pp. 949–956. Río de Janeiro. Escola Nacional De Saúde Pública

Secades, R. y J.R. Fernández. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), pp. 365–380.

Terris, M. (1980) *La revolución epidemiológica y la medicina social*, México, D.F. Siglo XXI.



III. Los recursos de la población envejecida en el Estado de México: ¿de la pobreza urbana a la pobreza rural?

Zoraida Ronzón Hernández
Norma Baca Tavira
Verónica Murguía Salas

41

Introducción

El objetivo principal de ésta investigación se puede resumir en identificar a la población de personas envejecidas que son sujetos de los beneficios de las políticas públicas en el Estado de México, para así discutir sobre los diferenciales existentes para el acceso de los adultos mayores mexicanos a la protección de la seguridad social y establecer los elementos que inciden en esas particularidades tanto en el ámbito rural como en el urbano, partiendo de que la menor disposición de recursos pone en mayor vulnerabilidad a la población envejecida en sus aspectos económicos, de salud y, por supuesto, sociales.

Entre los tópicos observados están la calidad de vida, los recursos económicos, las redes o lazos familiares y parentales y, por el otro, el análisis de las políticas públicas en torno a este grupo etario, aspectos que hoy preocupan a muchos investigadores sociales y que debería preocupar a todos como población en general, como una sociedad que envejece.

La metodología de la investigación estuvo dividida en dos partes principales: el desarrollo de metodología cuantitativa y cualitativa, por lo que se generó un diagnóstico sobre la población envejecida de la entidad y la realización de trabajo de campo, donde se utilizó la etnografía como método cualitativo necesario e indispensable en la realización de la investigación, una especulación elaborada en términos de “descripción densa” (Geertz, 1997: 21).

Como uno de los principales resultados de la investigación se destaca que el recurso social que la población de más de 60 años tiene disponible

para su atención y cuidados son los familiares, principalmente cuando más avanza la edad o se tiene alguna discapacidad o enfermedad crónico-degenerativa. El diagnóstico realizado en la investigación indica que la presencia del Estado es muy limitada; tanto en su marco jurídico como en los programas y acciones de las instituciones encargadas de atender a la población envejecida, así como diferenciado en las zonas rurales y en las urbanas, por lo que resulta importante resaltar la manera en que la propia población observa su realidad, así como los programas que recaen en ellos.

La importancia de realizar investigación sobre envejecimiento en México debe radicar no solamente en la producción de textos de carácter científico dentro del área, sino debe de tener, en primera instancia, la intención de contribuir de manera impactante en el desarrollo de la sociedad mexicana que necesita de un principio sólido, basado en el conocimiento de la realidad social que lleve a concebir a cada individuo como parte de una sociedad que envejece y, que necesitará de políticas públicas viables para brindar calidad de vida a la población mayor de 60 años y no solamente para su sobrevivencia.

Desde esta perspectiva resulta imperante resaltar el hecho de que la investigación en torno a la población envejecida debe relacionarse con diferentes factores que permean el desarrollo y la estabilidad de este grupo poblacional, por una parte, se encuentra la diferenciación entre la población urbana y la población rural, bajo el supuesto de que la pobreza se centra entre la población de las pequeñas localidades.

Ahora bien, alrededor de la distinción por lugar de residencia se encuentran dos variables indispensables para poder hablar de vejez: por un lado, la familia y, por el otro, la seguridad social. Estos dos elementos pueden hacer que la vejez sea o no considerada como una etapa estable en cuanto a la cobertura de sus necesidades básicas elementales, entre las cuales se encuentran la alimentación, el vestido y la salud.

El contexto sociocultural de la investigación parte de un entorno nacional para después poder concentrarse en el ámbito regional del Estado de México, y así precisar sus características particulares que hacen que la realidad de la población envejecida sea diferente a la de otros Estados

del país, ya que la conurbación con Ciudad de México, por ejemplo, es uno de los elementos que resulta indispensable conocer como elemento trascendental para el envejecimiento en el Estado.

La realidad social que fundamenta este interés se entiende en torno al envejecimiento acelerado que vive México y toda Latinoamérica, como un proceso inevitable y que impactará de manera dramática en los ámbitos económicos y sociales de la comunidad, por lo que los objetivos de esta investigación son en dos sentidos: por una parte, porque es necesario aproximarse a este tema no solamente con la intención de mostrar la situación actual de este sector, sino también para promover el conocimiento de carácter científico y preparar a la sociedad para los posibles escenarios ante tales circunstancias.

La transición demográfica en México

La situación demográfica actual en México es resultante de factores tanto sociales y culturales, como económicos y políticos que se han desarrollado en el país desde hace un siglo, de esta manera hoy en día se puede pensar que el interés en realizar estudios en torno a la población envejecida no es sólo importante, sino necesario. Este interés tiene varios determinantes que se pueden resumir en palabras del doctor Ham (1999: 5), quien afirma que “al igual que el resto del mundo, el panorama poblacional de México es muestra de un envejecimiento inevitable y cada vez más impactante social y económicamente” por lo que resulta necesario aproximarse a este tema desde una perspectiva mixta, es decir, con un enfoque cuantitativo y cualitativo para desarrollar el conocimiento de la realidad social de este grupo poblacional y lograr así, no sólo difundir el conocimiento, sino evidenciar la posibilidad de una crisis socioeconómica en México ante tales circunstancias. Bajo este contexto, la preocupación principal de la población no debería de ser cuánto más vamos a vivir, sino cómo vamos a vivir esa vejez que es cada vez más próxima y más prolongada. La calidad de vida es lo que hoy preocupa a la comunidad académica dedicada a este ámbito de estudios, sin embargo, debería preocuparnos a

todos como población que envejece a pasos acelerados y que no está lista para ello.

La situación actual en México de la población envejecida es la resultante de la Transición Demográfica que, según Montes de Oca (1997: 1), puede ser explicada de manera breve en tres etapas:

44

- 1) La población experimenta una alta natalidad y mortalidad.
- 2) Las tasas de mortalidad comienzan a descender antes que la tasa de fecundidad, lo que genera un considerable aumento de la población, sin embargo, después desciende la fecundidad hasta alcanzar el nivel de la mortalidad.
- 3) Se caracteriza por mantener un descenso de mortalidad y fecundidad, lo que provoca el envejecimiento demográfico, entendido éste como el aumento de la población envejecida en una sociedad (Montes de Oca, 2000), y que, a pesar de ser un hecho a nivel mundial, también es cierto que los países en desarrollo evidencian esta situación debido a sus peculiaridades.

Para el año 2000, Montes de Oca clasificó al envejecimiento demográfico en cinco etapas, pues enmarca, de primera instancia, una alta fecundidad así como una alta mortalidad pero principalmente la infantil; en la segunda etapa se visualiza una tendencia a disminuir la mortalidad y aumentar la fecundidad, en la tercera, se observa una baja en la fecundidad que responde a situaciones contextuales socioculturales, que es seguida de la cuarta etapa, que se distingue por una baja tanto en la natalidad como en la mortalidad, derivadas de los avances científicos en el área de salud, que dará como resultado la quinta y última etapa del proceso en el que se puede observar el aumento poblacional de los sectores dependientes, es decir, de los grupos poblacionales entre los 0 y 15 años de edad, así como los mayores de 65, grupos considerados *dependientes* por ubicarse dentro de la población económicamente no activa, es decir, los que aún no producen (menores de 15 años) y los que han dejado de producir (mayores de 65).

De esta manera, el proceso en el cual se ve inserto el envejecimiento demográfico, evidencia la dinámica social y científica de cualquier sociedad, donde los cambios socioculturales se correlacionan con los cambios científicos y viceversa, ya que no podría pensarse en la disminución de la natalidad de manera significativa sin el uso de la píldora anticonceptiva, pero tampoco podría pensarse en el uso de ésta sin la modificación en los patrones de pensamiento sociocultural.

La transición demográfica en el Estado de México se ha desarrollado paralelamente al proceso a nivel nacional, marcado por el rápido crecimiento industrial y demográfico del estado, que se vería caracterizado por dos grandes procesos inseparables: la conurbación del Estado de México con Ciudad de México y que formaría el gran Valle de Ciudad de México y, que tendría como consecuencia un proceso migratorio continuo y permanente.

Los cambios demográficos en el Estado de México son evidentes desde la década de los 30 del siglo pasado, donde diferentes autores mencionan que se manifiesta el primer momento de la transición demográfica, cuando el descenso de las tasas de mortalidad fue notorio, y las tasas de fecundidad aún eran altas, a lo que según Lozano (2002), se le atribuye la aplicación de programas de vacunación de la población contra enfermedades epidémicas y a los programas de la época vigentes de atención a sectores vulnerables de la población como a las madres y a los niños, como una de las causas de esta reducción de la mortalidad.

Metodología

La metodología de la investigación estuvo dividida en dos partes principales: de primera instancia, el desarrollo de metodología cuantitativa, con la intención de generar un diagnóstico sobre la población envejecida de la entidad, bajo las variables de la recepción de pensiones, el índice de envejecimiento y la afiliación a instituciones de salud.

De esta manera se realizó una investigación diacrónica basada en los censos de población y vivienda generados por el INEGI en los años 1990,

2000 y 2010; con el objetivo de observar el proceso de envejecimiento del Estado de México, dando como resultado la detección de 12 municipios que serían objeto de la segunda parte de la investigación: la aplicación de la metodología cualitativa, que consistió en la realización de trabajo de campo en Amatepec, Tlatlaya, Coatepec Harinas, Tonicaco, Metepec, Toluca, Cuautitlán Izcalli, Tlalnepantla, Valle de Chalco Solidaridad e Ixtapaluca.

En una segunda instancia, se utilizó la etnografía como método cualitativo necesario e indispensable en la realización de la investigación; asimismo, se realizaron cuatro entrevistas en cada municipio, lo que implicó 36 entrevistas en total con el objetivo de obtener narrativas autobiográficas como elemento fundamental y metodológicamente más viable para esta investigación, ya que recuperan elementos de la historia de vida desde la voz del informante, evidenciando así su subjetividad y sus valoraciones bajo una perspectiva en particular, con temas indispensables para el entendimiento del envejecimiento mexiquense.

Diagnóstico

Como uno de los principales resultados de la investigación, se generó el diagnóstico de la población envejecida bajo los rubros de índice de envejecimiento, derechohabiencia a los servicios de salud, así como cobertura de las pensiones, en el que destacó que en nuestro país se ha acentuado el proceso de envejecimiento, ya que según el Censo de Población y Vivienda 2010, la población de 60 años y más alcanzó la cifra de 10'109,723 habitantes, lo que constituye el 9.1% del total de la población nacional, cuya tendencia indica que el país continuará con el proceso demográfico del envejecimiento de su población bajo los parámetros establecidos de crecimiento durante 1990, 2000 y 2010.

Además, según la misma fuente, sólo 25% de la población de 60 años y más declaró contar con alguna jubilación o pensión, por lo que 75% de la población envejecida restante carece de esta prestación de seguridad social, debilitando su estabilidad.

En cuanto a la cobertura de servicios de salud, el 51.6% de la población envejecida cuenta con afiliación a alguna institución del sistema sectorial [IMSS, ISSSTE, o servicios de seguridad estatales, entre otros]. El Seguro Popular se contabilizó por separado, el cual cuenta con un registro de afiliación del 20.1% de la población de 60 años y más, destinado a la población abierta. De manera que el 28.3% de la población envejecida carece totalmente de derechohabiencia a servicios de salud.

En cuanto a la actividad laboral, según el Censo de 2010, 46.7% de la población envejecida continúa trabajando, ya sea en un empleo formal o informal, teniendo como principal causa la carencia de seguridad social y, por tanto la imposibilidad de obtener una pensión, o bien, ante empleos mal remunerados, con una pensión insuficiente para los gastos más indispensables.

De esta manera, se destacó que el recurso social que la población de más de 60 años tiene disponible para su atención y cuidados, es la familia, principalmente cuando más avanza la edad, se tiene alguna discapacidad y/o enfermedad crónico-degenerativa.

El diagnóstico realizado en la investigación indica que la presencia del Estado es muy limitada; tanto en su marco jurídico como en los programas y acciones de las instituciones encargadas de atender a la población envejecida, así como diferenciado en las zonas rurales y en las urbanas, por lo que resulta importante resaltar la manera en que la propia población observa su realidad, al igual que los programas que recaen en ellos.

La investigación evidencia las diferentes consecuencias que el aumento de la población envejecida tiene en todos los ámbitos de la vida cotidiana de los mexiquenses con más de 60 años de edad: sociales, políticos, familiares, culturales, de salud y económicos, todos relacionados a la vejez como resultado de la Transición Demográfica, ya que se considera al envejecimiento demográfico como consecuencia de ésta.

La pobreza en el Estado de México

El Estado de México es una entidad que ha mantenido, a lo largo de las últimas dos décadas, un creciente número de personas de más de 60 años de edad, lo que hace que sea una sociedad en proceso de envejecimiento, y que a su vez lleva una serie de necesidades sociales, económicas, políticas y culturales, por lo que la seguridad social resulta de vital importancia para atender a la población; sin embargo, alrededor de esto se encuentran una serie de problemáticas que dificultan no sólo la aplicación de políticas públicas adecuadas, sino también la observación misma de la realidad.

En relación a esto se encuentra la ocupación de las personas de más de 60 años de edad en la entidad, pensando en las actividades laborales que desarrollaron a lo largo de su vida, de manera que es evidente que el principal sector en el que se desempeñaron laboralmente fue el sector de los servicios, provocado por el contexto histórico específico que vivió este grupo etario, por lo que es importante resaltar que, como dice Martínez (2006: 5), ha quedado documentado que, en lo que se refiere al sector terciario, “algunos efectos de la reestructuración económica tales como la contratación del mercado interno debido a la sustitución creciente de productos nacionales por bienes importados y la reorientación de la inversión directa de origen nacional hacia el comercio y los servicios, han provocado una tendencia sostenida hacia la terciarización del empleo”. Este proceso ha sido acompañado de un incremento del trabajo no asalariado, del crecimiento de pequeñas unidades económicas y de la precariedad laboral, elementos que se evidencian dentro de la vida de los sujetos entrevistados, no sólo en cuanto a la trayectoria laboral de los sujetos, sino también, de las actuales actividades que conservan o desarrollan para sobrevivir, donde hay vendedores de dulces, trabajadores y comerciantes autoempleados y pocos trabajadores asalariados que gocen de seguridad social.

En cuanto al perfil de la población que la recibe, se pudo observar que uno de los sectores “privilegiados” entre las personas envejecidas son las mujeres, ya que ellas pueden tener seguridad social por viudez, lo que implica recibir una pensión vitalicia aún sin haber mantenido una trayectoria laboral permanente o prolongada por 30 o más años. Si bien esto

pareciera una paradoja, lo que deja ver es que estas mujeres que llegan a recibir una pensión por viudez, la tienen porque ellas no tuvieron la seguridad social que les permitiera tener una pensión por un trabajo remunerado, sino que fue a través de la dependencia económica que mantuvieron con su cónyuge durante la mayor parte de su vida.

A continuación, se presenta la información obtenida sobre los entrevistados durante el trabajo de campo en los diferentes municipios, en primer lugar, se muestran tres municipios considerados como rurales:

Tabla 1. Estado de México. Información de entrevistados en municipios rurales con mayor índice de envejecimiento.

Municipio	Amatepec	Coatepec Harinas	Tonatico
Años laborados	1. 30 años 2. 30 años (ISSSTE) 3. 2 (ISSEMyM) 4. 55 años 5. 75 (desde los 5) 6. 60	1. 48, desde los 14 2. 67, desde los 13 3. 22 años 4. 61, desde los 13	1. 42, magisterio 36 2. 32, 30 magisterio, 2 después de jubilado 3. 59, desde los 13
Retiro o jubilación	1. 14 años, a los 49 2. 20 años, a los 55 3. 7 años, a los 77 4. 5 años, a los 80 5. 13 años, a los 75	1. dos años, a los 66 2. no 3. no 4. no	1. un año, a los 61 2. 14 años, a los 48 3. 15 años, a los 72
Pensión	1. 6000 2. pensiones- 8 mil 3. 10 mil 4. no 5. no	1. 13 mil 2. no 3. no 4. no	1. 13 mil 2. menos 6 mil 3. 300dls (de bracero)
Derecho habiencia	1. ISSSTE 2. ISSEMyM e ISSSTE 3. ISSEMyM 4. no 5. ISSEMyM	1. ISSEMyM 2. no 3. no 4. Seguro Popular	1. ISSEMyM 2. ISSEMyM 3. Seguro Popular

Municipio	Amatepec	Coatepec Harinas	Tonatico
Programas o apoyos gubernamentales	1. despensa 2. 70+ 3. 70+ 4. 70 y más, apoyo al medio ambiente, 30 mil al año (1500 x hr) 5. despensa 70+	1. ninguno 2. ninguno 3. ninguno 4. 70+	1. ninguno 2. ninguno 3. 70+ (500) y despensa
Apoyos anteriores	1. ninguno 2. económico 3. ninguno 4. despensa 5. ninguno	1. ninguno 2. ninguno 3. ninguno 4. ninguno	1. ninguno 2. ninguno 3. ninguno

Fuente: Elaboración propia. Trabajo de campo 2013.

Tabla 2. Estado de México. Información de entrevistados en municipios urbanos de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México

Municipio	Cuautitlán Izcalli	Tlalnepantla	Ixtapaluca	Valle de Chalco Solidaridad
Años laborados	1. 57, desde los 8 2. 23 3. ninguno 4. 48	1. 40 (29 años cotizados ante el Imss) 2. 45 3. 50 (ninguno cotizado) 4. 44	1. 22 (ninguno cotizado) 2. 10 3. 28 cotizados 4. 80. dice que toda la vida, desde chamaco	1. 55, no sabe si cotizados 2. 58, 30 cotizados 3. 56, 31 cotizados 4. 41, 30 cotizados
Retiro o jubilación	1. nunca 2. 1991, dejó de trabajar (20 años) 3. n/a 4. 18 años (68)	1. 2006 dejó de trabajar (5 años) para cuidar a su papá 2. sigue trabajando 3. sigue trabajando 4. 1986	1. hace 9 años que se unió con su 2ª pareja 2. n/a 3. n/a 4. todavía hace algunas actividades de su parcela.	1. nunca 2. no, sigue trabajando por su cuenta 3. 2003, (8 años) por infarto cerebral 4. Sí, 19 años (1992)

Municipio	Cuautitlán Izcalli	Tlalnepantla	Ixtapaluca	Valle de Chalco Solidaridad
Pensión	1. no 2. no 3. sí (viudez) 4. sí (8000 aprox)	1. no 2. no 3. no 4. sí (3000)	1. no 2. no 3. no 4. no	1. no 2. si, 1800 3. no 4. sí, 2500
Derechohabien- cia	1. IMSS (hija) 2. IMSS (hija) 3. IMSS (viudez) 4. IMSS	1. no 2. IMSS 3. IMSS 4. si (pensionado)	1. no 2. IMSS (esposo) 3. IMSS 4. no	1. no 2. IMSS 3. IMSS (un hijo) 4. IMSS
Programas o apoyos gubernamentales	1. ninguno 2. despensa 3. despensa 4. ninguno	1. ninguno 2. despensa 3. ninguno 4. ninguno	1. ninguno 2. ninguno 3. ninguno 4. ninguno	1. ninguno 2. despensa, oportunidades (aparato auditivo) 3. ninguno 4. despensa
Apoyos anteriores	1. ninguno 2. ninguno 3. despensa 4. ninguno	1. ninguno 2. ninguno 3. ninguno 4. ninguno	1. ninguno 2. ninguno 3. ninguno 4. despensa	1. ninguno 2. despensa 3. despensa 4. despensa

Fuente: Elaboración propia. Trabajo de campo 2013.

La información anterior arroja importantes resultados con los que se puede llegar a diferentes conclusiones concernientes al objeto de este estudio, por ejemplo, en torno a los apoyos promovidos por el Estado, entre los que se encuentran los destinados a la ayuda alimentaria (las despensas), el programa federal 70 y más (\$1,000 bimestrales), así como otros apoyos focalizados a zonas rurales, que evidencian la parcialización del otorgamiento de los apoyos sobre todo a dichas zonas rurales y/o campesinas, dejando mayormente desprotegidas o con falta de cobertura a los municipios urbanos, que resultan ser los que alojan a la mayor parte de la población envejecida, de manera que esta resultaría ser una de las principales limitaciones de estos programas, ya que dejan fuera a la mayor parte de la población de más de 60 años de edad, y aunque se puede hablar sobre las ventajas y desventajas de los contextos rurales/urbanos, se tendría una

lista inacabable, pues si bien en las zonas urbanas hay más acceso a los servicios públicos, también son más caros; aunque hay más transporte público, la movilidad de las personas envejecidas es cada vez más complicada, no solo en cuanto a economía, sino a cercanía, transporte adecuado e incluso en cuanto a la concepción de ciudades amigables con las personas mayores, por lo que la discusión no debe ir en ese sentido, sino en cuanto a la equidad de las políticas públicas para este sector.

En cuanto a las condiciones sociales y económicas en las que vive la población de más de 60 años en el Estado de México, este trabajo deja evidente la disparidad entre las pensiones obtenidas por este grupo etario, dejando ver nuevamente una diferenciación que radica principalmente en las trayectorias laborales, pues aunque las pensiones más elevadas (de hasta 15 mil pesos) se encuentran en el grupo de los municipios con más índice de envejecimiento, no se debe a esta razón, sino a que las trayectorias laborales se prolongan hasta los 40 o 50 años cotizados ante una institución pública, mientras que las pensiones dentro de los municipios con mayor índice de derechohabencia y los conurbados [Toluca, Metepec, Tlalnepantla, Cuauhtitlán Izcalli, Ixtapaluca y Valle de Chalco], muestran pensiones más bajas comparativamente, así como la menor cobertura de programas sociales, los cuales coadyuvarían a la falta de pensiones de la población; por ello, la relación que se expresa es que la población urbana tiene más carencias que la rural.

Otra evidencia de la investigación es la que concierne a una perspectiva de género, en donde, de las mujeres entrevistadas para este trabajo, se puede hacer una distinción entre las actividades que desempeñaron los hombres y las mujeres, ya que si bien los hombres se desarrollaron entre el campo y la industria, las mujeres se dedicaron a trabajos dentro de los servicios, lo cual se sustenta con lo que dice Serna (2003) cuando hace hincapié en que fue en la década de los 70 cuando se registró un incremento en la participación económica femenina en México y otros países, y concuerda con los otros autores mencionados en que esto se debió a la expansión de la industria que originaba y necesitaba de los servicios y afirma que esta situación trajo ligado “un cambio en el papel de las mujeres en la sociedad que permitió una participación activa en la actividad

económica, tanto en empleos de tipo independiente, vía la formación de sus propias empresas, como en empleos que requerían de calificaciones profesionales [...] y aún, en empleos poco calificados en donde era poco probable que se obtuviera una promoción o una posición de mayor responsabilidad” (Serna, 2003: 78).

Sheridan (1991: 75) se refiere al sector terciario como “el refugio” de la actividad económica femenina, por lo cual resulta observable el hecho de que, dentro de los municipios mayormente envejecidos, las mujeres empezaron una trayectoria laboral temprana dentro de la docencia, respondiendo a las necesidades sociales del momento histórico social.

Ahora bien, siguiendo con las actividades realizadas durante la vida productiva de los sujetos, es importante resaltar que al llegar la vejez presentan más posibilidades de retirarse los hombres que las mujeres, ya que mientras que los hombres pueden dejar de trabajar y expresamente no tener ninguna actividad, las mujeres no suelen decir esto, lo cual implica que, aunque pueden retirarse de la actividad laboral remunerada debido a una jubilación, siguen siendo activas dentro del hogar, ya que el espacio doméstico es atribuido a las mujeres, mientras que los hombres, al no haber pertenecido como tal a la casa, pueden dejar de tener actividades, lo que hace evidente que el retiro femenino resulta poco común en el Estado de México.

Conclusiones

El trabajo de investigación deja ver claramente que la pobreza entre la población envejecida del Estado de México no responde a una situación territorial o poblacional estrictamente, sino que la diferenciación entre lo urbano y lo rural no implica que uno u otro sector gozará de mejores condiciones que lleven a una estabilidad más sostenida para la población, sino que la pobreza, ya sea en el contexto rural o urbano, implica la carencia de satisfactores totalizadores de sus necesidades y estos dependerán del contexto, ya sea transporte, servicios básicos y sobre todo, alimentación

y vestido, que contribuyan a mantener una vejez funcional en sus tres niveles de salud: física, psicológica y social, por lo que el ingreso, apoyos o redes sociales no son las mismas para ambos contextos, de manera que los programas sociales que lleguen a este grupo etario deben contemplar más factores que los actuales.

Bibliografía

- Alba, F. (1977) *La población de México: evolución y dilemas*, México, El Colegio de México.
- Avalos P. (2005) *Aproximaciones a las repercusiones en la unidad doméstica de la pensión alimentaria para adultos mayores de 70 años, residentes en el D.F.* (Tesis de maestría). México, CIESAS.
- Bertranou, F. (2005) “Restricciones, problemas y dilemas de la protección social en América Latina: Enfrentando los desafíos del envejecimiento y la seguridad de los ingresos”, *Revista Bienestar y política social*, vol. 1, núm. 1, México, Universidad Iberoamericana.
- CELADE. (2006) *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población, Santiago de Chile CEPAL.
- García, B.; H. Muñoz y O. de Oliveira. (1988) *Hogares y trabajadores en la ciudad de México*, México, El Colegio de México, IIS-UNAM.
- Ham CH. R. (1996) “Las reformas a la seguridad social” México, DEMOS. UNAM.
- , (2000) Sistemas de pensiones y perspectivas de inseguridad social. En *Estudios Demográficos y Urbanos*. México, D.F. El Colegio de México.

- , (2004) La supervivencia más allá de cien años y más, *Estudios Demográficos y urbanos* vol. 20, núm. 1 (58), pp.103-124.
- INEGI. (1991) *XI Censo General de Población y Vivienda*, Aguascalientes, Aguascalientes, México, INEGI.
- INEGI. (1996) *Conteo General de Población y Vivienda 1995*. Aguascalientes, Aguascalientes, México, INEGI.
- INEGI. (2000) *XI Censo General de Población y Vivienda*. Aguascalientes, México, INEGI.
- INEGI. (2010) *II Conteo de Población y Vivienda 2005*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía “Censos y Conteos de Población y Vivienda”, Aguascalientes, México, INEGI.
- OIT. (1984) “Introducción a la Seguridad Social. Ginebra. Oficina General del Trabajo”. En Ham Chande, Roberto, (2000), *Sistemas de pensiones y perspectivas de seguridad social, Estudios Demográficos y Urbanos*.
- Pozas R. (1990) “De lo duro a lo seguro: La fundación del Seguro Social Mexicano”, en Loyola, Rafael (Coord), *Entre la Guerra y la estabilidad política. El México de los 40*, México, Consejo Nacional para lo Cultura y las Artes. Grijalbo.
- Vázquez, R. (2007) “La bioética en Contexto. El derecho a la salud como derecho social”. En *Aspectos Sociales de la Bioética. Memorias CNB3*, México, D.F. Comisión Nacional de Bioética.
- www.diputados.gob.mx/cesop/Comisiones <http://www.diputados.gob.mx/cesop/Comisiones><http://www.conapo.gob.mx/http://www.conapo.gob.mx/> [consultado el día 10 de enero 2012].

Vejez y vulnerabilidad

http://www.e-local.gob.mx/wb2/ELOCAL/ELOC_Enciclopedia consultado el día 10 http://www.e-local.gob.mx/wb2/ELOCAL/ELOC_Enciclopedia [consultado el 10 de enero 2012].

<http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=15>
<http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=15>

IV. Los achaques asociados a la vejez

Laureano Reyes Gómez
Susana Villasana Benítez

Introducción

La edad avanzada está asociada a la disminución, gradual o accidentada, de capacidades tanto físicas como mentales. Especialmente en la vejez el cuerpo se vuelve frágil a diversas amenazas en la salud. La persona se percibe en situación de vulnerabilidad conforme envejece. Sin embargo, el riesgo de enfermar, sentirse mal en forma insistente o sufrir accidentes, está presente a lo largo del ciclo vital. Así, se construyen socialmente imágenes del joven fuerte y sano y, del viejo débil y enfermo; el periodo de juventud se ensalza, en tanto que la vejez se estigmatiza. Este capítulo busca dar cuenta de una serie de sintomatologías conocidas coloquialmente como achaques, y que pueden aparecer en diferentes etapas de la vida. Sufrir achaques, entonces, es visto como un proceso natural, como el cuerpo vulnerable a la declinación de las funciones, y el paciente generalmente acepta su condición de salud en deterioro. La vulnerabilidad es mayor si además el paciente no cuenta con servicios médicos y asistenciales; entonces la persona aprende a vivir con su padecimiento en situaciones de desventaja, llegando a percibir su estado de salud como “natural” o que éste no puede ser controlado o curado.

Varios son los episodios que dan señales de cambios en el cuerpo que lo sitúan en el umbral de la vejez. La andropausia y la menopausia han sido percibidas, en buena medida, como la frontera que distingue el paso de la prevejez a la vejez, y sus efectos colaterales en la salud han sido considerados como “normales” por efecto de la edad. Otro tanto sucede con la creciente amenaza de sufrir infartos y sus fatales consecuencias. Flagelos como la diabetes hacen de las suyas, u otras enfermedades se manifiestan con toda su crudeza. Con el “viejazo” aparecen los primeros

achques. Si esto sucede en el ecuador de la vida, ¿cómo se afronta la crisis en la edad avanzada, especialmente si además de achaques se sufren enfermedades crónico-degenerativas? En este capítulo se busca dar a conocer cómo se percibe la fragilidad y cuáles son los principales achaques a la que hace frente el paciente adulto mayor en contextos rurales indígenas, donde la carencia de servicios médicos es el común de los pueblos marginados y pobres.

Para conocer cómo afrontan los ancianos estos padecimientos, se realizó un registro de los principales achaques que sufren y, cuál es la atención con la que cuentan para remediar sus males. Para ello, se inició el análisis respecto de cómo conciben y clasifican la enfermedad o el sentirse mal; estos elementos darán pautas para comprender la percepción y clasificación de los procesos mórbidos en diferentes edades, pero principalmente en la edad avanzada. En este trabajo se entiende por “viejo” a personas de 60 años y más, y los términos de “ancianos”, “tercera edad”, “edad avanzada” o “adultos mayores” se usan como sinónimos.

La información etnográfica proviene de 50 entrevistas en profundidad aplicadas a 38 ancianos y 12 ancianas, entre los 60 y 92 años de edad, todos ellos indígenas zoques del noroeste chiapaneco.

Gradación etaria y definición de achaque

En el habla popular existen varias formas de estimar la edad, dividiéndola en periodos etarios, que en el fondo buscan diferenciar cuán viejo o joven se es; cada fase, a su vez, se asocia también a la salud del individuo. Así, por ejemplo, la infancia y la niñez es un periodo muy corto que se estima sucede entre los 0 y 14 años; son personas dependientes de cuidados y atenciones de muy diversa naturaleza. Le sigue la generación de “eros” [entre 15 y los 39 años], que cubre la adolescencia y la adultez, es decir, los quinceañeros, veinteañeros y treintaañeros; se identifica este periodo como el cenit de la vida, la zona de confort, pues se presume que gozan de salud, belleza y juventud; supone, además, alta productividad e independencia. La suma de este segundo periodo [adolescencia y madurez] es de 24 años, aunque muchos pretenden aplazarlo más tiempo.

La tercera generación está identificada como el ecuador de la vida, corresponde a la filiación de “ones”, caracterizada por la conquista de años durante tres décadas; lo integran los “maduros”, es decir, los cuarentones, cincuentones y sesentones con salud de roble; no necesariamente viejos, aunque, según el refrán popular, “ya no se cuecen al primer hervor”. La edad está asociada a la productividad, son independientes, razón por la cual también se les conoce como “enteros”, y muchos presumirán gozar de su “segundo aire”, negándose ingresar a la siguiente fase, donde, se cree, entrarán en una etapa de pérdidas en su salud tanto física como mental. Finaliza la clasificación etaria con la cuarta generación, identificada como los “arios”, es el periodo más largo, estimado en más de tres décadas, y los identifica justamente como viejos; en este ciclo están los septuagenarios, octogenarios, nonagenarios y, finalmente, los centenarios; este último peldaño etario está fuertemente estigmatizado, toda vez que se identifica a la edad avanzada como un periodo en que las personas sufren diversos padecimientos crónicos y degenerativos, y se vuelven dependientes en cuidados y atenciones, especialmente respecto de su salud.

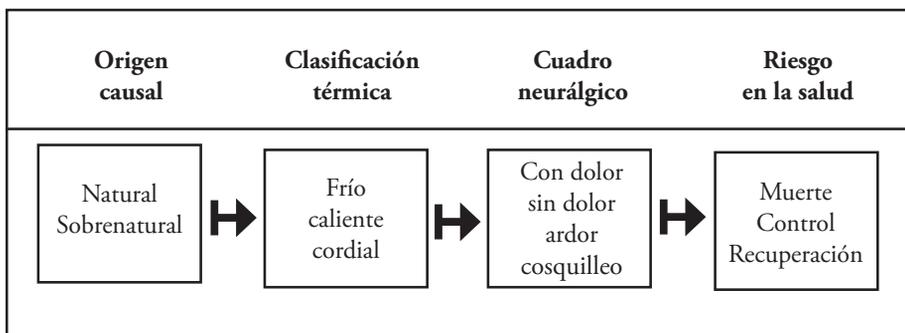
Así, al acercarse cada vez a edades avanzadas, el individuo experimenta algunos conflictos y temores a envejecer. A decir de los expertos, a partir de los 40 años se sufre una crisis como etapa de balance al alcanzar la edad intermedia. Se toma conciencia del paso del tiempo y surge el temor hacia la próxima fase: el ingreso paulatino o accidentado a la vejez, y nos preocupa el deterioro corporal y mental, además de la necesidad de querer seguir siendo bellos y atractivos,¹ productivos, funcionales e independientes en cuidados y atenciones.

En cuanto a los achaques y la fragilidad que se manifiestan en la edad adulta mayor, éstos son clasificados, en el imaginario indígena, como un conjunto de padecimientos que se distinguen bajo dos planos: por la clasificación térmica del síntoma -“frío”, “caliente” o “cordial”-, y por la ausencia/presencia de cuadros neurálgicos y otros síntomas que provoquen malestar. Con el contraste de estas dos características, el origen causal del quebranto en la salud puede ser identificado como de origen “natural”

¹ Aparicio, 2008. “La crisis de los cuarenta”.

o “sobrenatural”, y, finalmente, el pronóstico del padecimiento: muerte, control o recuperación de la salud. Véase figura 1, que busca explicar este proceso.

Figura 1. Origen causal, clasificación térmica, neuralgia y pronóstico de los padecimientos



Fuente: Datos de campo, 2012.

Los malestares, independientemente de la presencia o ausencia de dolor, ardor o cosquilleo, incomodan para las actividades de la vida diaria, con frecuencia los viejos aprenden a vivir con el padecimiento, pues temen importunar con sus quejumbres, además de considerarlos como expresiones naturales de la historia de vida personal. Es común que los diagnósticos tengan una fuerte carga preconcebida de estereotipos, especialmente porque la edad avanzada, como se dijo *supra*, se asocia a la enfermedad y, en particular, a los achaques.

Estar enfermo y viejo, entonces, es visto como binomio natural. Los achaques están tan interiorizados que es común escuchar el siguiente dicho popular: “Si algún día después de los 40 –años- amaneces y sientes que no te duele nada, absolutamente nada, preocúpate, puedes estar muerto”. Conforme la edad avanza el cuerpo se vuelve más vulnerable.

Asociar el avance de la edad sólo con pérdidas (emocionales, facultades mentales, deterioro físico, soledad, pobreza, viudez y demás), es tener una visión catastrófica de la vejez, y en buena medida este constructo social está apoyado en la idea de que se trata de un proceso “natural”

psicobiológico de deterioro. Bajo esta perspectiva se estigmatiza la vejez y se ensalza la juventud como el mejor período de la vida. Entonces se construye la figura del viejo achacoso y del joven radiante de salud.

Las molestias de los achaques no deberían ser consideradas “normales”, como tampoco dejar la evolución natural de la enfermedad, sino actuar tanto en la prevención como en la atención de los procesos mórbidos. Muchos de los síntomas y signos patológicos son curables o controlables; sin embargo, como se trata de la salud del viejo, muchas veces se piensa que es “normal” su enfermedad y, por tanto, no deben atenderse, y así el paciente aprende a vivir con su padecimiento. Se ha observado que la debilidad visual, sordera, caries, cuadros reumáticos agudos y problemas de desplazamiento autónomo, entre otros muchos padecimientos, son las principales molestias que aquejan a los ancianos, mismas que generalmente no son atendidas.

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

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

Así, por ejemplo, en una investigación realizada con población tarahumara respecto de la salud de la población envejecida, uno de los hallazgos más importantes fue: “Los adultos mayores vinculan sus padecimientos (por ejemplo, de la vista, el oído, gastrointestinales) a su edad; esta naturalización retrasa su atención y convierte esos padecimientos en enfermedades crónicas que debilitan su estado de salud” (Pelcastre, 2011: 7). Bajo esta perspectiva de asociar la vejez a cuadros mórbidos específicos, difícilmente se podría calificar de achacoso a un joven -aunque lo esté-, pues la imagen social construida de esta fase etaria es opuesta a la del viejo. Es decir, no todos los achacosos son ancianos, como tampoco todos los ancianos sufren de achaques. La ausencia de achaques en la vejez es conocida como agerasia y descrito como “aspecto juvenil de la vejez” o “vejez libre de achaques” [Diccionario Médico]. En términos populares se dice, entonces, que el viejo está “entero” o que tiene salud de roble.

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

Es importante referir la noción popular de que el cuerpo humano, para que se mantenga sano, debe guardar un equilibrio térmico conocido como “cordial” o templado, es decir, vigilar un balance de temperatura que permita al organismo funcionar adecuadamente. Cuando este equilibrio se rompe sobreviene la enfermedad, y el origen causal puede ser clasificado como “frío” o “caliente”.² Se cree que la edad adulta es un factor

² Foster (1972) propone que dicho binomio proviene de la teoría humoral europea, y fue traído por los médicos españoles. Existen otros factores opuestos que deben estar en balance: seco-húmedo, pesado-ligero y arriba - abajo.

que condiciona al cuerpo a perder calor³ y, dependiendo la severidad del daño, es el quebranto en la salud.

Es común que el paciente anciano sufra no sólo un padecimiento específico, sino una colección de síndromes asociados o “propios” de la edad avanzada o que durante la edad adulta se manifiestan con toda su crudeza, generalmente conocidos como achaques, sean éstos leves o intensos pero persistentes, que los acompañan durante el resto de la vida, y que requieren de atención de largo plazo y tiempo completo. Así, la enfermedad, síndromes mal definidos, las discapacidades y los accidentes están presentes a lo largo de la vida.

Los zoques clasifican los padecimientos bajo cuatro expresiones básicas: *ka'u*, *ka'kuy*, *toya* y *met*. Todos estos conceptos están construidos principalmente en función de ausencia o presencia de sintomatología neurálgica⁴ como se verá enseguida.

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

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

Toya, está reservado a cuadros clínicos con dolor, ardor o cosquilleo muy molestos, en especial aquéllos que producen profundo sufrimiento y, en consecuencia, percibidos como “enfermedad” grave y probabilidad de morir.⁵

³ Guiteras (1988: 248-249), en un estudio sobre los tzotziles, habla respecto del “calor” acumulado por los ancianos “lo relaciona con los dioses o seres poderosos que conservan y destruyen la vida. Por medio del “calor” el hombre se asemeja a Dios[...] Esto significa que tales personas pueden conservar y destruir, defender y devorar; y el ser humano padecerá en caso de que no les guarde el respeto que se les debe.” Los ancianos son temidos al considerar que el “calor” de sus cuerpos puede ser dañino.

⁴ Para una mayor comprensión sobre las sensaciones de dolor crónico sugiero leer el trabajo de Barragán (2009).

⁵ En sentido real de la expresión se usa, por ejemplo: *yajkxu ka'u* “morir sufriendo dolor”, y en sentido figurado se en expresiones tales como: *kix ka'u* (lit.: “morir de enojo”), es decir, estar sumamente molesto; *mabajsi ka'u* (lit.: morir de sueño) para expresar cansancio y necesidad de dormir y descansar.

Finalmente, *met* se aplica a padecimientos cuyo dolor intenso se manifiesta en forma intermitente, punzante; esta característica podría brindar elementos en el diagnóstico que induzcan la sospecha como proveniente de actos de hechicería, donde la enfermedad se cree es manipulada a voluntad de terceros. El fin último de esta neuralgia es provocar agonía prolongada y muerte lenta; como podrá advertirse, este cuadro patológico-neurálgico es muy temido, pues entra en el plano mágico, fuera de la competencia de la medicina moderna, y el tratamiento, se cree, debe hacerse a través de los mismos canales, salvo contraindicación del especialista (Reyes y Villasana, 2010).

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

Aquellos cuadros clínicos que entran en la categoría de *toya* –los que provocan dolor y sufrimiento profundos– (cuadros reumáticos agudos, otitis, cánceres malignos, lumbalgias, migraña, ciática, entre otros) se cree tiene su origen causal por la presencia de “aire” en el cuerpo, y que éste tiene la propiedad de recorrer la anatomía o estacionarse en un área definida; esta presencia de “aire” utiliza el sistema muscular a manera de “carretera” para trasladarse de un sitio a otro.

Por lo general, la carrera del enfermo indica que el primero (padecimientos indoloros, “no graves”, originados como respuesta natural del organismo cansado) debe ser tratado en el seno familiar con remedios caseros y ceremonias de carácter religioso; si la terapia no da resultado se recurre al farmacéutico local o de la ciudad más cercana o bien, se combina con la atención del especialista de la medicina herbolaria, mejor

conocido como médico “tradicional”. Cuando la economía de la familia lo permite, el paciente es canalizado a los servicios médicos hospitalarios, generalmente en la capital del estado.

Los cuadros neurálgicos considerados dignos de atención, debido a la profunda incomodidad y sufrimiento que causa, son percibidos y descritos por los pacientes como a continuación se ejemplifica:

- “Siento como si una flecha atravesara mi cabeza”.
- “Me quema como la picadura de avispa roja que da calentura”.
- “El dolor agudo –en forma de ‘aire’- viaja como si fueran olas, y me recorre la pierna; se mantiene por tiempo prolongado”.
- “El dolor está estacionado en un área bien definida, y punza”.
- “El dolor corre como si fuera un rayo, y entume la zona afectada; es momentáneo, pero muy doloroso. Recorre el cuerpo”.
- “El ardor quema, y empeora con el roce de la ropa”.
- “Siento cómo los músculos se hacen nudo, se entumen, dan calambres y es muy doloroso”.
- “El dolor es instantáneo, así como viene, desaparece”.
- “El dolor punza. Causa dolor extremo especialmente cuando hace frío y en luna nueva”.
- “El dolor es continuo, muy molesto; no permite hacer movimientos como levantarse o caminar, obliga a guardar reposo”.

Hay varias formas de explicar cómo los “aires” ingresan al cuerpo. Se cree que los “aires fríos” son enviados a través de actos maléficos, por acción de los muertos, o bien, son producto de sustos mayúsculos especialmente en ríos (caídas, sensación de ahogo), cuevas y víboras, y los adquieren a través del sueño, especialmente durante las pesadillas; en tanto que los “aires calientes” son de carácter más “doméstico”, los adquieren a través de la mirada “caliente” de personas “cargadas de calor” (las que tienen remolinos en el cabello, en especial si son nueve; las embarazadas,

menstruantes, borrachos, gemelos, enanos, albinos, polidáctilas), o ingresan al cuerpo por cambios bruscos en el estado de ánimo, por ejemplo, el deseo desmedido por tener lo que otros poseen (envidia), de estar contento a sufrir un disgusto mayúsculo o cambiar rápidamente de un espacio cálido a uno frío, sentir simpatía o admiración por la belleza natural de un animal, planta o persona. La expresión “me pegó un aire”, corresponde al cambio repentino de ambientes frío/caliente afectando al organismo en un desbalance térmico.⁶

Los aires “fríos”, dada su naturaleza, se perciben como más dañinos que los segundos, y tienen la propiedad de estacionarse o moverse con rapidez en el cuerpo, y se cree que provocan mayor daño en el paciente. Especialmente es temido el “aire de corazón”, cuadro mórbido caracterizado por dolor agudo en la caja torácica, vista nublada, sudoración fría, dificultad respiratoria y sopor profundo. Invariablemente asocian los periodos de dolor con las fases lunares y condiciones climáticas, así, argumentan que en luna nueva y en épocas de frío el dolor es más persistente y agudo. Para conocer el origen causal del desbalance térmico se recurre a un especialista, quien “leerá el torrente sanguíneo” a través de la técnica diagnóstica conocida como “pulseada”. Tanto el paciente como sus familiares son sometidos a un amplio interrogatorio, al tiempo que el terapeuta pone el dedo pulgar en la región distal del brazo del paciente. La lectura del pulso puede interpretarse como débil o fuerte. Si el fluido sanguíneo se percibe débil, entonces hay elementos para considerarlo de origen “frío”; si es fuerte, la sangre será percibida alterada en calor y fuerza, características que pudieran indicar que su origen es “caliente”, salvo contraindicación del especialista.

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

⁶ La creencia de daño por “ojo” no es exclusivo de humanos, sino se extiende a plantas, animales y árboles frutales. Para prevenir daños externos suele colocárseles moños o listones de color rojo. A los bebés suelen protegerlos con pulseras de ámbar o semillas de color rojo.

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

Padecimientos sin dolor en fase inicial, pero muy molestos. “Calientes”	Padecimientos con dolor/ ardor / cosquilleo. Sufrimiento profundo. “Fríos”
Temblor involuntario	Dolor de rodillas
Vértigo	Dolor de espalda
Trastornos del sueño y vigilia	Dolor de cabeza
Problemas de visión	Dolor de mano, brazo y antebrazo
Cansancio extremo	Dolor de oídos
Pérdida de memoria a corto y largo plazos	Dolor de estómago
Alucinaciones visual, auditiva y táctil	Dolor de muelas
“Nervios” (angustias, miedos, aislamiento, ansiedad).	“Aires” (cuadros reumáticos agudos)
Mareo	“Aire” del corazón (infartos)
Debilidad	Dolor de cuello
Cambio repentino de humor	Ciática
Sordera parcial o total	Infección de vías urinarias
Frío	Dolor de hombros
Pérdida de apetito	Dolor de pies
Delirio de envenenamiento	Dolor de cintura
Náuseas	Calambres
Sentimiento de culpa	Várices
Tristeza profunda, llanto, melancolía (depresión)	Dolor de ojos
Deseo sexual bajo	Artritis
Incontinencias	Dolor de “huesos” (¿artrosis?)

Fuente: Observación y registro en campo, 2012.

La noción térmica del padecimiento resulta de interés, pues generalmente asocian el calor principalmente a signos patológicos indoloros, pero que provocan profundo malestar emocional y riesgo de muerte a corto plazo; en cambio, el frío lo asocian más con sintomatología neurálgica que produce sufrimiento agudo prolongado, y probabilidad de muerte a largo plazo. Finalmente será el especialista quien emita el diagnóstico que pudiera contradecir este principio. Se cree que las enfermedades de origen “frío” son más dañinas que las “calientes”, ya que provocan dolor agudo, matan paulatinamente, el sufrimiento es agudo y la agonía es prolongada; su atención se considera prioritaria. El ideal de salud, entonces, está en lograr el balance térmico o cordial de la anatomía humana.

Se reconocen dos sistemas circulatorios: uno superficial, que se encarga de alimentar las terminales del cuerpo humano y mantener constantemente húmedos los tejidos a fin de que estén suficientemente flexibles; el otro de irrigación profunda, viaja por medio de las “venas mayores” y tiene la función primordial de alimentar a los principales órganos internos. Asimismo, se identifican dos tipos de sangre (*jiji yējkpē nē'bin*) –sangre espesa-negra- que tiene propiedad coagulante en caso de heridas; y la sangre aguada-roja (*nēabē chapaxpē nē'bin*), que no tiene tal propiedad (Reyes, 1995: 111-112).

Buscando el balance térmico de los alimentos, se recomienda usar el principio de contrarios, salvo contraindicación del especialista. El paciente, entonces, deberá vigilar la selección de aquellos alimentos que contrarresten el origen caliente o frío del padecimiento. La siguiente lista muestra, a manera de sugerencia, algunas propiedades de los alimentos⁷:

⁷ Aún dentro de la misma comunidad no existe uniformidad de criterios respecto de la clasificación térmica de los alimentos, lo que para algunos es “frío”, “caliente” y “cordial”, para otros no lo es. Cada uno argumenta su principio.

Tabla 2. Alimentos según clasificación térmica.

Alimentos “fríos”	Alimentos “calientes”	Alimentos “cordiales” (frescos)
Aguacate	Aguardiente	Sal
Anona	Atole	Panela
Arroz	Café	Limón
Calabaza	Caña	Coco
Camote	Carne de res	Jícama
Carne de puerco	Camote morado	Agua natural
Cueza de chayote	Chichón/chapaya	Atole
Chayote	Chocolate	Elote cocido
Chicharo	Chorizo (sin picante)	Calabaza
Chicharrón	Durazno	Tortilla tostada
Gallina de granja	Gallina de rancho	Horchata
Guajolote	Frijol	Pan salado

Fuente: Datos de campo, 2012.

Palabras finales

Alcanzar edades avanzadas es cada vez más común, y el crecimiento demográfico de la población envejecida trae consigo modificaciones en la forma de percibir y atender la vejez. Como se presentó, la concepción y definición de los achaques es, además de biológica, de índole cultural y se entiende a través de la concepción térmica y percepción neurálgica.

En el proceso salud, enfermedad y atención del anciano, especialmente respecto a la caracterización de los achaques y de las enfermedades crónico-degenerativas en la vejez, habrá de considerar la concepción de los procesos mórbidos en torno a cuadros neurálgicos (dolorosos/indolores en fase inicial) y térmicos (frío/caliente) para determinar si una enfermedad

es importante en su atención o no. En este plano deben trabajar en forma conjunta tanto médicos “tradicionales” y médicos alópatas, como los geriatras, para atender en forma integral al paciente anciano. La etiología mágica de las enfermedades, desde el plano cultural, es otro aspecto que debe ser respetado y generalmente es la opción más cercana que tiene el paciente para su atención. Otro tanto sucede con aquellos padecimientos propios o asociados a la vejez que requieren ser tratados por terapeutas especializados, pues generalmente en la comunidad dejan que la enfermedad siga su curso “normal”, por ser considerada enfermedad de “viejo”. Así, por ejemplo, el problema de debilidad visual podría ser atendido y seguramente corregido con un programa oftálmico.

La diabetes es un flagelo que sufren los pueblos y es preciso brindar información oportuna principalmente en lengua nativa respecto de su etiología, prevención y tratamiento. Sin duda alguna, que un buen programa preventivo ayudará en mucho su combate.

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

El anciano “principal” hombre o mujer, caracterizado por una serie de habilidades y conocimientos que maneje (curandero, comadrona, músico, danzante, consejero, cuentista, artesano, casamentero, rezador, hechicero, orador, lector de oráculo, mago, líder, adivino, y demás) ostentará su alto estatus social en tanto se mantenga lúcido.

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

El proceso de envejecimiento ya inició y la presencia de población envejecida en familias indígenas crece por arriba del promedio nacional. Se requiere crear las condiciones necesarias para brindar una atención de calidad a los adultos mayores.

En especial las comunidades indígenas, dada su condición de alta marginación, la falta de servicios médicos y asistenciales acentúan la vulnerabilidad de las personas a sufrir padecimientos asociados con la pobreza. La oferta de servicios de salud para todas las etapas del ciclo de la vida, es urgente. Aquellas personas que alcanzan edades avanzadas llegan con una salud en franco deterioro, producto de una fuerte selección biológica.

Bibliografía

- Arganis, J. E. (2009) “Experiencia de envejecer con enfermedades crónicas”. En Peña SaintMartin, Florencia, (Coord.), *Salud y sociedad: Perspectivas antropológicas*. PROMEP, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, pp. 31-51.
- Aparicio, P. T. (2008) “La crisis de los cuarenta”. Disponible en línea: http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=9478&TIPO_CONTENTIDO=Articulo&ID_CATEGORIA=103893. [consultado el 30 de octubre de 2015].
- Barragán, A. (2009), “Cuerpo experiencial: El drama del dolor crónico”. En Peña SaintMartin Florencia (Coord.), *Salud y Sociedad: Perspectivas antropológicas*, PROMEP, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, pp. 263-286.
- Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. (1984). Disponible en línea: <http://dle.rae.es/?id=0Q0V7N0>.<http://dle.rae.es/?id=0Q0V7N0> [consultado el 30 de octubre de 2015].

Diccionario Médico. Disponible en línea: http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/973/agerasia.http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/973/agerasia [consultado el 30 de octubre de 2015].

Foster, G. M. (1971) Cap. IX. “La salud y el equilibrio” en *Tzintzuntzan*. México, Fondo de Cultura Económica, pp. 182-191.

Guiteras, C. (1988) *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*, Cuba, Instituto cubano del libro. Editorial de Ciencias Sociales.

Pelcastre, V. E. (2011) *Modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas*, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública.

Reyes, G. L. (1995) *Antropología de un volcán. Migración y nutrición de comunidades zoques, a diez años de la erupción del Chichonal*, (Tesis de Maestría), México, Escuela Nacional de Antropología e Historia.

Reyes, G. L. y S. Villasana (2010) “Vejez en edad extrema. Un estudio de etnogerontología social” en *Revista Pueblos y fronteras Digital*. UNAM-PROIMMSE, México, pp. 217-249. http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a10n10/art_07.html

V. El hogar como receptáculo de doble violencia ejercida contra las personas adultas mayores

María Guadalupe Ruelas González
Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

73

Introducción

La vulnerabilidad en las personas adultas mayores se entiende como la desprotección ante daños potenciales en la salud, lo familiar, lo social y lo económico, entre otros, lo que implica mayores obstáculos y desventajas frente a cualquier problema (González-Block, M.A., Duarte Gómez, M.B., Salgado de Snyder, N., Robles-Silva L. y Scott, J. *Atención a la salud de grupos vulnerables*, S.A.). Se ha planteado que el maltrato hacia las personas mayores lo ejerce la propia sociedad, en la que prevalece una imagen negativa y estereotipada de la vejez, que tiende a valorar a la juventud por sobre la experiencia y que, por tanto, discrimina a las personas *de edad*. Por otra parte, se ha señalado que cuando las personas adultas mayores se tornan dependientes del cuidado de otros, tanto en la familia como en una institución, esto los vuelve más vulnerables ante situaciones de maltrato (SENAMA, 2012; Minsal, 2014).

Las personas adultas mayores –entendidas como personas de más de 60 años de edad– representaron en 2010, en México, el 9.06% del total de la población y se espera que para el 2050 superarán a la cuarta parte de la población en el territorio nacional, alcanzando una cifra de 27.7%. El promedio de la esperanza de vida es de 75 años, diferenciando entre hombres (72 años) y mujeres (77 años) (CONAPO, 2013). En la población de personas adultas mayores el analfabetismo es de 24.6% (Narro y Moctezuma, 2012). El 30.5% tiene un trabajo informal, mientras casi 80% presenta alguna condición de pobreza¹ y vulnerabilidad. Este grupo etario,

¹ La población en pobreza es aquella que tiene al menos una carencia social y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades →

22.3% carece de servicios básicos y habita en viviendas construidas con materiales precarios y, 21.4%, no tiene acceso a comida. Un porcentaje bajo 18.7% recibe pensiones, 26.3% no tiene seguridad social y 15.7% no tiene acceso a algún servicio de salud (CONAPO, 2013).

Los factores genéticos y biológicos, las alteraciones en la movilidad, las enfermedades crónicas y los trastornos mentales y del comportamiento pueden causar aislamiento (PAHO, 2012) y una mayor necesidad de permanecer en el hogar. Sin embargo, hoy por hoy, los ancianos cuentan con menor apoyo familiar en cuidados y compañía, debido a cambios en la estructura familiar que se presentan en las sociedades latinoamericanas (Ruelas, 2014).

El conjunto de estos factores (demográficos, sociales, económicos y de salud) pueden caracterizar a un gran número de personas adultas mayores, como en estado de vulnerabilidad. Es decir, viven en una situación riesgosa definida por circunstancias específicas que pueden ser de distinta índole como: vivir solos, tener co-morbilidad y pobreza, entre otros (Caro, 2003). Así, están expuestos a otras situaciones como es la violencia que se puede presentar en el hogar, el lugar que representa el ámbito protector de refugio y esperanza para recibir auxilio, compañía, asistencia y cariño.

La violencia se define como “el uso intencional de la fuerza o poder físico, de hecho, o como amenaza contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OPS, 2003). Así, se podrá decir que la violencia es una agresividad alterada, principalmente por la acción de factores socioculturales, es intencional y dañina (Bourdieu, 1998). La agresividad es una conducta innata que se despliega de manera automática ante determinados estímulos y cesa con la presencia de inhibidores específicos (Iborra, 2011).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) la violencia se subdivide en interpersonal familiar o de pareja e interpersonal de la comunidad. La violencia interpersonal de la comunidad, se subdivide

alimentarias y no alimentarias. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010 (MCSENIH).

en violencia por extraños y por conocidos (OMS, Informe mundial sobre la violencia y la salud, 2003). La violencia interpersonal familiar, a su vez se subdivide en violencia contra las personas adultas mayores, la cual se puede producir por familiares o por la pareja y principalmente ocurre en el hogar o en lugares de cuidados hacia la persona mayor. Este tipo de violencia ha sido definida por la OMS en su Declaración de Toronto como: “La acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana”, (OMS, 2002). Así la violencia se puede clasificar según el tipo de acción, tipo de daño, tipo de agresor, tipo de víctima y el contexto (Ruelas, 2009).

El maltrato es una manifestación de la violencia social y familiar y es necesario destacar que el anciano maltratado es víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro generalizado de su calidad de vida.

Organismos internacionales y regionales de Derechos Humanos y agencias de las Naciones Unidas, establecen que las personas adultas mayores se encuentran en particular condición de riesgo, impotencia, abandono, discriminación y explotación por instituciones de cuidado de largo plazo, psiquiátricas, centros de salud, trabajo y en el caso de interés, en el seno familiar.

En México, en 2014, la mortalidad por violencia en personas adultas mayores fue del 8% con respecto del total de defunciones (SSA, 2015). Un estudio en cuatro estados encontró 16% de violencia familiar por autorreporte de personas mayores (Ruelas y Salgado, 2009). De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 (ENDIREH, 2011) de las mujeres mayores unidas y exunidas, 45% declaró haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja o ex pareja (a lo largo de su vida), (INEGI, 2013). Asimismo los datos de la ENDIREH 2011 muestran que 18% de las mujeres mayores declararon haber padecido agresiones por parte de otros familiares distintos a su pareja o ex pareja; en estos casos, los principales agresores resultan ser los hijos (43.3%) e hijas (37.3%), (INEGI, 2014).

Las investigaciones realizadas sobre el tema, han demostrado que las condiciones de vulnerabilidad en que viven gran parte de las personas adultas mayores, los hacen proclives a recibir violencia y en especial en el grupo de mujeres adultas mayores (Vargas, *et al.*, 2011).

Este contexto y condiciones, determinan que la violencia sea un problema social y se hace indispensable conocer la magnitud de dicha violencia en los hogares de las personas adultas mayores para visibilizar y apoyar las políticas públicas e intervenciones que, desde el ámbito de la salud pública, sirvan para prevenirla y mitigar sus efectos en la salud y bienestar de este grupo etario que vive en México.

Metodología

Para identificar la magnitud del problema, se realizó un análisis secundario de datos con información proveniente de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012). Esta es una encuesta probabilística, con diseño de muestra polietápico y estratificado para obtener una muestra representativa de la población a escala nacional y estatal, y para estratos urbano y rural. Se obtuvo información de 50,528 hogares, con una muestra de adultos de 20 años y más por 46,303. La tasa de respuesta en la encuesta completa fue de 87%.

Del total de respondientes a la encuesta de adultos, se incluyó un total de 8,892 personas adultas mayores de 60 años de edad y más, que representan a 10'747,490 personas adultas mayores que tuvieron respuesta a la pregunta ¿Sufrió algún daño a su salud por robo, agresión o violencia en los últimos 12 meses? En la respuesta positiva a esta pregunta se consideraron dos tipos, la violencia ocasionada por personas desconocidas y la violencia ocasionada por familiares.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, vivir con cinco o más personas en la misma casa, condición de jefe de familia, escolaridad, tener pareja, presencia de alguna enfermedad crónica, depresión, deterioro cognitivo, tener al menos una limitación en las actividades de la vida diaria, tener al menos una limitación en las actividades instrumentales de la vida

diaria, baja autoestima y pérdida de poder en la familia (no se le toma en cuenta para decisiones importantes o del gasto en el hogar).

Otras variables analizadas: se dividió el país por regiones: Norte (Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas), Centro Occidente (Aguascalientes, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí, Zacatecas), Centro (Ciudad de México, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Puebla, Querétaro, Tlaxcala) y Sur-Sureste (Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz, Yucatán). Se utilizó la clasificación del nivel socioeconómica (NSE) de los hogares de la ENSANUT (Gutiérrez, 2013) de acuerdo con los deciles de ingreso previamente definidos en la base de datos, que correspondieron a: bajo (deciles 1 y 2), medio (deciles 3 a 6) y alto (deciles 7 a 10).

Análisis estadístico

Se realizó el análisis descriptivo de las variables con intervalos de confianza de 95%, considerando el diseño de muestreo utilizado en las encuestas para obtener estimaciones no sesgadas. Para calcular la varianza, los estratos con una sola unidad de muestreo se centraron en la media global. Los tamaños de muestra se modificaron de acuerdo con la variable de análisis. Para el análisis de las variables de interés, en la población de adultos mayores hombres o mujeres se utilizó el algoritmo con la opción “subpop” (factor de expansión calculado en el muestreo de la encuesta nacional), con lo que se valoró la generalización de los resultados para la muestra estudiada de casi nueve mil personas como representativas de más de 10 millones de personas mayores de 60 años, para las variables de interés, tanto para hombres como para mujeres (ENSANUT, 2012). El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico STATA versión 13.0 (*Stata, StataCorp, CollegeStation, TX*).

El análisis de los factores asociados con la violencia se realizó mediante evaluación de asociación con prueba *ji* cuadrada o Prueba exacta de *Fisher*, estimación de razones de momios en el análisis bivariado. La variable de

respuesta fue violencia (binario sí, no) y las variables independientes fueron las ya descritas, además del nivel socioeconómico y regiones del país de acuerdo con los criterios definidos en los documentos metodológicos de la Encuesta (ENSANUT, 2012).

Resultados

Se analizaron los datos de un total de 8,894 personas adultas mayores, 4,042 hombres (46%) y 4,852 mujeres (54%), con edad promedio de 70.6 años. Del total de personas mayores que autorreportaron violencia, padecían al menos una enfermedad crónica 56.5% hombres y 59.9% mujeres; depresión 10.4% hombres y 41.6% mujeres; dependencia funcional 25.9% hombres y 30.7% mujeres; deterioro cognitivo 18.3% hombres y 13.7% mujeres.

Las variables relacionadas con el estado de salud de la persona adulta mayor, no resultaron significativas.

La prevalencia de violencia encontrada fue de 1.7% (1.2% a 2.2%), sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres 1.7% (IC 95% 1.1 a 2.6) y mujeres 1.7% (IC 95% 1.0 a 2.7).

El hogar fue el lugar donde ocurrieron la mayoría de casos de violencia, 37.6% (IC 95% 26.3 a 50.4), seguido por 31.5% (IC 95% 20.3 a 45.3) en la vía pública. Los resultados señalan que las mujeres fueron violentadas con mayor frecuencia en el hogar 40.0% (IC 95% 26.0 a 55.7), comparado con los hombres 34.7% (IC 95% 18.0 a 56.2). En el caso de los hombres, 42.4% (IC 95% 17.1 a 52.7) sufre mayor violencia en la vía pública que las mujeres 30.7% (IC 95% 16.2 a 50.3) (Tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia del lugar donde ocurrió la violencia en las personas adultas mayores por sexo

Lugar donde ocurre la violencia/agresión	Hombres	Mujeres	Total
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Hogar	34.7 (18.0-56.2)	40.0 (26.0-55.7)	37.6 (26.3-50.4)
Vía Pública	42.4 (17.1-52.7)	30.7 (16.2-50.3)	31.5 (20.3-45.3)
Transporte	26.4 (7.5-61.5)	14.8 (3.7-44.4)	20.1 (7.8-42.7)
Trabajo	5.1 (1.6-14.7)	12.1 (2.3-44.5)	8.9 (2.5-27.5)
Campo	1.4 (0.4-5.0)	0.3 (0.03-1.8)	0.8 (0.3-2.3)
Otro	0.0	2.2 (0.5-9.4)	1.2 (0.3-5.2)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSANUT 2012.

Del total de personas que habían respondido positivamente a la pregunta, el 95.7% (IC 95% 91.7 a 99.6) sufrió algún robo, agresión o violencia por personas desconocidas, mostrando una proporción significativamente mayor ($p < 0.05$) en hombres 99.4% (IC 95% 97.4 a 99.9%), que en mujeres 92.6% (IC 95% 81.3 a 97.3%). Además, 4.3% (IC 95% 0.4 a 8.3) de los adultos mayores, sufrió algún robo, agresión o violencia por algún miembro de la familia, mostrando una proporción mayor en mujeres 7.4% (IC 95% 2.7 a 18.7%) que en hombres 0.6% (IC 95% 0.1 a 2.6%).

Por tipos de agresión y sexo hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (Tabla 2). En más de 60% predominaron las agresiones verbales para ambos sexos. Sin embargo, en los hombres, más de una tercera parte reportó golpes, patadas, puñetazos, mientras que 18.7% de las mujeres reportó otras agresiones o maltrato.

Tabla 2. Prevalencia de tipos de agresión o violencia en los adultos mayores por sexo, *p<0.05

Tipo de agresión o violencia	Hombres %	Mujeres IC 95%	Todos
Agresiones verbales	61.2 (41.9-78.2)	64.3 (44.1-88.4)	62.9 (48.7-75.1)
Golpes, patadas, puñetazos	32.3 (16.4-56.7)	9.8 (4.3-20.6)	20.1 (11.7-32.3)*
Otras agresiones o maltrato	1.2 (0.3-4.6)	18.7 (7.4-39.8)	10.6 (4.4-23.4)*
Empujón desde lugar elevado	1.8 (0.3-9.2)	2.1 (0.6-7.7)	2.0 (0.7-5.3)
Agresiones con sustancias	2.0 (0.3-13.4)	0.0-	0.9 (0.1-6.4)
Sofocación, estrangulamiento, ahogamiento	1.5 (0.2-10.1)	0.3 (0.004-2.4)	0.9 (0.2-4.3)
Herida por arma punzocortante (cuchillos, navajas, etc.)	0.1 (0.008-1.0)	1.4 (0.2-9.2)	0.8 (0.1-4.8)
Agresión sexual	-	1.5 (0.3-7.2)	0.8 (0.2-3.9)
Otro	18.3 (8.3-35.7)	8.5 (3.8-17.7)	13.0 (7.4-21.9)
NS/NR	1.0 (0.2-7.0)	1.3 (0.2-8.9)	1.2 (0.3-4.7)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSANUT 2012.

Sobre la atención que reciben posterior a una agresión: 61.5% (IC 95% 48.0 a 75.4) es atendido por algún familiar o amigo o vecino; 26.1% (IC 95% 14.7 a 37.6) se atendió por un quiropráctico; sólo 0.6% (IC 95% -0.6 a 1.7) es atendido por algún médico.

En el análisis bivariado para hombres (Tabla 3), los factores asociados con violencia fueron la edad, la escolaridad y el nivel socioeconómico. Casi 60% de los adultos mayores que tienen entre 60 a 65 años de edad fueron objeto de violencia y tienen 5 veces más posibilidades de sufrirla (OR 5.7, IC 95% 1.8 a 17.8), en comparación con los de 75 años y más; de aquellos quienes sufren violencia, más de 50% han estudiado al menos la secundaria y tienen tres veces más posibilidades de sufrirla

(OR 3.6, IC 95% 1.5 a 8.7), en comparación con los de menor escolaridad; el 62.1% pertenece a un nivel socioeconómico alto, con dos veces más posibilidades de sufrir violencia (OR 2.9, IC 95% 1.1 a 7.3), en comparación con los del NSE bajo.

Tabla 3. Factores asociados a la presencia de violencia en personas mayores por sexo. Análisis bivariado

	Hombres			Mujeres		
	% (IC 95%)	ORc (IC 95%)	Valor de p	% (IC 95%)	ORc (IC 95%)	Valor de p
Edad						
<65 años	58.1 (37.8-76.0)	5.7 (1.8-17.8)	0.003	37.7 (18.8-61.3)	1.8 (0.6-4.7)	0.26
65-74 años	31.8 (16.5-50.5)	2.2 (0.8-6.1)	0.13	41.1 (23.1-61.8)	1.4 (0.6-3.1)	0.40
75 y más	10.0 (3.8-23.8)	1.0		21.2 (11.5-35.8)	1.0	
Vive con 5 y más personas	35.5 (19.4-55.6)	1.0 (0.4-2.4)	0.92	31.9 (15.1-55.4)	1.0 (0.4-2.6)	0.95
No ser jefe de familia	8.8 (2.9-24.1)	0.7 (0.2-2.2)	0.49	71.0 (56.1-82.5)	1.8 (0.9-3.4)	0.09
Escolaridad						
Secundaria y más	53.3 (32.6-73.0)	3.6 (1.5-8.7)	0.003	14.5 (7.4-26.8)	0.9 (0.4-1.8)	0.69
Tiene pareja	84.8 (69.5-93.2)	1.7 (0.7-4.3)	0.23	51.4 (34.6-68.0)	1.2 (0.6-2.5)	0.57
Región						
Norte	19.5 (9.2-36.7)	1.0		9.1 (4.2-18.5)	1.0	
Norte-occidente	20.4 (9.9-37.5)	0.8 (0.3-2.2)	0.69	28.2 (13.9-48.9)	2.6 (0.97-7.1)	0.06
Centro	40.0 (19.2-65.1)	1.2 (0.4-4.1)	0.73	43.6 (24.1-65.3)	2.7 (0.95-7.5)	0.06
Sur-sureste	20.2 (9.2-38.7)	0.8 (0.3-2.2)	0.69	19.1 (4.2-18.5)	1.8 (0.6-5.3)	0.25

En el análisis bivariado para las mujeres (Tabla 3), cerca del 42% de quienes reportaron violencia también tienen depresión y se incrementa la posibilidad de sufrir violencia a tres veces más (OR 3.3, IC 95% 1.5 a 7.0), comparadas con quienes no tienen depresión.

	Hombres		Mujeres		Valor de p
	% (IC 95%)	ORc (IC 95%)	% (IC 95%)	ORc (IC 95%)	
Nivel socioeconómico					
Bajo	16.6 (7.7-32.2)	1.0	14.6 (7.0-28.1)	0.5 (0.2-1.3)	0.17
Medio	21.2 (10.6-38.1)	1.2 (0.5-2.9)	45.8 (27.9-64.9)	1.0	
Alto	62.1 (42.2-78.7)	2.9 (1.1-7.3)	39.6 (23.2-58.7)	1.1 (0.5-2.5)	0.88
Enfermedad crónica	56.5 (34.0-76.6)	1.4 (0.6-3.6)	59.9 (41.1-76.2)	1.0 (0.4-2.1)	0.94
Depresión	10.4 (2.2-37.9)	1.5 (0.3-8.1)	41.6 (25.3-60.0)	3.3 (1.5-7.0)	0.003
Dependencia funcional	25.9 (13.4-44.0)	0.4 (0.2-1.0)	30.7 (16.4-49.9)	0.9 (0.4-2.0)	0.74
Deterioro cognitivo	18.3 (8.1-36.4)	1.0 (0.4-2.5)	13.7 (6.7-25.9)	0.2 (0.2-1.1)	0.08
Baja autoestima	0.0	1.0	7.0 (2.4-18.4)	0.9 (0.3-2.7)	0.81
Insatisfacción con la vida	2.7 (0.4-14.7)	1.0 (0.2-6.4)	1.2 (0.2-8.3)	0.4 (0.05-2.9)	0.35
Pérdida de poder en el hogar	6.0 (1.8-17.8)	0.6 (0.2-2.1)	25.8 (9.7-53.1)	2.1 (0.6-6.9)	0.23
No aporte económico	6.9 (2.3-18.9)	0.7 (0.2-2.2)	21.3 (9.0-42.5)	0.5 (0.2-1.3)	0.14

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENSANUT 2012

Discusión

Cabe destacar que la violencia interpersonal más reconocida a nivel social y que desafortunadamente va en incremento, es la que se asocia a las riñas callejeras, asaltos o robos y agresiones que ocurren en los espacios públicos. Sin embargo, es necesario visibilizar la violencia que ocurre en el contexto donde viven los adultos mayores, principalmente en los hogares y no sólo la que ocurre en las instituciones que los atienden, sean éstas de salud, legales, de servicios sociales o alimentarios.

Este estudio reporta la mayor prevalencia de violencia contra adultos mayores en el hogar, dicha violencia es ocasionada por personas desconocidas y por familiares. Estos resultados son importantes porque es un reporte a nivel nacional y devela una doble violencia en los hogares en donde residen las personas adultas mayores. Los resultados de la Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana señalan que las tres conductas delictivas o antisociales de mayor frecuencia que la población mayor de 18 años ha escuchado u observado en los alrededores de su vivienda, en los últimos tres meses fueron: el consumo de alcohol en las calles (69.8%), robos o asaltos (67.1%) y vandalismo (55.9%), (INEGI, 2016). Es preciso conocer qué está pasando en los hogares de este grupo poblacional y generar programas de concientización en la familia y en toda la sociedad.

Los efectos de la violencia sobre la salud pueden prolongarse más allá del suceso inicial y ocasionar discapacidad permanente como lesiones medulares o cerebrales, además de las lesiones físicas directas (OPS y OMS, 2002). Aunque en este estudio no resultaron estadísticamente significativas las relaciones de los padecimientos reportados con la violencia, estos elementos pueden definir su condición de vulnerabilidad para la violencia en el lugar donde pasan la mayor parte de su tiempo las personas adultas mayores.

La violencia es multifactorial y entre otros aspectos, los adultos mayores no siempre tienen las habilidades o capacidades para influir o modificar situaciones o conductas riesgosas. De acuerdo con la Teoría de la vulnerabilidad física, se predice que el miedo a la delincuencia será más alto entre aquellos individuos con menor capacidad física para defenderse

de un ataque, siendo una de las poblaciones más afectadas las personas mayores (Bergman y Whitehead, 2009).

Es necesario profundizar en el conocimiento y comprender de manera integral las capacidades de las personas adultas mayores para hacer frente a las situaciones riesgosas, así como profundizar en el conocimiento sobre la doble violencia, es decir; aquella ejercida por personas desconocidas y la ejercida por familiares, pero que se manifiesta en el hogar donde se desarrolla la vida de este grupo poblacional. Todo lo cual permitirá generar políticas y programas de intervención que modifiquen o subsanen este problema social.

El robo, agresión o violencia que se reporta, es ocasionada en mayor proporción por desconocidos, pero también se reporta, en menor proporción, la ocasionada por familiares. Esto puede deberse a que las personas adultas mayores normalmente no reportan la violencia de que son objeto por la familia, debido a los aspectos culturales o tabúes que implica decirlo en público como es la vergüenza, desprestigio o temor, entre otros.

En nuestra cultura los llamados secretos de familia son frecuentes para encubrir actos desagradables que suceden desde generaciones pasadas, una reacción de añoranza de la imagen de la familia perfecta es la tendencia a negar u ocultar la evidencia de que las familias no siempre son así.

La negación de la violencia cometida por familiares, conlleva un doble castigo para las víctimas de las agresiones, dado que se ven obligados a esconder sus problemas y a culparse a sí mismas. También esta negación causa sufrimiento en los agresores, porque desde el aislamiento y el sentimiento de que su caso es único, se hace difícil que pidan la ayuda que necesitan (Martínez, 2001).

De hecho, parte de esta invisibilización, se observa en este estudio, ya que la mayoría de las agresiones fueron atendidas por familiares o amigos o vecinos y tan solo el 0.6% fue atendido por un médico. La no utilización de los servicios de salud en los casos de violencia puede deberse a que la repercusión de la agresión no se consideró grave, pero también puede deberse al ocultamiento de la información. Paradójicamente, se ha establecido que las víctimas de violencia familiar utilizan más los servicios de salud debido a que padecen mayores problemas de salud, generan más

costos de atención sanitaria y acuden con mayor frecuencia a los servicios hospitalarios que las personas que no padecen violencia (ONU, 2006). Esto hace necesario reforzar e incrementar los programas de visibilización de la violencia, trabajando de forma multisectorial con la sociedad y en especial con las personas adultas mayores.

Otro aspecto que destaca en este estudio es la violencia por género. Los roles de género asignados por la sociedad y que enmarcan la mayoría de las actividades de hombre y mujer, se presentan también en la violencia. La mayoría de casos de violencia contra la mujer, ocurrió en el hogar, con mayor incidencia por parte de la familia y la mayoría del tipo de violencia psicológico, lo cual se puede explicar porque la mujer pasa más tiempo en su casa.

Para el hombre, la violencia se presentó más en la vía pública, con mayor agresión por parte de extraños y más violencia física, lo cual puede deberse a que el hombre pasa más tiempo fuera del hogar y tienen mayores actitudes de riesgo.

Los resultados del análisis bivariado establecen diferencias por sexo, para los hombres los factores asociados con violencia fueron la edad, la escolaridad y el nivel socioeconómico. Estudios de Cuba concuerdan con estos resultados, estableciendo que las personas de 60 a 69 años tienen mayor probabilidad de ser víctimas de violencia psicológica y social (Campillo-Motilva, 2002), asimismo, estudios latinos señalan que los hombres con mayor nivel de instrucción y nivel socioeconómico alto, resultan con mayor proporción de violencia, debido al mayor empoderamiento que da la educación y el ingreso para denunciar la violencia (Cooper, *et al.*, 2008).

Para las mujeres, el factor más frecuentemente asociado con la violencia fue la depresión. Se ha establecido que la depresión es un factor de riesgo que hace propenso al adulto mayor para enfrentar circunstancias adversas como es violencia. Por otra parte, y de acuerdo con estudios de la Organización Mundial de la Salud, las víctimas de la violencia corren mayor riesgo de sufrir problemas psíquicos y de comportamiento de muy diversa índole, como la depresión, ansiedad y comportamiento suicida (Dyer, *et al.*, 2000). Así, se puede expresar que la depresión es un factor

de riesgo para la violencia, pero también es un indicador del resultado de una violencia ejercida.

Dada su representatividad nacional, este estudio muestra un avance en la identificación de la magnitud de este fenómeno hasta hoy desconocida, teniendo en cuenta que los estudios existentes son del ámbito regional o local. Sin embargo, se tienen limitaciones provenientes de una encuesta, como el posible subregistro de la violencia ejercida por algún miembro de la familia (Narro y Moctezuma, 2012; Cooper, *et al.*, 2008).

Por otra parte, el estudio es transversal y puede haber confusión residual por variables no estudiadas, debido a que en la encuesta se utilizó un cuestionario general, no específico, para detectar violencia en las personas mayores.

El hogar, baluarte en otros tiempos del ámbito protector de las personas adultas mayores, ahora es un espacio comprometido al engendrar y albergar una doble violencia: la infligida por desconocidos y la ocasionada por miembros de la familia.

La complejidad del problema y los vacíos de información ameritan otros estudios que exploren con diferentes metodologías, los contextos desde el punto de vista sociocultural, económico y la posición del sistema de salud hacia las personas adultas mayores, con enfoque de género, en el ámbito nacional y regional, tomando en cuenta los acuerdos nacionales e internacionales para reducir la victimización de las personas adultas mayores y garantizar sus derechos y su dignidad (Gutiérrez-Robledo, 2006).

La violencia contra las personas adultas mayores puede ser prevenida y detectarse en tiempo, pero es necesaria la participación de todos los sectores de la sociedad para poder disminuir y erradicar este problema de violencia que afecta a las personas adultas mayores.

En este trabajo se encuentra una doble violencia en el hogar que se ejerce por desconocidos y por la propia familia. Referirse a la violencia de una persona adulta mayor en el hogar cuesta trabajo, ya que es el ámbito de refugio, esperanza, apoyo, asistencia y cariño. Es necesario reflexionar sobre lo que está pasando en los ambientes donde se desenvuelven las personas adultas mayores y hacer un llamado a su dignificación, en una sociedad de consumismo, capitalismo y competitividad.

Bibliografía

- Bergman, M. y L. Whitehead. (2009) "Introduction: Criminality and Citizen Security in Latin America". En Marcelo Bergman y Laurence Whitehead (cords.). *Criminality, Public Security, and the Challenge to Democracy in Latin America*. Indiana. Notre Dame University.
- Bourdieu, P. (1998) *La dominación masculina*. Barcelona, Anagrama.
- Campillo-Motilva, R. (2002) "Violencia con el anciano". *Rev Cubana Med Gen Integr*[revista en la Internet]. 18(4), pp. 293-295. Consultado en línea: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252002000400015&lng=es.
- Caro, E. (2003) Desarrollo Institucional de la Vida Pública A. C, México. "La vulnerabilidad social como enfoque de análisis de la política de asistencia social para la población adulta mayor en México". *Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social*, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile 14 al 18 de julio de 2003.
- Cooper C.; A. Selwood y G. Livingston. (2008) "National Elder Abuse Incidence Study". 1998. Washington, DC: National Center on Elder Abuse. *Age and Ageing*; 37: 151-60.
- Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. (2002) Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- Dyer, C. B.; V. N. Pavlik; K. P. Murphy y D. J. Hyman. (2000) "The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect". *Journal of the American Geriatrics Society*. 48(2):205-208.

- Gutiérrez, J. P. (2013) “Clasificación socioeconómica de los hogares en la ENSANUT 2012”. México, Salud Pública, 55supl 2:S341-S346.
- Gutiérrez-Robledo, L.M. (2006) “Violencia y abuso contra las personas mayores” En: Informe Nacional sobre Violencia y Salud. Capítulo IV. Secretaría de Salud. México, DF: SSA. Consultado en línea: http://www.undp.org.mx/IMG/pdf/Informe_Nal_Salud.pdf.
- INEGI. (2013) Panorama de violencia contra las mujeres en Estados Unidos Mexicanos: ENDIREH 2011. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH, 2011, Aguascalientes, México.
- INEGI. (2014) “Estadística a propósito del día internacional de las personas de edad”, Aguascalientes, México.
- INEGI. (2016) Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana. Aguascalientes, México.
- Juárez-Ramírez C; M. Márquez-Serrano; N. Salgado de Snyder, B. E. Pelcastre-Villafuerte; M.G. Ruelas-González y H. Reyes-Morales. (2014) “La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes”. *RevPanam Salud Pública.*; 35(4):284–90.
- Martínez, M. A. (2001) “El maltrato a personas mayores y su regulación en la Legislación Española”, en A. Martínez Maroto (comp.), *Gerontología y Derecho aspectos jurídicos y personas mayores*. Madrid, España, Médica Panamericana. (pp. 361-365).
- CONAPO. (2013) “La situación demográfica de México, 2013”. Consultado en línea: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Publicacion_Completa_La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2013 [consultado el 10 de marzo de 2016].

- Minsal. (2014) “Programa nacional de salud de las personas adultas mayores MINSAL”. *Minsal*, 239. Chile. Ministerio de Salud. Consultado en línea: <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- Narro R. J. y D. Moctezuma. (2012) “Analfabetismo en México: Una deuda social”. *Real Datos Espacio*. 2012;3(3):5–17. Consultado en línea: http://www.inegi.org.mx/eventos/2013/RDE_07/Doctos/RDE_07_Art1.pdf [Consultado el 10 de marzo de 2016].
- ONU. (2006) “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”. [Disponible en: <http://www.conadis.salud.gob.mx/>].
- OPS. (2003) Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- OPS y OMS. (2002) “Informe Mundial sobre la Violencia”, resumen [en línea], Disponible en: www.who.int, Directory: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summay_es.pdf.
- OPS. (2012) “Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente”. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:diamundial-de-la-salud-mental-la-depresion-es-el-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es [consultado el 2 de junio de 2016].
- Romero, M. M.; T. Shamah; A. Franco, S. Villalpando; L. Cuevas; J. P. Gutiérrez y J. A. (2013) “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: diseño y cobertura”. *Salud Pública Mex.* 55 (Sup. 2): S332-S340. Cuernavaca. Instituto Nacional de Salud Pública.

- Ruelas, G.; M.B. Duarte Gómez; N. Salgado de Snyder; L. Robles y J. Scott. (2007) *Atención a la salud de grupos vulnerables. Hacia una síntesis de la literatura*. Resumen Ejecutivo. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Ruelas, G.; B. Pelcastre y T. González. (2012) “Percepción de médicos de consulta externa respecto al maltrato en el adulto mayor”. En: L. Reyes y S. Villasana, (eds.) *Gerontología Social, Estudios de Argentina, España y México*. San Cristobal de las Casas, México, Universidad Autónoma de Chiapas.
- Ruelas G. y N. Salgado de Snyder. (2009) “Factores asociados con el autoreporte de maltrato en adultos mayores de México”. *Revista Chilena de Salud Pública*. Santiago de Chile. Universidad de Chile. Vol 13 (2): 90-99.
- Secretaría de Salud. (2015) “Estadísticas de Violencia y Salud. México”, México. SSA 2015 <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mvio20&s=est&c=22662>, México.
- Vargas, E.; C. Velázquez; L. Galicia; E. Villarreal y L. Martínez. (2011) “Tipo de violencia familiar que recibe el adulto mayor”. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim112b.pdf> [consultado el 27 de junio 2016].



VI. Condiciones de vida y vulnerabilidad de la población adulta mayor en municipios de Chiapas con muy alta marginación

Susana Villasana Benítez
Laureano Reyes Gómez

93

Bienestar y Vulnerabilidad

Condiciones que un individuo requiere para una vida digna

Al explicar los métodos cuantitativos para medir la pobreza y al diferenciar la Línea de Pobreza¹ como un método unidireccional en contraposición a los métodos multidimensionales, González, *et al.* (2006: 121) advierten que: “el método multidimensional intenta tomar las seis fuentes de bienestar de los hogares: ingreso corriente, activos no básicos, activos básicos, acceso a bienes y servicios gratuitos, conocimientos y tiempo libre”.

Haciendo posible generar los índices de bienestar y dar cuenta de esos indicadores que conforman las fuentes de bienestar, a la letra dice:

... la satisfacción de las necesidades básicas de una persona o de un hogar depende de las siguientes fuentes de bienestar: a) el ingreso corriente, b) los derechos de acceso a servicios y bienes gubernamentales de carácter gratuito (o subsidiados), c) la propiedad o derechos de uso de activos que proporcionan servicios de consumo básico (patrimonio básico acumulado), d) los niveles educativos, las habilidades y destrezas, entendidos no como medios de obtención de ingresos, sino como expresiones de la capacidad de entender y hacer, e) el tiempo disponible para la educación, la recreación, el

¹ “De los métodos unidimensionales, el más común es la línea de pobreza (método directo), señalado de esta forma porque sólo toma en cuenta una parte de las seis fuentes de bienestar: el ingreso corriente. El método de LP consiste en comparar el ingreso o el consumo *per cápita* de un hogar con la denominada línea de pobreza. Los hogares con ingresos menores que la línea de pobreza se consideran pobres y por ende las personas que en ellos habitan” (González, *et al.*, 2006: 120).

descanso y las labores domésticas, f) los activos no básicos o la capacidad de endeudamiento del hogar (Boltvinik, 1994: 38, citado en González, *et al.*, 2006: 119).

En este sentido, se entiende por bienestar al conjunto de condiciones que un individuo, familia o población requiere para una vida digna. Al pensar el bienestar como la posibilidad de desempeñarse ante la vida con las capacidades adquiridas y el acceso a ciertos satisfactores para cubrir las necesidades básicas de una persona o grupo de población, se puede acercarse a indicadores que muestren las condiciones de vida de los sujetos. En el caso de los adultos mayores, el tener o no educación, acceso a recursos a través del trabajo, servicios de salud o tener una discapacidad o limitación para realizar actividades de la vida diaria, es una cuestión relevante que, al no atenderse, ubica al individuo en situación de vulnerabilidad.

Por su parte, Bayón y Mier y Terán, citando a varios autores, explican que la vulnerabilidad: “permite analizar las relaciones entre los recursos de los hogares y las estructuras de oportunidades –constituidas por el Estado, el mercado de trabajo, la familia y la comunidad– que posibilitan u obstruyen su efectiva movilización frente a diversas situaciones de riesgo” (2010: 9). En este sentido, la vulnerabilidad hace referencia a la inseguridad, la indefensión y la exposición a riesgos y *shocks* provocados por eventos socioeconómicos extremos y la disponibilidad de recursos y de estrategias desarrolladas por comunidades, hogares e individuos para hacer frente a situaciones de adversidad (2010: 11).

El concepto de vulnerabilidad permite dar cuenta de la incapacidad de una persona o de un hogar para aprovechar las oportunidades disponibles en distintos ámbitos socioeconómicos, para mejorar su situación de bienestar o impedir su deterioro. Los hogares y personas con poco capital humano, con escasos activos productivos, con carencias en el acceso a información y pocas habilidades sociales básicas, limitadas relaciones personales y con poca capacidad para manejar recursos, están en condiciones de vulnerabilidad al enfrentarse cotidianamente a un medio cuya presión los sobrepasa con exigencias continuas (Bayón y Mier y Terán, 2010: 11).

En cuanto a los adultos mayores en México, éstos conforman una población vulnerable principalmente en los casos de hogares jefaturados por mujeres mayores, viudas o que viven solas, también en hogares donde el deterioro físico del adulto mayor comienza a limitar las capacidades para el trabajo y en situaciones de dependencia de terceros, donde los precarios recursos se desvían en tratamientos médicos o no alcanzan para una sobrevivencia digna.

Chiapas. Sociedad diversa y con altos índices de marginación

Gran parte de la población en Chiapas mantiene condiciones de vida deterioradas que persisten y se observan en los diversos indicadores sociales, demográficos y económicos; así, por ejemplo, el índice de marginación, que desde 1990 ha sido calculado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en Chiapas alcanzó el índice de marginación más alto: 2.3605, en comparación con las demás entidades federativas de la México; el conjunto de los indicadores reveló que la entidad tenía un grado de marginación muy alto y, desde el 2000 hasta el 2015, decreció una posición ocupando el segundo lugar después de Guerrero.

Del total de municipios en Chiapas, la gran mayoría ha alcanzado con este indicador los grados de marginación muy alto y alto, y son escasos los municipios que han logrado grados de marginación bajo y muy bajo (véase tabla 1), entre ellos se encuentra el municipio con la capital del estado y otros donde hay ciertos polos de desarrollo en agroindustrias, turismo y petróleo; así, en 1990, los municipios: Arriaga, Reforma, San Cristóbal de Las Casas, Tapachula y Tuxtla Gutiérrez, marcaron un grado de marginación bajo. En 1995, el municipio Tuxtla Gutiérrez obtuvo un grado de marginación bajo.

En el 2000, el municipio San Cristóbal de Las Casas marcó un grado de marginación bajo y el municipio Tuxtla Gutiérrez el grado de marginación muy bajo; en ese año no se registraron datos del municipio Nicolás Ruiz,

y un acontecimiento importante fue la creación de nuevos municipios en la entidad, lo que incrementó el número de los mismos.

En el 2005, el municipio Reforma marcó un grado de marginación bajo y el municipio Tuxtla Gutiérrez el grado de marginación muy bajo. En el 2010, los municipios Reforma y Tuxtla Gutiérrez se mantuvieron con grados de marginación bajo y muy bajo, respectivamente. Por último, en el 2015, los municipios: Reforma, San Cristóbal de Las Casas y Tapachula marcaron un grado de marginación bajo, y el municipio Tuxtla Gutiérrez volvió a clasificarse con el grado de marginación muy bajo.

Tabla 1. Número de municipios en Chiapas según grado de marginación. 1990-2015

Año	Grado de marginación						Total
	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	No dato	
1990	38	56	12	5			111
1995	39	31	40	1			111
2000	44	65	6	1	1	1	118
2005	47	64	5	1	1		118
2010	48	39	29	1	1		118
2015	34	69	11	3	1		118

Fuente: CONAPO, 2015, Base Índice de marginación municipal 90-15. Consulta 12 de mayo de 2016 en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Datos_Abiertos_del_Indice_de_Marginacion

Los demás municipios de Chiapas han tenido variaciones en cuanto al grado de marginación municipal que oscilan de muy alto, alto y medio, sin embargo son 26 los municipios que en cada registro han mantenido un grado de marginación muy alto sin observar mejora en las características que sintetizan el índice, en cuanto a la disminución del porcentaje de población de 15 años o más analfabeta, sin primaria completa, de ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado, sin energía eléctrica, sin

agua entubada y con piso de tierra, viviendas con algún nivel de hacinamiento, de población en localidades con menos de 5,000 habitantes y población ocupada con ingresos hasta dos salarios mínimos (CONAPO, 2015). En Chiapas se puede identificar *grosso modo* dos grandes grupos de población: la indígena y la no indígena, esta última representada por la población que no habla lengua indígena y, la primera, por diversos grupos etnolingüísticos que hablan alguna lengua originaria y en cuyos hogares alguno de los miembros (jefe, cónyuge o ascendente) habla la lengua.

Con base en los indicadores sociodemográficos de la población total e indígena de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas (véase tabla 2), en el 2010, había en la entidad más de cuatro millones de habitantes de los cuales 1.5 millones era indígena, lo que corresponde al 31.5% de la población total en Chiapas de ese año (CDI, 2011), y en el 2015 la población fue de más de 5 millones de los cuales 1.7 millones era indígena, cuyo peso porcentual fue de 32.7%, representando cerca de una tercera parte de la población total (CDI, 2016). Asimismo, en el 2010, el 4.9% de la población total en la entidad era adulto mayor de 65 años y más. En cuanto a la población indígena que habita en hogares donde el jefe de hogar, cónyuge o ascendente habla lengua indígena, los adultos mayores representaron el 3.8%, porcentaje menor al referido a la población total (CDI, 2011). En el 2015, los adultos mayores representaron en la entidad el 5.6% y los adultos mayores indígenas de 65 años y más representaron el 4.2% (CDI, 2016).

Tabla 2. Tipo de población en Chiapas. 2010-2015

Tipo de población	2010	%	2015	%
Población total	4,796,580	–	5,217,908	–
Población indígena	1,511,015	31.5	1,706,017	32.7
65 años y más	234,982	4.9	291,480	5.6
65 años y más indígena	57,066	3.8	71,241	4.2

98

Fuente: Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas, CDI 2011. *Indicadores sociodemográficos de la población total y la población indígena, 2010. Chiapas*, en línea consultado el 16/05/16: <http://www.cdi.gob.mx/cedulas/index.html>

Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas, CDI 2016. *Fichas de información básica de la población indígena, 2015*. Cuadro: Chiapas. Proporción de la población indígena municipal en hogares indígenas y por autoadscripción, consultado en línea el 01/07/16: <http://www.cdi.gob.mx/indicadores2015/#/38>

El índice de masculinidad del conjunto de adultos mayores de 65 años y más, en la población total fue de 98 hombres por cada cien mujeres a diferencia del número mayor de hombres en relación a las mujeres de ese grupo de edad en la población indígena que fue de 105 hombres por cada cien mujeres (INEGI, 2011).

Los 26 municipios de Chiapas con índice de marginación muy alto

En este contexto de diversidad y grado de marginación muy alto descrito en párrafos anteriores, la pregunta a plantearse es ¿cuáles son los 26 municipios de Chiapas que alcanzaron el índice de marginación muy alto en los diversos censos y conteos de población de 1990 a 2015? Estos municipios, según orden alfabético son:

Amatán, Amatenango del Valle, Chalchihuitán, Chamula, Chanal, Chenalhó, Chilón, Huitiupán, Maravilla Tenejapa, Las Margaritas, Mitontic, Ocoatepec, Oxchuc, Pantelhó, Pantepec, Sabanilla, Salto de Agua, San Andrés Duraznal, San Juan Cancuc, Santiago el Pinar, Simojovel, Sitalá, Tenejapa, Tila, Tumbalá y Zinacantán. Según indicadores de CONAPO, los 26 municipios están caracterizados con un grado de marginación

muy alto; la mayor concentración de población se ubica principalmente en la región Los Altos de Chiapas y las lenguas predominantes son tzeltal, tzotzil, ch'ol, tojolabal y zoque. Prácticamente en estos municipios los indicadores de marginación se superponen a las zonas indígenas, así se observa que en la mayoría de estos municipios tanto el porcentaje de personas que se autoadscribe como indígena y el porcentaje de personas que habla lengua indígena, es muy alto, en un rango de 40% a cerca de 100%, llama la atención el municipio de Amatlán, que, no obstante tener un bajo porcentaje de hablantes en lengua nativa, cerca del 40% se autoadscribe como indígena (véase tabla 3).

Tabla 3. Población total de 26 municipios de Chiapas con muy alto índice de marginación según porcentaje de población autoadscrita como indígena y hablante de lengua indígena. 2015

Municipio	Población total	Porcentaje de población que se autoadscribe como indígena	Porcentaje de población de 3 años y más que habla lengua indígena
Amatlán	19,348	39.78	19.10
Amatenango del Valle	9,913	96.30	76.35
Chalchihuitán	16,803	98.77	99.64
Chamula	87,332	98.87	99.49
Chanal	12,181	98.88	99.40
Chenalhó	39,648	98.10	98.57
Chilón	127,914	95.64	95.67
Huitiupán	23,172	70.84	51.53
Maravilla Tenejapa	12,945	71.84	46.00
Las Margaritas	122,821	64.82	41.90
Mitontic	11,906	97.64	99.58
Ocoatepec	12,508	98.86	97.44
Oxchuc	48,126	98.34	97.90

Municipio	Población total	Porcentaje de población que se autoadscribe como indígena	Porcentaje de población de 3 años y más que habla lengua indígena
Pantelhó	22,011	92.12	92.22
Pantepec	12,136	86.28	43.55
Sabanilla	26,921	93.14	77.62
Salto de Agua	63,446	88.61	84.45
San Andrés Duraznal	5,163	97.25	96.75
San Juan Cancuc	34,829	99.04	99.75
Santiago el Pinar	3,684	99.54	99.88
Simojovel	44,295	81.56	76.12
Sitalá	13,844	92.98	95.40
Tenejapa	43,593	99.16	99.22
Tila	77,554	97.25	95.11
Tumbalá	34,305	98.49	97.08
Zinacantán	41,112	98.25	99.02
Total	967,510	-	-

Fuente: INEGI. *Tabulados de la Encuesta Intercensal 2015*. Cuadro 05_ETNICIDAD_01_CHIS. Estimadores de la población de 3 años y más y su distribución porcentual según condición de habla indígena y condición de habla española por municipio y sexo.

INEGI. *Tabulados de la Encuesta Intercensal 2015*. Cuadro 05_ETNICIDAD_02_CHIS. Estimadores de la población total y su distribución porcentual según autoadscripción indígena por municipio y grandes grupos de edad.

Envejecimiento demográfico

En estudios anteriores se dio a conocer que la investigación social en México dedicada a los estudios de vejez, especialmente en sociedades rurales e indígenas, ha sido campo de interés de la antropología y la etnología, ya sea jugando el papel central en las investigaciones donde el viejo masculino forma parte activa en las instituciones sociales, o bien, jugando un rol

protagónico en las actividades de la vida diaria, como informante clave de la organización social comunitaria (Reyes y Villasana, 2010: 336).

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

Reconocer la vejez heterogénea permite identificar las formas de envejecer, según condición de género, cohortes etarios, economía, habilidades físicas y mentales; la posición económica, el estatus social, las redes de apoyo solidario y afectivo, los perfiles de salud, la condición de discapacidad y muchos otros factores que inciden o condicionan la forma de vivir la ancianidad.

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

Adultos mayores en el 2010 y 2015.

En Chiapas los adultos de 65 años y más, sumaron, en el 2010, un total 234,982 (49.6% hombres y 50.4% mujeres), en el 2015, un total de 291,480 (49.3% hombres y 50.7% mujeres). El índice de masculinidad en la entidad fue de 98 hombres por cada 100 mujeres en el 2010, y 97 hombres por cada 100 mujeres en el 2015. Se observa un aumento porcentual en este grupo de edad, durante el quinquenio 2010-2015, de 4.9% a 5.6%. En el 2010, los adultos mayores de los 26 municipios con grado de marginación muy alto, sumaron 32,619 personas representaron el 3.7% y, en el 2015, el porcentaje fue de 4.1%, observándose un aumento de adultos mayores de 0.4 puntos porcentuales. En cuanto

al índice de masculinidad, en el 2010 se registraron más hombres que mujeres y, en el 2015, hubo una disminución de 99 hombres por cada cien mujeres (véase tabla 4).

Tabla 4. Población total y de 65 años y más en Chiapas y 26 municipios con grado de marginación muy alto. 2010-2015

	Población total	Población de 65 años y más	Porcentaje de adultos mayores	Índice de Masculinidad
Chiapas 2010	4,796,580	234,982	4.9	98
Chiapas 2015	5,217,908	291,480	5.6	97
26 municipios 2010	874,492	32,619	3.7	102
26 municipios 2015	967,510	39,672	4.1	99

Fuente: INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico*. Cuadro 01_02B_MUNICIPAL_07. Población total por entidad federativa, sexo y grupos quinquenales de edad según tamaño de localidad.

INEGI. *Tabulados de la Encuesta Intercensal 2015*. Cuadro 01_POBLACION_02_CHIS. Estimadores de la población total en viviendas particulares habitadas por municipio y grupos quinquenales de edad según sexo.

Condiciones de vulnerabilidad

Condición de habla indígena

En México, donde predomina el uso del castellano como lengua oficial, hablar una lengua indígena se convierte en un elemento de vulnerabilidad cuando se intenta algún evento comunicativo, y se agrava en esas regiones muy marginadas. Como se advirtió en párrafos anteriores, la población en Chiapas es étnicamente diversa, en el 2010 el 27.3% de la población total hablaba alguna lengua indígena y, en el conjunto de los 26 municipios con grado de marginación muy alto, los adultos de 65 años y más registraron el 87.8% de hablantes de lengua indígena (véase tabla 5).

Tabla 5. Porcentaje de la condición de habla indígena en población total y de 65 años y más. Chiapas, 2010

Condición de habla indígena	Chiapas	65 años y más	26 municipios	65 años y más en los 26 municipios
Habla lengua indígena	27.3	23.4	85.0	87.8
No habla lengua indígena	72.3	76.4	14.8	12.1
No especificado	0.4	0.3	0.3	0.1

Fuente: INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*: Tabulados del Cuestionario Básico. Cuadro: o5_01B_MUNICIPAL_07. Población de 3 años y más por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad, según condición de habla indígena y condición de habla española.

Bilingüismo y monolingüismo

De esos hablantes de lengua indígena, un alto porcentaje de adultos mayores no habla español, 66.6% principalmente mujeres, y una tercera parte es bilingüe -lengua indígena y español- (véase tabla 6).

Tabla 6. Porcentaje de la condición de habla indígena por condición de habla española en población total y de 65 años y más. Chiapas, 2010

Condición de habla española	Chiapas	65 años y más	26 municipios	65 años y más en los 26 municipios
Habla español	63.9	47.4	55.0	32.6
No habla español	34.9	50.8	44.3	66.6
No especificado	1.2	1.7	0.7	0.7

Fuente: INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*: Tabulados del Cuestionario Básico. Cuadro: 05_01B_MUNICIPAL_07. Población de 3 años y más por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad, según condición de habla indígena y condición de habla española.

Tamaño de localidad

En los 26 municipios con grado de marginación muy alto, la población adulta mayor se concentró de la siguiente manera: 81.4% habita en localidades rurales y muy dispersas, de 1 a 2,499 habitantes, y 18.6% habita en localidades de 2,500 a 29,999 habitantes, a diferencia del total de adultos mayores en la entidad correspondiente a 49.2% que habita en localidades de 1 a 2,499 habitantes y 50.8% que habita en localidades de 2,500 a 999,999 habitantes, observándose una diferencia porcentual muy alta (véase tabla 7).

Esta situación de dispersión y ruralidad en la que habitan la mayoría de los adultos mayores del grupo de estudio representa un contexto de vulnerabilidad para esa población tanto en cuestiones de acceso a la salud y al trabajo remunerado como de acceso a programas gubernamentales de apoyo a los adultos mayores.

Tabla 7. Porcentaje de la población total y de 65 años y más por tamaño de localidad. Chiapas, 2010

Tamaño de localidad	Chiapas	65 años y más en Chiapas	26 municipios con "muy alto" grado de marginación	65 años y más en los 26 municipios
1-249 habitantes	11.3	12.6	19.7	17.2
250-499 habitantes	10.6	9.4	18.8	17.8
500-999 habitantes	13.3	13.0	22.9	22.6
1,000-2,499 habitantes	13.5	14.2	20.0	20.8
2,500-4,999 habitantes	6.6	7.6	8.3	9.3
5,000-9,999 habitantes	6.5	7.5	6.7	7.6

Tamaño de localidad	Chiapas	65 años y más en Chiapas	26 municipios con “muy alto” grado de marginación	65 años y más en los 26 municipios
10,000-14,999 habitantes	2.5	2.6	1.2	1.4
15,000-29,999 habitantes	5.8	6.5	2.4	3.2
30,000-49,999 habitantes	6.6	6.8	0.0	0.0
50,000-99,999 habitantes	2.0	2.1	0.0	0.0
100,000-249,999 habitantes	7.5	7.1	0.0	0.0
250,000-499,999 habitantes	0.0	0.0	0.0	0.0
500,000-999,999 habitantes	11.2	10.6	0.0	0.0
1,000,000 a más habitantes	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico*. Cuadro: 01_02B_MUNICIPAL_07. Población total por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según tamaño de localidad.

Condición de alfabetismo

El saber leer y escribir es una capacidad necesaria que permite a la persona relacionarse e interactuar en un medio de lenguaje escrito. En Chiapas las diferencias entre la población alfabetizada y la no alfabetizada son extremas y se radicalizan en la población adulta mayor que habita en los 26 municipios con grado de marginación muy alto, donde el 81.8% es analfabeta (véase tabla 8).

Tabla 8. Porcentaje de la condición de alfabetismo en población total y de 65 años y más. Chiapas, 2010

Condición de alfabetismo	Chiapas	65 años y más	26 municipios	65 años y más en los 26 municipios
Alfabeta	81.6	46.3	67.6	17.4
Analfabeta	17.8	52.8	31.9	81.8
No especificado	0.6	1.0	0.5	0.9

Fuente: INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*: Tabulados del Cuestionario Básico. Cuadro: 07_04B_MUNICIPAL_07. Población de 15 años y más, por municipio y grupos quinquenales de edad, según condición de alfabetismo y sexo.

Nivel de escolaridad y grados aprobados

En Chiapas 16.4% de la población total se registró sin escolaridad, en contraste los adultos mayores de los 26 municipios con muy alto grado de marginación fueron el 79.8%. De los adultos mayores que tienen algún grado de escolaridad 5.7% tenía cursados dos años de primaria (véase tabla 9).

Tabla 9. Porcentaje del nivel de escolaridad y grados aprobados en población total y de 65 años y más. Chiapas, 2010

Nivel de escolaridad y grados aprobados	Chiapas	65 años y más	26 municipios	65 años y más en los 26 municipios
Sin escolaridad	16.4	53.4	24.3	79.8
Preescolar	6.7	0.6	7.9	0.4
Primaria 1 grado	4.7	6.3	5.4	3.5
Primaria 2 grados	6.5	10.3	6.9	5.7
Primaria 3 grados	7.4	8.9	7.9	4.4
Primaria 4 grados	4.9	2.9	6.0	1.6
Primaria 5 grados	4.3	1.2	5.5	0.8
Primaria 6 grados	14.7	9.6	16.3	2.8
Primaria no especificado	0.1	0.1	0.1	0.1
Secundaria	17.4	2.6	13.2	0.6
Estudios técnicos o comerciales con primaria terminada	0.1	0.2	0.0	0.0
Educación posbásica*	16.4	3.7	6.0	0.4
No especificado	0.5	0.1	0.4	0.1

*Incluye a la población que tiene al menos un grado aprobado en estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada, preparatoria o bachillerato, normal básica, estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada, profesional (licenciatura, normal superior o equivalente), maestría y doctorado.

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico. Cuadro: 07_08B_MUNICIPAL_07. Población de 3 años y más por municipio y grupos quinquenales de edad, según nivel de escolaridad y grados aprobados en primaria.

Condición de actividad

En Chiapas la población económicamente activa fue de 48.1%; en comparación, en la población adulta mayor de los 26 municipios con grado de marginación muy alto, este indicador fue de 43.2%, ligeramente

menor al total, lo que indica que, en los municipios de estudio, cerca de la mitad de la población anciana sigue trabajando, principalmente en actividades agrícolas. En el caso de los adultos mayores de los 26 municipios de estudio, el tener acceso al trabajo remunerado no necesariamente indica que esta población tenga una mejor calidad de vida, la vulnerabilidad consiste en que el trabajo que realizan no es especializado, percibiendo ingresos menores a dos salarios mínimos.

En cambio, poco más de la mitad de la población anciana (53.6%) es no económicamente activa; estas son personas que no tienen ingresos económicos, dejando de percibir recursos al momento de retirarse de la vida laboral y pierden su posición de poder en el núcleo familiar, pasando a un plano de dependencia y volviéndose muchas veces una carga para la familia, especialmente cuando los lazos afectivos y solidarios son débiles (véase tabla 10).

Tabla 10. Porcentaje de condición de actividad en población total y de 65 años y más. Chiapas, 2010

Condición de actividad	Chiapas	65 años y más	26 municipios	65 años y más en los 26 municipios
Población económicamente activa	48.1	37.4	42.6	43.2
Población no económicamente activa	51.4	59.7	56.7	53.6
No especificado	0.5	2.9	0.7	3.2

Fuente: INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*: Tabulados del Cuestionario Básico. Cuadro: 08_02B_MUNICIPAL_07. Población de 12 años y más por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad, según condición de actividad económica y

Tipo de actividad no económicamente activa

El tipo de actividad a la que se dedica la población no económicamente activa es el siguiente: pensionados o jubilados, estudiantes, personas dedicadas a los quehaceres del hogar, personas con alguna limitación física o mental permanente que les impide trabajar y personas en otras actividades no económicas. Entre los adultos mayores de los municipios de estudio, destacan las personas dedicadas a los quehaceres del hogar en un 75.3% y personas en otras actividades no económicas (11.8%).

109

El hecho de que la población no económicamente activa no reciba ingreso remunerado no significa que no trabaje, sólo que no percibe un recurso económico por la actividad que desempeña, vulnerando su situación hacia la dependencia económica de otros. En el caso de los adultos mayores, las actividades que desempeñan no son consideradas importantes en el sentido salarial, convirtiéndose en un trabajo invisible y no remunerado.

Otro asunto es el referido a los jubilados o pensionados que, en los 26 municipios, sumaron el 1.2%, un porcentaje muy bajo; y en el caso de las personas con alguna limitación física o mental que les impide trabajar, el peso porcentual fue de 11.3%, muy alto en comparación con la población total, tanto de Chiapas como de los 26 municipios de referencia (véase tabla 11).

Tabla 11. Porcentaje del tipo de actividad no económicamente activa en población total y de 65 años y más. Chiapas, 2010

Tipo de actividad no económica	Chiapas	65 años y más	26 municipios	65 años y más en los 26 municipios
Pensionados o jubilados	1.7	9.4	0.2	1.2
Estudiantes	33.5	0.3	30.8	0.4
Personas dedicadas a los quehaceres del hogar	60.3	66.2	64.8	75.3
Personas con alguna limitación física o mental permanente que les impide trabajar	2.0	13.0	1.3	11.3
Personas en otras actividades no económicas	2.6	11.1	3.0	11.8

Fuente: INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*: Tabulados del Cuestionario Básico. Cuadro: 08_05B_MUNICIPAL_07. Población no económicamente activa por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad, según tipo de actividad no económica.

Condición de afiliación a servicios de salud

La condición de afiliación a servicios de salud en Chiapas se ha reflejado en porcentajes altos, más de la mitad de la población reporta estar afiliada, llama la atención que los porcentajes de afiliación son mayores en la población anciana en comparación a la población total; en el caso de los 26 municipios con grado de marginación muy alto, el porcentaje fue 64.7% y de población no afiliada fue de 34.7%. Sin embargo, se debe recordar que los servicios de salud en las regiones rurales e indígenas generalmente

son de primer nivel de atención, donde los padecimientos asociados a la vejez no están contemplados dentro del esquema de salud, por lo tanto, están desprotegidos. La gran vulnerabilidad es que los padecimientos en la población anciana son de larga duración, requieren atención especializada y son caros (véase tabla 12).

Tabla 12. Porcentaje de condición de afiliación a servicios de salud en población total y de 65 años y más. Chiapas, 2010

Condición de afiliación	Chiapas	65 años y más	26 municipios	65 años y más en los 26 municipios
Afiliada	56.8	65.9	57.2	64.7
No afiliada	41.7	33.8	40.5	34.7
No especificado	1.5	0.3	2.3	0.6

Fuente: INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*: Tabulados del Cuestionario Básico. Cuadro: 09_02B_MUNICIPAL_07. Población total por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad, según condición de derechohabencia a servicios de salud y tipo de institución.

Tipo de servicio de salud

La razón por la cual la afiliación se reportó alta (64.7%), en los adultos mayores de los 26 municipios con grado de marginación muy alto, se observa en el altísimo porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular, que es 85.7%, y en un 11.4% por la afiliación al IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). Los porcentajes de los demás servicios de salud son poco significativos (véase tabla 13).

El riesgo al que están expuestos los adultos mayores, como ya se advirtió, es que los servicios que se ofrecen son de primer nivel, con escasez de medicamentos y difícilmente pueden atender trastornos visuales, cánceres malignos, enfermedades cardiovasculares o demencias, en síntesis, enfermedades crónico-degenerativas.

Tabla 13. Porcentaje del tipo de servicio de salud en población afiliada total y de 65 años y más. Chiapas, 2010.

Tipo de servicio de salud	Chiapas	65 años y más	26 municipios	65 años y más en los 26 municipios
IMSS	22.8	23.6	14.4	11.4
ISSSTE	6.6	10.0	1.3	1.6
ISSSTE estatal	1.7	3.1	0.3	0.5
Pemex, Defensa Nacional o Marina	1.1	0.8	0.1	0.0
Seguro Popular o para una Nueva Generación	65.7	61.0	82.6	85.7
Institución privada	0.9	0.8	0.8	0.7
Otra institución	2.0	1.9	1.5	1.2

Fuente: INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*: Tabulador del Cuestionario Básico. Cuadro: 09_02B_MUNICIPAL_07. Población total por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad, según condición de derechohabencia de servicios de salud y tipo de institución.

Condición de limitación en la actividad

La condición de limitación en actividades de la vida diaria se ve agudizada conforme avanza la edad, en este sentido, la persona se muestra vulnerable al sufrir alguna limitación física o mental de diversa naturaleza, donde poco o nada se puede hacer, y la situación se agrava cuando el entorno en el que se desenvuelve la persona ya sea el hogar o en la comunidad, no es adaptado a las condiciones de limitación (véase tabla 14).

En 2010, del total de personas que habitan en Chiapas, 2.6% declaró tener una o más limitaciones para realizar tareas de la vida diaria, a diferencia de los adultos mayores en la entidad que registraron 20.9%, porcentaje que aumentó entre los adultos mayores de los 26 municipios con muy alta marginación, con el 16.9%.

Tabla 14. Porcentaje de condición de limitación en la actividad en población total y de 65 años y más. Chiapas, 2010

Condición de limitación en la actividad	Chiapas	65 años y más	26 municipios	65 años y más en los 26 municipios
Con limitación en la actividad	2.6	20.9	1.6	16.9
Sin limitación en la actividad	95.5	78.5	95.9	82.5
No especificado	1.9	0.5	2.5	0.6

Fuente: INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulador del Cuestionario Básico*. Cuadro: 06_02B_MUNICIPAL_07. Población total por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad, según condición y tipo de limitación en la actividad.

Tipo de condición de limitación en la actividad

El tipo de condición de limitación en la actividad se concentró tanto en la población total de Chiapas como en los 26 municipios de estudio, en los siguientes tipos: caminar o moverse, ver y escuchar. Las demás limitaciones mostraron porcentajes muy bajos, a excepción de la limitación mental, lo que llama la atención, ya que en su población total los porcentajes oscilan entre el 10% y 11%, pero en la población adulta mayor de Chiapas y de los 26 municipios de estudio se reduce a 3.5% y 3.8%, cuestión que puede deberse a la mala declaración, a que no se diagnostica la demencia en esas edades mayores o a que se considera un deterioro natural de la población vieja (véase tabla 15).

En este sentido, una dificultad a la que se enfrenta la población adulta mayor, en cuanto a los problemas de salud y limitación, es asumir la idea, ampliamente generalizada, de que alcanzar la vejez es llegar al umbral de la enfermedad y, por lo tanto, la población en general y los ancianos asumen esa idea como “normal”; contrario a esta idea, está justamente la falta de disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud especializados, lo que acentúa este prejuicio.

Tabla 15. Porcentaje de tipo de condición de limitación en la actividad en población total y de 65 años y más. Chiapas, 2010

Tipo de condición de limitación en la actividad ¹	Chiapas	65 años y más	26 municipios	65 años y más en los 26 municipios
Caminar o moverse	49.7	63.0	45.5	55.9
Ver ²	28.9	31.9	27.0	32.0
Escuchar ³	11.0	16.3	12.9	20.0
Hablar o comunicarse	11.3	3.7	12.6	3.9
Atender el cuidado personal	4.3	4.3	3.1	2.7
Poner atención o aprender	3.4	1.7	2.4	1.1
Mental	10.5	3.5	11.7	3.8

1. La suma de los distintos tipos de limitación en la actividad puede ser mayor al total por aquella población que tiene más de una limitación.

2. Incluye a las personas que aun con anteojos tenían dificultad para ver.

3. Incluye a las personas que aun con aparato auditivo tenían dificultad para escuchar.
Fuente: INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*: Tabulados del Cuestionario Básico. Cuadro: 06_06B_MUNICIPAL_07. Población total por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad, según condición y tipo de limitación en la actividad.

Consideraciones finales

Como se mostró, en esta región de estudio, conformada por 26 municipios con grado de marginación muy alto de 1990 a 2015, las condiciones de bienestar planteadas por González, *et al.* (2006), están lejos de alcanzarse y la exposición al riesgo, que hace vulnerable a la población rural e indígena de esos municipios, es constante y alarmante.

En este trabajo se vio cómo se sobrepone la situación de alta marginación a las regiones conformadas por población indígena, lo que muestra un problema de exclusión social de la población rural e indígena que ha sido ignorada. Mientras se mantengan esas condiciones de muy alta

marginación las capacidades de los adultos mayores seguirán en estado vulnerable.

La generación actual de viejos es producto del sistema educativo de la primera mitad del siglo XX, donde, en cuestión de alfabetismo, se observa la poca atención en el campo educativo de la población rural e indígena, que no alcanzó a superar los tres grados de primaria; el poder leer una receta médica, un recado, letreros o precios, o contar dinero y productos, pone a los viejos en situación de desventaja. Quien no domina esta capacidad lectora es vulnerable.

Se hace énfasis en la necesidad de que la población adulta mayor acceda a servicios de salud especializados, se recuerda que la etapa de la vejez tiene una larga duración en años y, de no ser atendida, la probabilidad de pasar los últimos años de vida en condiciones limitantes y vulnerables es muy amplia.

Los pueblos indígenas no cuentan, hasta ahora, con modelos de atención geriátrica y gerontológica que consideren los aspectos socioculturales de la etnia. Se insiste en la necesidad de instrumentar programas de atención geriátrica y gerontológica, especialmente en campañas de salud oral, visual, auditiva, motriz y mental.

Resulta imperativo realizar una política educativa que dignifique el papel del anciano y que elimine la idea errónea de asociar la vejez con la enfermedad como un proceso natural, al igual que buscar la equidad en la diversidad tanto étnica como funcional (interacción entre una persona con discapacidad y su ambiente), promoviendo una vejez saludable y activa.

Bibliografía

Bayón, M. y M. Mier y Terán. (2010) Familia y vulnerabilidad en México: realidades y percepciones, México, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas. (2011) *Indicadores sociodemográficos de la población total y la población indígena, 2010*. Chiapas, en línea: <http://www.cdi.gob.mx/cedulas/index.html> [en línea consultado el 16 de mayo 2016].

Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas. (2016) *Fichas de información básica de la población indígena, 2015*. Cuadro: Chiapas. Proporción de la población indígena municipal en hogares indígenas y por autoadscripción, en línea: <http://www.cdi.gob.mx/indicadores2015/#/38> [consultado el 01 de julio 2016].

Consejo Nacional de Población. 1996, 2001, 2006, y 2010. Índice de Marginación Municipal.

—, (2015) Base Índice de marginación municipal 90-15, en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Datos_Abiertos_del_Indice_de_Marginacion [consultado el 12 de mayo 2016].

González, R.; B. Ramírez, J. Boltvinik y A. Macias. (2006) “Pobreza y población objetivo de PROGRESA en cuatro municipios indígenas de la Sierra Norte de Puebla”, en *Papeles de Población*, enero-marzo, núm. 047. Toluca, México, Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 115-153.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Síntesis Metodológica y conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010*. México, INEGI.

—, (2011) Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico. En línea: <http://www.inegi.org.mx/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015) *Encuesta Intercensal 2015: síntesis metodológica y conceptual*. México, INEGI.

Reyes, L. y S. Villasana. (2010) “Los estudios sociales de vejez en población indígena”. En *Envejecimiento humano una visión transdisciplinaria*. Gobierno Federal, Instituto de Geriátrica. México. pp. 335-347.

117

Villasana B. (2011) “Diversidad en población indígena envejecida de Chiapas”, en L. Reyes y S. Villasana (edit.) *Gerontología social. Estudios de Argentina, España y México*. Instituto de Estudios Indígenas, San Cristóbal de las Casas, México, Universidad Autónoma de Chiapas, pp. 61-77.

Fuentes estadísticas

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico*.

- , Cuadro 01_02B_MUNICIPAL_07. Población total por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según tamaño de localidad.
- , Cuadro 05_01B_MUNICIPAL_07. Población de 3 años y más por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según condición de habla indígena y condición de habla española.
- , Cuadro 06_02B_MUNICIPAL_07. Población total por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según condición y tipo de limitación en la actividad.
- , Cuadro 07_04B_MUNICIPAL_07. Población de 15 años y más por municipio y grupos quinquenales de edad según condición de alfabetismo y sexo.

- , Cuadro 07_08B_MUNICIPAL_07. Población de 3 años y más por municipio y grupos quinquenales de edad según nivel de escolaridad y grados aprobados en primaria.
- , Cuadro 08_02B_MUNICIPAL_07. Población de 12 años y más por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según condición de actividad económica y de ocupación.
- , Cuadro 08_05B_MUNICIPAL_07. Población no económicamente activa por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según tipo de actividad no económica.
- , Cuadro 09_02B_MUNICIPAL_07. Población total por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según condición de derechohabencia a servicios de salud y tipo de institución.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. *Tabulados de la Encuesta Intercensal 2015*.

- , Cuadro 01_POBLACION_02_CHIS. Estimadores de la población total en viviendas particulares habitadas por municipio y grupos quinquenales de edad según sexo.
- , Cuadro 05_ETNICIDAD_01_CHIS. Estimadores de la población de 3 años y más y su distribución porcentual según condición de habla indígena y condición de habla española por municipio y sexo.
- , Cuadro 05_ETNICIDAD_02_CHIS. Estimadores de la población total y su distribución porcentual según autoadscripción por municipio y grandes grupos de edad.

VII. La dependencia en el adulto mayor como elemento indicador del nivel de vulnerabilidad en la vejez

Blanca Mirthala Tamez Valdez

119

Introducción

El envejecimiento poblacional es un fenómeno social y demográfico de reciente data en México, mismo que constituye un logro de la política social de las últimas décadas, evidente en el incremento de la esperanza de vida poblacional que conlleva a que cada vez un mayor número de personas logre vivir más años, sin embargo, este aumento en los años de vida implica una serie de retos a ser atendidos por la política social, como el aumento de enfermedades crónico-degenerativas y la presencia de limitantes o discapacidad en las personas adultas mayores, mismas que se consideran un producto del deterioro físico, mental e intelectual vinculado al incremento en la edad cronológica. Se ha considerado al fenómeno de dependencia como resultado del proceso de envejecimiento y se ha manejado como sinónimo de limitantes. Se ha partido regularmente de un enfoque biomédico y se ha dejado de lado el contexto socio-histórico y cultural, el cual define en gran medida el que la persona adulta mayor se asuma o no como dependiente o vulnerable y con ello, necesitado de atención o apoyo de parte de quienes le rodean.

El desarrollo de dependencia en la persona adulta mayor ha sido concebido, por la mayoría de los estudios (Ávila y Aguilar, 2007; ENASEM, 2001; ENSANUT, 2012), como un efecto inevitable del envejecimiento personal y una consecuencia directa del deterioro señalado, mismo que se concibe necesariamente vinculado a la discapacidad o presencia de limitantes. De esta manera, el desarrollo de dependencia es considerado uno de los aspectos relevantes en el envejecimiento poblacional que coloca en situación de mayor vulnerabilidad al adulto mayor, en tanto que lo ubica en un papel devaluado de gran estigma, pues al perder

autonomía y funcionalidad, se parte de la idea de alguien que deja de ser útil y productivo, para comenzar a requerir apoyos o ayuda para cubrir sus necesidades, en particular aquellas vinculadas con las actividades de la vida diaria.

Este trabajo se justifica por la necesidad de realizar acercamientos a la realidad que enfrentan las personas adultas mayores y quienes les rodean, así como de ampliar el conocimiento sobre los factores asociados al proceso de envejecimiento y, en específico, al desarrollo de dependencia, particularmente desde el enfoque social, mismo que requiere ampliar la visión de los aportes brindados por el enfoque médico, generalmente centrados en los elementos endógenos del envejecimiento y la discapacidad, de tal manera que sea posible contar con análisis más integradores que incorporen los elementos de tipo histórico, social, cultural y político presentes en las condiciones de vida enfrentadas por la población de adultos mayores.

Este capítulo pretende centrarse en el análisis de los factores sociales vinculados al proceso de envejecimiento y en particular al desarrollo de dependencia, para lo cual se hace una revisión de las diferencias y similitudes observadas entre los participantes a partir de su contexto de residencia (rural-urbano), la cohorte en que se ubican y el sexo; de tal manera, que ello permita adentrarse en el conocimiento de las condiciones enfrentadas por estos grupos.

En principio, se elabora un análisis conceptual y operacional del fenómeno de dependencia, diferenciándolo del de discapacidad, pues algunos estudios, particularmente desde el enfoque biomédico los han considerado como sinónimos, nublando la posibilidad de señalar los factores socio-históricos y culturales. La perspectiva teórica curso de vida, retomada para este estudio, permite analizar las diferencias socio-históricas y culturales presentes entre los participantes, al plantear un análisis por cohortes, considerando la diversidad en términos de las condiciones socio-históricas y culturales, e integrando las diferencias por género y contexto de residencia (rural-urbano), lo que permite incorporar elementos que complementan aspectos individuales con los respectivos marcos socio-históricos en que transcurren, así como trayectorias individuales de vida con las condiciones sociales y culturales en que éstas se observan.

Enseguida se hace una revisión de las principales evidencias obtenidas por un estudio cuantitativo realizado en el estado de Nuevo León con una muestra estratificada de 700 personas adultas mayores, misma que fue equiparada por grupos de edad, sexo y contexto de residencia. Se analizan las principales similitudes y diferencias entre los grupos en cuanto a su desarrollo de dependencia y las características observadas, particularmente en torno al tipo y nivel en que éstas se presentan.

Envejecimiento y dependencia

En el estudio de la vejez adquiere cada vez mayor relevancia el análisis de la dependencia, puesto que, por un lado, es importante conceptualizar adecuadamente este fenómeno, superando la visión clínica que en muchos casos ha implicado un trato equivalente al de discapacidad, considerándolas como equivalentes o fenómenos inevitablemente vinculados, lo cual ha hecho que permee una definición homogenizante del proceso de envejecimiento, al dar por hecho que al aumentar la edad cronológica, de manera inminente llegará tanto la enfermedad crónica, como el deterioro físico y cognitivo y, con el mismo, la presencia de limitantes o discapacidad, afectando de esta manera el funcionamiento físico y social del adulto mayor (minusvalía) y llevando como resultado al desarrollo de dependencia ante la pérdida de funcionalidad y autonomía del adulto mayor. Cabe señalar que, en esta postura, la vejez es definida como un proceso biopsicosocial en el cual el individuo sufre inevitablemente de deterioro y pérdida de funcionalidad, especialmente al incrementarse su edad cronológica (Ávila, 2004; Ávila y Aguilar, 2007; ENSANUT, 2012).

Desde esta postura, el Consejo de Europa en su recomendación R(98)9, define a la dependencia como el estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de su autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayuda importante para realizar las actividades habituales de la vida diaria, particularmente las referidas al cuidado personal. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) en su Clasificación Internacional del

Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud la define como la situación en la que una persona con discapacidad precisa de ayuda, técnica o personal, para la realización o mejora del rendimiento funcional de una determinada actividad; considera, por tanto, que la dependencia, al igual que la discapacidad, es un hecho universal que afecta en mayor o menor medida a todos los individuos en ciertos momentos de su existencia.

Más recientemente, Comas (2005) define a la dependencia como una fase en la que se requiere de apoyo de un tercero para realizar actividades básicas de la vida diaria, particularmente las de cuidado personal. Retomando a la Real Academia Española (2001; Agudelo y Medina, 2014: 3) señalan que la dependencia consiste en la “subordinación a un poder mayor” o “la situación de una persona que no puede valerse por sí misma”. Como se puede observar, estas definiciones parten de una clara vinculación al deterioro del funcionamiento y la pérdida de una capacidad, en tanto presentan tres aspectos claves: 1) la vinculación con la existencia de una limitación, 2) la presencia de incapacidad para realizar una o varias actividades de la vida diaria y, 3) la necesidad de ayuda para realizar una o varias de estas actividades de la vida diaria.

La necesaria distinción entre discapacidad y dependencia, parte del hecho de que la primera hace referencia a la presencia de limitantes o dificultades para realizar actividades de la vida diaria, particularmente las de tipo básico o autocuidado, circunscritas a la pérdida de funcionalidad; mientras que la dependencia alude a un aspecto mucho más amplio en el que no es posible concretarlo a dimensiones físicas o mentales, sino a la situación de autonomía o necesidad de apoyo de terceros, no sólo en actividades básicas de la vida diaria, sino también en las de tipo instrumental, económico, afectivo y social. El concepto de dependencia busca mostrar la situación que enfrentan las personas adultas mayores, en términos que van más allá de la capacidad de los sujetos y que, por tanto, pretende señalar aquellas actividades que en muchos casos exceden las posibilidades del adulto mayor, en tanto no están diseñadas o planeadas para que estos grupos etarios puedan realizarlas, como es el caso de uso de aparatos electrónicos o computacionales, cajeros automáticos y celulares, entre otras cosas, así como de su limitado acceso a servicios requeridos, entre ellos, los de salud.

El estudio aquí presentado tiene como base una concepción distinta tanto del proceso de envejecimiento como de la dependencia, construida desde un enfoque social. En cuanto al primero, es definido como un proceso socio-histórico, ligado a la visión de la vejez como etapa final de la vida, caracterizada por su heterogeneidad y vinculada a las condiciones de la trayectoria de vida y al contexto socioestructural (Agudelo y Medina, 2014; Arber y Ginn, 1996; Blanco, 2011; Casado y López, 2001; Elder, 1985; Gutiérrez, García y Jiménez 2014; Montes de Oca, 2013). Respecto a la dependencia, ésta es definida como una construcción social, vinculada al contexto socio-histórico y cultural, ligada al imaginario social de la vejez, en el cual se asume la necesidad de ayuda o asistencia para sus actividades de la vida diaria, independientemente de que exista una discapacidad o limitantes que la anteceda, así como de la edad cronológica del adulto mayor, por tanto, el análisis de la dependencia implica el reconocimiento de la diversidad de trayectorias de vida y formas de envejecer, vinculadas al contexto y al momento histórico y cultural.

Nuestro análisis fundamentado en el enfoque curso de vida, parte de la idea que el estudio de la vejez y del desarrollo de dependencia, desde el enfoque social, deben ser estudiados de manera separada a la discapacidad, en tanto esta última, no constituye un sinónimo de la primera, así como tampoco una condición necesaria de su desarrollo. Lamentablemente, al igual que la discapacidad, la dependencia ha sido analizada generalmente desde el enfoque médico, dejando de lado su connotación socio-histórica y estructural. El análisis de la dependencia desde el enfoque curso de vida implica el reconocimiento de la diversidad de trayectorias de vida y formas de envejecer, vinculadas al contexto socio-histórico y cultural. Por ello, el análisis aquí presentado, al fundamentarse en dicha perspectiva teórica, intenta recuperar las condiciones variadas que las cohortes incorporadas enfrentan, así como las similitudes y diferencias observadas a partir de su contexto de residencia y el sexo del adulto mayor.

Para este análisis se ha elaborado una tipología de la dependencia en torno a las actividades de la vida diaria que contempla, por tanto, se definen de la siguiente manera:

- Dependencia funcional (ABVD) se refiere a la necesidad de apoyo en las actividades básicas de la vida diaria, particularmente las relacionadas con el autocuidado (trasladarse en el interior de la vivienda, levantarse o acostarse en su cama, ir al sanitario, bañarse o asearse, tomar sus alimentos y sus medicamentos);
- Dependencia instrumental (AIVD) correspondiente a las actividades instrumentales de la vida diaria, como son la realización de actividades domésticas (preparar alimentos, lavar la ropa, limpiar la casa), así como traslados fuera de la casa (visitas médicas, ir de compras o visitas a parientes y amigos) además de realización de trámites, uso de cajero automático y teléfono;
- Dependencia económica (AMVD) derivada de los recursos para cubrir las necesidades materiales (alimentación, vestido, vivienda, medicamentos y consultas, pago de servicios);
- Dependencia afectiva o emocional (AAVD) originada en la necesidad de tener compañía de otras personas para sentirse bien;
- Dependencia avanzada (AAVD) producto de la necesidad de recibir apoyo para tomar decisiones importantes en la vida diaria, dejando en ocasiones en terceros esta actividad

Asimismo, para el análisis del desarrollo de dependencia se definieron distintos niveles en función de la frecuencia con que el adulto mayor requiere el apoyo, de tal manera que el nivel bajo corresponde a quienes asumieron la necesidad de ayuda o apoyo, pero de manera temporal o en forma esporádica. Por el contrario, el nivel alto ubica a aquellos adultos mayores que indicaron requerir apoyo o ayuda para alguna de las actividades de la vida diaria de forma regular o frecuente, o bien siempre, es decir, de manera permanente.

Método

El análisis aquí presentado se deriva de los principales resultados de un estudio cuantitativo, transversal, de tipo correlacional y comparativo por

grupos de edad, contexto de residencia y sexo del participante. El objetivo del estudio fue analizar los factores sociales relacionados con el desarrollo de dependencia en el adulto mayor, buscando comparar la situación del mismo a partir del contexto de residencia (rural-urbano), la cohorte de edad y el sexo del adulto mayor. La perspectiva de análisis es el curso de vida (Blanco, 2011; Elder, 1985). Se diseñó una muestra estratificada, misma que fue equiparada en proporción entre los grupos de edad, sexo y contexto de residencia; misma que fue estimada a partir de los datos brindados por el Censo de Población y Vivienda 2010 con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del .05. La muestra está conformada por un total de 700 casos, de los cuales 365 son mujeres y 335 varones; éstos a su vez corresponden a 392 participantes en zonas urbanas y 308 residentes de zonas rurales. Se elaboró una cédula recuperando escalas previamente validadas sobre dependencia, discapacidad, violencia o maltrato y apoyos recibidos (SABE, 2011; ENASEM, 2001; Ribeiro, 2010). La recolección de los datos fue realizada durante junio de 2014 a febrero de 2015, con financiamiento del Programa de Mejoramiento del Profesorado de la Secretaría de Educación Pública (PROMEP) 103.5/13/6644.

Cabe señalar que, de acuerdo con el objetivo planteado, los criterios de inclusión fueron: 1) tener 65 años o más de edad, 2) enfrentar al menos un tipo de dependencia considerado en la tipología elaborada, 3) residir en el estado de Nuevo León, 4) acceder a dar la entrevista y contestar al instrumento. En el caso de no desear responder a alguno de los ítems elaborados, ello fue respetado y, en tal caso, se continuaba la entrevista si ese era el deseo del participante.

Para la recolección de los datos se conformó un equipo de 20 encuestadores, todos ellos estudiantes de 8º y 9º semestre del programa de licenciatura en Trabajo Social y Desarrollo Humano, también estudiantes de posgrado de los programas de Maestría en Ciencias con orientación en Trabajo Social, y del Doctorado en Trabajo Social con orientación en políticas comparadas de bienestar social, para lo cual recibieron capacitación previa y supervisión continua. Algunos estudiantes de ambos programas del posgrado, participaron también en el trabajo de supervisión y verificación de la aplicación del instrumento, o bien, en la codificación y captura

de datos para conformar la base, utilizándose el Paquete estadístico para Ciencias Sociales SPSS versión 14.0. Para el análisis inferencial, fue utilizada la *prueba t* por comparación de medias, utilizando las variables continuas, construidas a partir de cada escala aplicada.

Análisis de la dependencia en el adulto mayor

En primer término, es de gran relevancia describir la medida en que se observan cada uno de los tipos de dependencia y los niveles de la misma, lo cual brinda un panorama de las necesidades enfrentadas por este grupo etario; por tanto, hay que señalar que 1) la mayoría de los participantes (600) señaló asumir dependencia de tipo económico, correspondiendo al 86% del total, lo que ocurre en ambos contextos, siendo estadísticamente más significativa en las zonas rurales; 2) en segundo sitio se presenta la dependencia de tipo instrumental, con 73% del total equivalente a 511 participantes, quienes indicaron requerir ayuda principalmente para acudir a sus citas médicas, para realizar trámites, para utilizar un cajero automático y para trasladarse a realizar actividades fuera de la casa; 3) la dependencia afectiva se ubica en el tercer sitio al ser señalada por 378 de los participantes, lo que equivale a 54% del total; 4) en menor medida se observa la dependencia avanzada, registrada en las respuestas de 231 personas adultas mayores, lo que corresponde a 33% del grupo; 5) finalmente, la dependencia que se muestra en menor proporción, acorde a lo esperado, es la de tipo funcional, puesto que solamente 161 adultos mayores indicaron asumirse como dependientes en una o varias actividades básicas de la vida diaria, mismos que representan 23% de la muestra diseñada. Estos datos coinciden con los obtenidos por estudios previos sobre envejecimiento (Ribeiro, 2010; Tamez, 2006; Tamez y Ribeiro, 2010) (véase figura 1).

Figura 1. Tipos de dependencia observados en números absolutos



Fuente: Elaboración propia. Estudio sobre dependencia en Nuevo León 2014-2015

Dependencia económica

La dependencia económica, observada en mayor medida que el resto, muestra algunas características sobresalientes: es mayor tanto en números absolutos como porcentuales en las zonas rurales, evidenciando diferencias estadísticamente significativas entre las zonas, lo cual es ya un indicador de la situación diferencial enfrentada por esta población, misma que señala depender en gran medida de los apoyos que se les brindan, puesto que la actividad productiva, cuando la hay es solamente para autoconsumo. Por otro lado, resalta que, en este contexto, son los varones quienes

se asumen en mayor medida dependientes, especialmente los de cohortes más jóvenes (65-74 años) situación que se torna evidente en los niveles altos de dependencia (véase tabla 1). Algunas de estas características coinciden en los contextos urbanos como es el que los niveles altos presentan mayor proporción de dependientes; no obstante, lo demás difiere de manera notoria, en tanto es referida en mayor medida por las mujeres, se incrementa con la edad cronológica, particularmente en los niveles altos de dependencia, lo cual indica que a mayor edad, mayores requerimientos de apoyo de este tipo; y en los niveles bajos, se presenta mayor dependencia entre las cohortes más jóvenes, situación presente en ambos sexos (véase tabla 1). La mayor proporción de dependientes en lo económico coincide con estudios previos sobre dependencia (Tamez, 2006; Tamez, Ribeiro y Mancinas, 2008).

Otro aspecto observado es que en las zonas rurales no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los sexos, a pesar de ser mayor en los varones, especialmente los de menor edad; ello puede estar vinculado a las condiciones socioeconómicas en la región, mismas que se han visto deterioradas durante las últimas décadas, repercutiendo de manera severa en las condiciones de vida de este grupo etario, mismo que predomina en estos contextos, consecuencia, hasta cierto punto, de la migración continua de la población joven a zonas urbanas, por lo general, en búsqueda de oportunidades tanto de estudio como de trabajo (véase tabla 1).

La situación difiere en el contexto urbano, puesto que además de lo señalado anteriormente, entre los niveles las tendencias son distintas, primeramente porque los niveles bajos tienen mayor proporción de dependientes en las cohortes jóvenes, reduciéndose conforme aumenta la edad; por el contrario, los niveles altos se ven incrementados en proporción conforme aumenta la edad cronológica; ello indica que mientras el nivel bajo (menores frecuencias del requerimiento de ayuda) disminuye con la edad, esto ocurre porque conforme se incrementa la edad del adulto mayor, éste presenta requerimientos de apoyo de manera más frecuente y continua (véase tabla 1).

Tabla 1. Tipos y niveles de dependencia por contexto, cohorte de edad y sexo (Porcentaje)

Cohorte de edad		Años	65-74	75-84	85 y+	Total	65-74	75-84	85 y+	Total
Económica	Urbano	Nivel bajo	17	16	13	16	23	14	13	18
		Nivel alto	61	64	79	66	42	65	74	55
	Rural	Nivel bajo	0	11	3	5	2	6	0	3
		Nivel alto	98	84	87	90	96	92	94	94
Instrumental	Urbano	Nivel bajo	61	55	29	52	65	65	39	62
		Nivel alto	27	38	66	39	5	17	48	15
	Rural	Nivel bajo	57	52	36	50	58	52	40	51
		Nivel alto	9	13	31	16	4	8	9	7
Afectiva o emocional	Urbano	Nivel bajo	22	14	18	17	8	17	13	12
		Nivel alto	29	30	45	33	41	35	52	40
	Rural	Nivel bajo	10	11	21	13	6	8	14	9
		Nivel alto	50	35	41	42	58	48	37	49
Avanzada	Urbano	Nivel bajo	20	10	3	13	7	9	26	10
		Nivel alto	29	27	26	28	40	21	26	30
	Rural	Nivel bajo	3	11	15	9	2	3	9	4
		Nivel alto	38	24	18	28	15	8	9	11

Cohorte de edad		Años	65-74	75-84	85 y+	Total	65-74	75-84	85 y+	Total
Funcional	Urbano	Nivel bajo	22	20	39	24	19	17	35	20
		Nivel alto	0	6	18	6	2	1	17	3
	Rural	Nivel bajo	17	16	26	19	2	16	26	13
		Nivel alto	2	2	8	3	2	3	0	2

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio sobre envejecimiento realizado en Nuevo León (2014-2015)

Dependencia instrumental

Contrario a lo anterior, la dependencia instrumental tiene una mayor presencia en las zonas urbanas, con diferencias estadísticamente significativas, particularmente entre las mujeres, destacando que los niveles bajos muestran una proporción alta, misma que disminuye de forma significativa entre los grupos en relación a la edad, es decir, los grupos más jóvenes presentan en mayor proporción esta dependencia en niveles bajos, mientras que los niveles altos por el contrario, muestran un incremento significativo conforme ésta aumenta. Tal situación indica que los niveles bajos de dependencia disminuyen en tanto los niveles altos se van incrementando en forma correlacionada con la edad cronológica, al ver acrecentado su requerimiento de ayuda y, con ello, su situación de dependencia. Esto conlleva a que, de manera frecuente, la dependencia en las zonas urbanas se vea incrementada en función de la edad cronológica; no obstante, esta dependencia en lo general, en el contexto urbano inicia de manera más tardía que en el rural, puesto que en promedio se presenta a los 65 años con diferencias significativas entre los sexos, siendo evidentemente mayor en las mujeres, quienes se asumen como dependientes en mayor medida (véase tabla 1). La proporción en que se presenta de manera generalizada

esta dependencia, coincide con lo señalado por estudios previos al respecto (Tamez, 2006; Tamez, Ribeiro y Mancinas, 2008).

En los contextos rurales se asemejan algunos rasgos, particularmente la diferencia significativa de dependientes entre hombres y mujeres, siendo mayor en estas últimas, pero además, se repite la tendencia a disminuir con la edad los niveles bajos e incrementarse los altos, aunque estos últimos son mucho menores que los mostrados por la población urbana; lo que indica un menor desarrollo de este tipo de dependencia en dicho contexto, mismo que muestra diferencias significativas en proporción con la zona urbana. Esto último, señala que, si bien también son las mujeres quienes se asumen dependientes en mayor medida y generalmente esta dependencia se presenta a niveles bajos, iniciando tempranamente, no obstante, su desarrollo a lo largo del tiempo es menor al mostrado por los grupos urbanos.

Estas diferencias llaman la atención, pues son notorias las condiciones más adversas de infraestructura, de vivienda y de transporte en las zonas rurales, situación que no llega a producir un mayor desarrollo de esta dependencia, lo cual puede ser explicado más bien en términos culturales, en tanto son las mujeres, principalmente en contextos urbanos, quienes desarrollan en mayor medida este tipo de dependencia, asumiéndose como dependientes, posiblemente por considerar su contexto como adverso, lo que lleva al requerimiento de apoyos para las actividades instrumentales de la vida diaria.

Dependencia afectiva o emocional

Como ya se indicó, ésta se refiere al requerimiento de compañía para sentirse bien, ocupando el tercer sitio en términos de proporción, ésta es estadísticamente mayor en las zonas rurales, aunque no presenta diferencias significativas por sexo. Entre los residentes rurales, particularmente los varones, destaca la mayor proporción entre los grupos jóvenes, los cuales muestran un comportamiento disímil entre los niveles, mientras los niveles bajos se incrementan con la edad cronológica, por el contrario,

los niveles altos disminuyen; en el caso de las mujeres, la tendencia es la misma, aun cuando en términos globales no coincide la mayor proporción en las cohortes de menor edad (véase tabla 1).

En las zonas urbanas tampoco se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres, aunque los primeros la refieren en mayor medida; se evidencia que las cohortes de mayor edad presentan más dependencia. Sin embargo, los niveles mostrados difieren entre los sexos, pues en los niveles bajos se observa que las mujeres disminuyen en número al incrementarse la edad, en tanto los niveles altos por el contrario se incrementan con ésta; lo cual indica que a la edad como uno de los factores que influyen en el desarrollo de dependencia en los contextos urbanos.

Por el contrario, los hombres en ambos niveles (bajo y alto) se incrementan en función de la edad, aunque cabe señalar que esta tendencia difiere significativamente en los contextos rurales, en tanto son las cohortes que recién ingresan a la vejez las que refieren en mayor medida requerir compañía para sentirse bien, asumiéndose vulnerables en mayor medida que las cohortes de mayor edad. De manera global, esta dependencia es mayor en los hombres de ambos contextos, lo que indica que éstos asumen con más frecuencia su vulnerabilidad afectiva y necesidad de compañía, independientemente de la edad y del deterioro enfrentado, siendo aún más evidente en los contextos rurales y particularmente entre las cohortes más jóvenes, lo cual parece indicar significativos cambios culturales, que pudieran estar vinculados con cambios en el imaginario social tanto de la vejez, como del ser hombre; otro aspecto que puede estar vinculado es el alto nivel de migración presente en estas zonas, lo cual conlleva a una mayor soledad entre estos grupos.

Dependencia avanzada

A diferencia de las dependencias afectiva y económica, pero similar a la funcional y la instrumental, la dependencia avanzada es notoriamente mayor en las zonas urbanas, particularmente entre los grupos de menor edad; sin embargo, las tendencias entre niveles son muy diversas, por un

lado, las mujeres urbanas presentan disminución en la proporción de dependientes conforme aumenta la edad, tanto en los niveles bajos como en los altos, aun cuando son mayores estos últimos. En el caso de los varones urbanos, también es mayor la proporción en los niveles altos, sin embargo, la tendencia difiere sustancialmente, puesto que aumentan los niveles bajos, mientras que los niveles altos disminuyen conforme se incrementa la edad cronológica. De esta manera, los grupos más jóvenes presentan mayor proporción de dependientes (véase tabla 1).

En las zonas rurales, esta dependencia es significativamente mayor en las mujeres, aunque la tendencia entre los niveles es la misma para ambos sexos, en los niveles bajos, tanto los hombres como las mujeres denotan un aumento de proporción de dependientes conforme aumenta la edad cronológica; por el contrario, los niveles altos se disminuyen en esa situación, es decir, las cohortes mayores presentan generalmente niveles bajos, mientras que las cohortes jóvenes presentan especialmente niveles altos de esta dependencia. Al estar vinculada con menor libertad y control de sí mismo, y ante el requerimiento de apoyo para la toma de decisiones, así como al nivel de participación social del adulto mayor; esta dependencia se encuentra ligada en gran medida al contexto socio-histórico y cultural.

En general, su desarrollo presenta mayor heterogeneidad a los otros tipos analizados, observándose en mayor medida entre los grupos más jóvenes, quienes presentan en especial niveles altos de dependencia; esta situación parece señalar cambios entre estos grupos etarios, en términos de la visión que se tiene sobre la vejez, misma que es asumida como signo de mayor vulnerabilidad por las cohortes que inician la vejez, al ser quienes perciben su contexto de forma adversa a su condición de vida en mayor medida.

Dependencia funcional

Este tipo de dependencia aparece en menor medida, acorde con lo señalado tanto por las estadísticas oficiales (CONAPO, 2011), como con la literatura especializada (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011; Casado y

López, 2001). No obstante, es mayor en proporción que los niveles reportados por las fuentes señaladas, lo cual se explica ante el hecho de que el presente estudio se enfoca en la población dependiente. Si bien no existen diferencias estadísticamente significativas entre las zonas, se observa una mayor proporción en las zonas urbanas, especialmente entre las mujeres. Asimismo, es mayor en las cohortes de más edad, principalmente en los niveles bajos, toda vez que éstos disminuyen entre las cohortes intermedias y aumentan en las de mayor edad, situación presente en ambos sexos, es decir, la proporción de dependientes es mayor en las de cohortes de más edad y menor en las intermedias, pese a ello, existen diferencias estadísticamente significativas entre las cohortes incorporadas (véase tabla 1).

En los contextos rurales también se observa mayor dependencia entre las mujeres, especialmente en niveles bajos, aunque las tendencias observadas son poco claras pues, si bien aumenta en las cohortes de mayor edad, la menor proporción, en el caso de las mujeres, se encuentra en los grupos intermedios; mientras que en los hombres la dependencia es menor entre las cohortes de mayor edad, especialmente en los niveles altos. En general, esta dependencia es mayor en las zonas urbanas y de manera global en las mujeres, en mayor proporción en los adultos mayores de más edad. Cabe señalar que es la única dependencia que presenta correlación significativa con la presencia de limitantes en actividades básicas de la vida diaria, así con el incremento de la edad, aunque con diferencias evidentes entre las cohortes.

Conclusiones

El análisis realizado muestra distintas imágenes del proceso de envejecimiento, mismas que confirman la heterogeneidad de la vejez, particularmente en el desarrollo de dependencia. Por un lado, se observa una diversidad de necesidades y demandas de ayuda presentes en las personas adultas mayores; por otro, se observan claras diferencias entre los contextos de residencia (rural-urbano), así como entre los grupos de edad y sexos. De manera particular, se observa que:

En las mujeres rurales de 65 a 74 años (nacidas entre 1941 y 1950) constituyen la cohorte con mayor proporción de dependencia económica, afectiva y avanzada, especialmente en niveles altos; puesto que casi todas indican tener niveles altos de la primera, lo que parece vinculado a las condiciones productivas de la zona y los cambios enfrentados en la misma, en tanto coincide con los varones de la misma generación; además, seis de cada diez refiere tener también dependencia afectiva, aunque solamente la mitad del grupo la señala en niveles altos; llama la atención que también señalen enfrentar dependencia de tipo avanzado, particularmente en niveles altos, es decir, casi todo el tiempo, lo cual indica escasa autonomía en torno a la toma de decisiones. Esta situación difiere en el caso de la dependencia de tipo instrumental, puesto que seis de cada diez la mencionan, pero en niveles bajos, así como la funcional, reportada solamente por una de cada cinco personas, también en niveles bajos.

Respecto a las mujeres rurales de 75 a 84 años (nacidas entre 1931 y 1940), este grupo reporta en menor medida que el anterior todas las dependencias, además, llama la atención una mayor distribución entre los niveles, aun cuando en los casos de dependencia económica, afectiva y avanzada, predominan los niveles altos; a diferencia de la funcional y la instrumental, presente en niveles bajos, es decir, con menos tiempo necesario en la ayuda. Ello difiere de los varones de la misma cohorte y región, particularmente en los casos de dependencia económica y afectiva, al observarse una mayor proporción en éstos, por lo general en niveles altos, es decir, de manera continua. Lo contrario ocurre en la avanzada y la instrumental, al ser las mujeres quienes la refieren en mayor medida, especialmente en los niveles altos. Esta situación parece vinculada con las condiciones de escaso acceso a instituciones de salud y educativas en la región, así como a las diferencias marcadas entre los géneros, puesto que las participantes estuvieron relegadas al trabajo doméstico en su totalidad.

En cuanto a las mujeres rurales de 85 y más años de edad (nacidas antes de 1931) presentan dependencia económica y avanzada en menor proporción, lo cual indica mayores recursos tanto materiales como cognitivos y puede estar vinculado a elementos tanto históricos como culturales, en tanto parecen tener un imaginario social de la vejez más ligado a sabiduría

y experiencia; sin embargo, muestran en mayor medida dependencia funcional, al referirse en una de cada tres participantes, la mayoría en niveles bajos, además de la afectiva (seis de cada diez) y la instrumental (siete de cada diez), observándose estas últimas en el nivel alto. Cabe señalar que única excepción de la dependencia económica, las mujeres superan en proporción a los varones de la misma cohorte en las zonas rurales, lo que indica que se asumen como vulnerables en mayor medida que sus coetáneos.

Respecto a los hombres rurales de 65 a 74 años (nacidos entre 1941 y 1950) se observa que casi todos refieren dependencia económica, especialmente en niveles altos, refiriendo, con más frecuencia que las cohortes mayores, tener dependencia instrumental, así como afectiva y avanzada, aunque en niveles bajos respecto al primer caso, mientras que las últimas dos, en niveles altos. La dependencia afectiva supera de forma significativa a la mostrada por las mujeres de la misma cohorte, así como a los varones de mayor edad, lo que parece referir menores recursos para afrontar la soledad, que en los contextos rurales parece vinculado a la reducción del número de miembros familiares, por migración de las últimas generaciones, sus hijos(as) y nietos(as), así como a su rol familiar y social, y no tanto a la viudez, que se presenta de forma esporádica. No obstante, es el grupo con menores niveles de dependencia funcional, lo que indica menores niveles de deterioro en su autonomía física, vinculados posiblemente al tipo de trabajo (agropecuario) y mayor actividad física. Los hombres rurales de 75 a 84 años (nacidos entre 1931 y 1940) presentan en igual medida dependencia económica, aunque en bajo nivel, pero con mayores niveles que las mujeres de su cohorte; la dependencia instrumental muestra menor proporción que el grupo anterior, así como en niveles menores que sus coetáneas; la dependencia afectiva disminuye en comparación con los más jóvenes, pero se muestra más alta que en las mujeres de su generación, especialmente en los niveles altos. Cabe señalar, que es la cohorte en zona rural con menores niveles de dependencia avanzada, pero además con diferencia significativa con sus contemporáneas, lo cual indica mayores recursos de autonomía en torno a la toma de decisiones que el resto de los grupos. A diferencia de ello, la dependencia funcional

se incrementa significativamente con respecto al grupo anterior, igualándose con sus coetáneas de la región, así como con los contemporáneos urbanos.

Los hombres rurales de 85 y más años (nacidos antes de 1931) muestran dependencia económica en menor proporción, sin diferencias significativas con las cohortes menores y con sus coetáneas, pero sí con respecto a sus contemporáneos urbanos, al mantenerse en mayor proporción y con niveles altos, lo que refleja deterioro de sus condiciones materiales, particularmente las productivas en la región. En las dependencias instrumental y afectiva, se observa una significativa disminución con respecto a las cohortes menores, además de mostrarse en menores niveles que sus contemporáneos, mujeres y principalmente grupos urbanos, puesto que los últimos superan en proporción y nivel de dependencia a los grupos rurales. En la dependencia avanzada, la proporción es menor a todos sus contemporáneos, especialmente los urbanos, pero se incrementa en relación con la cohorte inmediata (75 a 84 años); en la funcional coinciden con sus coetáneos en las mayores proporciones de dependientes, aunque en este caso se presenta en niveles bajos, lo que evidencia menor deterioro físico que estos grupos; ello parece vinculado con mayores niveles de actividad física durante el transcurso de su vida, así como con hábitos de alimentación y actividad que contribuyeron a mejores condiciones físicas.

Por otro lado, las mujeres urbanas de 65 a 74 años (nacidas entre 1941 y 1950) muestran menor proporción de dependencia económica que sus coetáneos en el campo, sin embargo, es mucho mayor a la de los varones en la ciudad, especialmente en el nivel alto, lo que muestra menores recursos materiales que éstos para enfrentar sus necesidades. Además, constituyen el grupo con mayor proporción de dependencia instrumental, tienen la mayor proporción de la cohorte con niveles altos (una de cada tres la presenta); muestran en menor proporción que sus coetáneos dependencia afectiva, particularmente en el nivel alto, aunque en lo global es mayor a la de los varones de la zona. Son el grupo con mayor proporción de dependencia avanzada, después de los varones urbanos de 85 años y más, aunque en ambos casos está distribuida entre los niveles

bajos y altos; ello llama la atención, puesto que siendo la cohorte más joven en zona urbana, señala, en gran medida, dependencia en la toma de decisiones, situación que difiere de las cohortes urbanas mayores, tanto en proporción como en nivel, lo que indica su percepción de desventaja respecto a las demandas de su entorno, posiblemente relacionado con los cambios vertiginosos enfrentados, a los que no han logrado adaptarse.

Las mujeres urbanas de 75 a 84 años (nacidas entre 1931 y 1940) al igual que los varones urbanos de la misma cohorte, tienen menor proporción de dependientes económicos, especialmente en el nivel alto, aunque siguen mostrando una proporción significativa, indicando niveles considerables de dependencia material, es decir, insuficientes recursos económicos para cubrir sus necesidades. La mayoría muestra dependencia instrumental, siendo notoriamente mayor que la cohorte más joven, tanto en proporción como en nivel. Al igual que en la zona rural, esta cohorte muestra dependencia afectiva en menor proporción que los varones, sin diferencias significativas con sus coetáneas rurales, lo que indica mayores recursos para enfrentar la soledad. En la dependencia avanzada, al igual que toda la cohorte, muestra menor proporción de dependientes que la observada en la cohorte más joven, aunque presente en mayor medida que en los varones, lo cual coincide en las zonas rurales, lo que revela que esta cohorte cuenta con mayores recursos para enfrentar la toma de decisiones. En cuanto a dependencia funcional, es el grupo con mayor número de dependientes en toda la cohorte, incrementándose en relación con la cohorte más joven, lo cual indica mayor deterioro físico en las zonas urbanas.

Las mujeres urbanas de 85 años y más (nacidas antes de 1931), son el grupo con mayores niveles de dependencia económica en zonas urbanas, significativamente aumentada en relación con las cohortes de menor edad, lo que indica menores recursos materiales para cubrir las crecientes necesidades en esta etapa; asimismo presenta los más altos niveles de dependencia instrumental, también incrementado con la edad en zonas urbanas; lo mismo ocurre con la dependencia afectiva, aunque en este caso es mayor en los varones urbanos. En cuanto a la dependencia avanzada, ésta se muestra en menor proporción que en las cohortes más

jóvenes, contrario a lo observado en la dependencia funcional, la cual se presenta en mayor medida, aunque la mayoría se ubica en niveles bajos. Lo anterior indica que las mujeres en zonas urbanas enfrentan mayor deterioro físico y pérdida de funcionalidad con el incremento de la edad, sin embargo, ello no se vincula con mayor dependencia avanzada, por el contrario, se mantienen recursos altos en torno a la toma de decisiones.

Por su parte, los hombres urbanos de 65 a 74 años (nacidos entre 1941 y 1950) son el grupo con menor dependencia económica, lo que refleja mejores niveles de protección social e ingreso que el resto de los grupos, no obstante, quienes la refieren (65%) señalan niveles altos. La instrumental es observada en mayor medida que sus coetáneos rurales, aunque sin diferencia significativa con las mujeres urbanas de la generación, pese a que la mayoría la señala en nivel bajo. La dependencia afectiva, al igual que en sus coetáneos es mayor en los niveles altos, situación que difiere significativamente de las mujeres urbanas; asimismo, la dependencia avanzada es similar a las mujeres rurales, al señalarse en niveles altos por la mayoría, contrastando con las mujeres urbanas y principalmente con los hombres rurales. Respecto a la dependencia funcional, se observa que la mayoría la presenta en niveles bajos, siendo ligeramente menor a las mujeres urbanas, pero mayor que sus coetáneos rurales, particularmente varones. Los hombres urbanos de 75 a 84 años (nacidos entre 1931 y 1940) presentan mayor dependencia económica que el grupo anterior, al concentrarse en niveles altos, aunque sin diferencias significativas con las mujeres, pero siendo menor a sus coetáneos rurales. La dependencia instrumental se incrementa con respecto al grupo menor, pero es menor que en las mujeres urbanas, aunque significativamente mayor que sus coetáneos rurales. La dependencia afectiva se ve claramente aumentada con respecto al grupo anterior, aunque con menores niveles, siendo también mayor que en las mujeres tanto urbanas como rurales de la misma cohorte, pero menor a los varones rurales, lo que indica mayores recursos para enfrentar la soledad, o mayores posibilidades de acompañamiento en este grupo.

La dependencia avanzada se presenta en menor medida que el grupo más joven, tanto en términos porcentuales como de nivel, situación simi-

lar en toda la cohorte. Lo anterior se repite en la dependencia funcional, al coincidir con las mujeres urbanas y con los hombres rurales; ello parece indicar una vejez en condiciones de mayor funcionalidad y autonomía en este grupo, particularmente en los aspectos físicos y de toma de decisiones, pero no así en los aspectos económico, instrumental y afectivo, los cuales se ven incrementados en relación con la cohorte más joven, aunque el último en particular, se presenta en menor medida que en los varones rurales, indicando mayores recursos en el contexto urbano en este aspecto.

Los hombres urbanos de 85 y más años, (nacidos antes de 1931) constituyen la cohorte con mayor proporción de dependientes en la zona urbana, tanto de tipo económico como en lo instrumental, lo afectivo y lo funcional; aunque en la primera ésta coincide con las cohortes femeninas, y es menor que la mostrada por las cohortes rurales; ello difiere en lo instrumental y funcional, al ser mayores entre los grupos urbanos, incrementándose con la edad y, particularmente, en términos del nivel mostrado. La situación difiere totalmente en la dependencia avanzada, siendo mayor en términos de proporción, pero no así en el nivel observado, puesto que son principalmente las cohortes más jóvenes quienes la refieren en niveles altos, mientras que este grupo presenta mayor distribución entre niveles bajos y altos. Estos datos indican que si bien este grupo muestra mayor cantidad de dependientes en las diversas variantes, indicando un notorio incremento de dependencia en función de la edad, ello no se presenta de manera invariable en niveles altos, por el contrario, en términos de autonomía, particularmente en la toma de decisiones muestran mayor distribución entre niveles bajos y altos que las cohortes de menor edad, lo que puede indicar mayores recursos en estos grupos para enfrentar las demandas del exterior, particularmente las relacionadas con trámites y situaciones a resolver.

En general, el desarrollo de dependencia se observa poco vinculado al incremento de la edad cronológica, situación presente únicamente en las dependencias funcional e instrumental; el resto no presenta relación directa entre el aumento de los niveles de dependencia y el incremento de edad, como tampoco se observa una relación directa entre la existen-

cia de limitantes o discapacidad y el desarrollo de dependencia, con las mismas excepciones.

Lo anterior indica que el desarrollo de dependencia, salvo los tipos señalados, parece estar ligado a una multiplicidad de factores y elementos de tipo socio-histórico y cultural, confirmadas por las diferencias observadas entre las cohortes y contextos, así como entre hombres y mujeres. De esta manera, resalta que los hombres residentes en zonas rurales asumen su vulnerabilidad principalmente en los aspectos económico y afectivo, pero en menor medida en lo funcional e instrumental, así como en la toma de decisiones. Las mujeres, por su parte, especialmente en las zonas urbanas, se asumen como dependientes y vulnerables en mayor medida en lo funcional y lo instrumental, es decir, refieren tener necesidad de apoyo en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo que refiere mayor deterioro físico.

Indicadores similares de vulnerabilidad entre los grupos se presentan en las mujeres habitantes de zona rural y los varones que viven en zonas urbanas, especialmente en lo que se refiere a la dependencia funcional. Así como entre los hombres y las mujeres residentes en zonas rurales, especialmente en torno a la dependencia económica y afectiva, lo cual confirma una relación directa con el deterioro de las condiciones de vida en esta región.

Entre los aspectos sobresalientes se encuentra el hecho de que la dependencia funcional se incrementa entre los grupos de mayor edad, tanto en el contexto urbano como en el rural, aun cuando es significativamente mayor en el primero. Los otros tipos de dependencia muestran tendencias diversas con respecto a la edad y, por lo general, disminuyen los niveles bajos, mientras se incrementan los niveles altos, particularmente en el contexto urbano. Esta última tendencia difiere notoriamente entre los varones, en especial, entre los residentes rurales.

Otro aspecto que resalta al comparar contextos, estriba en que las dependencias de tipo económico y afectiva reportan niveles más altos en la zona rural, mientras que las restantes (funcional, instrumental y avanzada) son más altas en zona urbana. Estas evidencias indican que la

vulnerabilidad difiere en ambos contextos, lo cual está claramente vinculando a las condiciones enfrentadas por los grupos a lo largo de su vida.

A partir de la comparación por sexos se advierten diferencias estadísticamente significativas, en especial en las dependencias de tipo funcional, así como en la instrumental y en la avanzada, particularmente en las zonas rurales. Respecto a la comparación por grupos de edad, se advierte que, si bien la dependencia funcional se incrementa con la edad, esto no ocurre así entre los varones residentes en zona rural; en cuanto a la instrumental, la tendencia se presenta en todos los grupos; finalmente, la dependencia económica tiene el mismo comportamiento únicamente en las zonas urbanas, tanto en los hombres como en las mujeres. Resaltan las dependencias de tipo afectivo y avanzada, así como la económica en zonas rurales, puesto que en tales casos la dependencia es mayor entre los grupos más jóvenes.

El desarrollo de dependencia no está necesariamente ligado a la presencia de discapacidad o de enfermedad en el adulto mayor, este vínculo solamente se evidencia en la dependencia de tipo funcional. A partir de lo revisado, es posible señalar que el desarrollo de dependencia, única excepción de la funcional, no parece estar ligada de forma exclusiva a condiciones endógenas e individuales, propias del proceso de envejecimiento, sino más bien vinculadas principalmente a situaciones exógenas. Esto parece tener relevancia en el análisis del envejecimiento y particularmente en el desarrollo de la dependencia, en tanto la última se manifiesta relacionada con las condiciones de vida que se han tenido a lo largo del curso de la vida.

Ello confirma la situación tan distinta en términos de vulnerabilidad social, presentada por los grupos en función de sus condiciones socio-históricas y culturales, ligadas, entre otros aspectos, a los contextos de residencia; mientras los residentes de zonas urbanas desarrollan en mayor medida dependencia funcional, así como instrumental y avanzada, especialmente las mujeres, los apoyos que obtienen son más diversos, derivados, en parte, de la protección social que han tenido, así como de condiciones laborales más estables. Por el contrario, en las zonas rurales, las personas adultas mayores enfrentan una caída de la producción y la actividad económica, que se mantiene en niveles casi de subsistencia, que

conllevan a estos grupos a depender especial y mayormente en los aspectos económico y afectivo, ambos vinculados tanto a las condiciones socioeconómicas y de producción, como a los elevados niveles de migración, particularmente de la población joven, además de los cambios culturales, que parecen determinar una transformación en la visión sobre la vejez y sobre la dependencia, lo cual se torna evidente en una mayor asunción de dependencia por las cohortes más jóvenes, particularmente los varones, mismos que manifestaron más frecuentemente su necesidad tanto de apoyo económico, como de compañía para tener bienestar.

De gran relevancia es que se profundice en el estudio y análisis de los factores sociales relacionados con el desarrollo de dependencia y las tendencias mostradas por los grupos, de tal manera que se puedan responder nuevas interrogantes que surgen de este análisis, particularmente con los cambios evidentes entre las cohortes generacionales, así como entre los sexos y su vinculación con las condiciones socio-históricas y culturales.

Igualmente, es importante que los análisis, como el aquí desarrollado, retroalimenten a la política social de tal forma que los programas y estrategias dirigidos a la población en general, así como a este grupo etario en particular, consideren la heterogeneidad de situaciones presentes en esta población, así como sus condiciones de vida y la diversidad de necesidades a atender, mismas que incrementan su nivel de vulnerabilidad.

Bibliografía

Agudelo, M. y R. Medina. (2014) Dependencia de las personas adultas mayores. En L. Gutiérrez; M. García y J. Jiménez (2014) *Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para las próximas décadas*. México, CONACYT–Intersistemas.

Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para las próximas décadas. México, CONACYT–Intersistemas.

Arber, S. y J. Ginn. (1996) *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid, Narcea.

Arroyo, C.; M. Ribeiro y S. Mancinas. (2011) *La vejez avanzada y sus cuidados. Historias, subjetividad y significados sociales*. México, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Ávila, H. (2004) *Nivel de actividad física en el adulto mayor en Matamoros, Tamaulipas*. (Tesis para optar por el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria. Presentada en la Facultad de Enfermería). Subdirección de Posgrado e Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149332.pdf><http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149332.pdf> [consultado el 22 de agosto de 2012].

Ávila, J. y S. Aguilar. (2007) El síndrome de fragilidad en el adulto mayor. En *Antología Salud del Anciano. Parte 2*. J. Ávila y S. Aguilar (coords.), Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20anciano/avila.pdf><http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20anciano/avila.pdf> [consultado el 20 de agosto de 2012].

Blanco, M. (2011) El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*. Año 5, número 8, enero-junio, 2011, pp. 5-31.

Casado, D. y G. López. (2001) *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección de Estudios Sociales No. 6. Barcelona, Fundación La Caixa.

CONAPO. (2011). Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. México, Consejo Nacional de Población.

- Consejo de Europa. (1998) *Recomendación No. (98)9 Del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia*. Consejo de Europa.
- Elder, G. (1985) Perspectives on the life course, en G. Elder (ed.) *Life Course Dynamics Trajectories and Transitions, 1968-1980*, Ithaca. Nueva York, Cornell University Press.
- ENASEM. (2001) Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México. http://www.mhas.pop.upenn.edu/english/documents/Methodological/Doc_metodologico-v2.pdf http://www.mhas.pop.upenn.edu/english/documents/Methodological/Doc_metodologico-v2.pdf [consultafo el 08 de agosto de 2012].
- ENSANUT. (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud.
- Gutiérrez, L.; M. García y J. Jiménez, Javier. (2014) *Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para las próximas décadas*. México, CONACYT–Intersistemas.
- Montes de Oca, V. (2013) La discriminación hacia la vejez en la ciudad de México: contrastes sociopolíticos y jurídicos a nivel nacional y local. En *Revista Perspectivas sociales/Social Perspectives*, enero-junio 2013, Vol. 15, No.1, pp. 47-80.
- OMS. (2002) Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, Organización Mundial de la Salud.
- Ribeiro, M. (2010) Textos y contextos del envejecimiento en México. México, CLAVE Editorial–Universidad Autónoma de Nuevo León.

SABE. (2011) Encuesta Envejecimiento, Salud y Bienestar. Universidad de Wisconsin y Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud.

Tamez, B. (2006) La solidaridad familiar¹ hacia el adulto mayor en Monterrey, Nuevo León. (Tesis para obtener el grado de Maestría en Ciencias con orientación en Trabajo Social). México, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Tamez, B.; M. Ribeiro y S. Mancinas. (2008) La solidaridad familiar hacia el adulto mayor en Monterrey, México, Instituto Estatal de la Mujer en Nuevo León.

Tamez, B. y M. Ribeiro. (2010) La solidaridad familiar hacia el adulto mayor en Monterrey, Nuevo León. En M. Ribeiro y S. Mancinas, *Textos y contextos del envejecimiento en México*. México, CLAVE–Universidad Autónoma de Nuevo León.

VIII. Acotaciones para el entendimiento de la vulnerabilidad socioambiental en adultos mayores

Rodrigo Tovar Cabañas
Shany Arely Vázquez Espinosa

147

Critica al concepto de vulnerabilidad

Desde la creación de la Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina (La RED), en 1992, varios científicos sociales se dieron a la tarea de investigar y comprenderla dicotomía que engendra la relación de la sociedad con los fenómenos naturales potencialmente peligrosos, tales como sismos y huracanes, entre otros que se han agudizado a consecuencia del cambio climático. Dos años antes, las Naciones Unidas, hacia 1990, declaró El Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales (IDNDR, por sus siglas en inglés), dichos esfuerzos han sido referencia obligada para los distintos estudios sobre riesgo y vulnerabilidad subsecuentes, tal como la ISDR-Infoma, Revista para Las Américas (ISDR, 2000).

Es preciso señalar, que el principal aporte de los primeros estudios en torno a la vulnerabilidad, fue la gran polisemia que le atribuyeron a dicho concepto, por consiguiente, algunos autores hablaban de Vulnerabilidad Global (Wilches Chaux, 1998), sin embargo, por tal ambigüedad¹, la vulnerabilidad no puede ser empleada, tan fácilmente, para entender la preocupación que experimentan actualmente algunos adultos mayores de ciertas localidades bajo el reciente contexto de cambio climático².

¹ De hecho (Bell y Morce, 2000) señalan que la vulnerabilidad todavía no llega al grado de teoría, quizá esto se deba a que sus indicadores son una especie de datos *proxy* importados de la demografía.

² En otras palabras, los estudios típicos sobre vulnerabilidad social, a grandes rasgos sólo sirven para concientizar a la población sobre la peligrosidad de determinados fenómenos naturales, más no para resolver los cómo de la planificación y el desarrollo sustentable que exige nuestro actual contexto de cambio climático.

Por otra parte, hoy el boom de la literatura científica revela la existencia de un bricolaje de posturas académicas, donde se imbrica lo moderno y lo posmoderno, cuya vorágine hace tambalear a múltiples andamiajes teóricos y epistemológicos. Por ello, en distintos campos del conocimiento surgen preguntas en torno a la factibilidad de ciertas categorías analíticas o sobre las limitantes de ciertos conceptos. Por ejemplo, las problemáticas socio-ambientales desde hace poco más de 30 años han sido abordadas por lo que Tovar (2009) denomina como desastreadad. En efecto, las actividades conscientes e inconscientes de la humanidad que terminan mayoritariamente en desastres, se abordan con una triada conceptual: el desastre³ es una razón producto del peligro sobre la vulnerabilidad. Pese a que esta triada conceptual acarrea problemas de orden ontológico, epistemológico, ideológico y metodológico (Tovar, 2007), en esta ocasión sólo se va a tratar los problemas epistemológicos y etimológicos del concepto de vulnerabilidad, para luego proponer un modelo de vulnerabilidad dinámica con el cual se aproximará al entendimiento de la gerontología socio-ambiental.

Problemas epistemológicos de la vulnerabilidad

Algunos vulnerólogos de México, definen a la vulnerabilidad como: “un concepto dialéctico que reúne condiciones opuestas que aluden a la susceptibilidad al daño y a las capacidades sociales para reponerse del mismo” (Macías, 2015). En ese sentido, tanto el concepto de vulnerabilidad como el concepto de enfermedad son categorías genéricas, epistemológicas, es por ello que no se habla de “enfermedad del estómago ácido benzoico”, sino de gastritis o de úlceras gástricas. Sirva la analogía para señalar que el discurso de la desastreadad no ha podido superar el nivel genérico, y al no existir conceptos particulares, su campo epistemológico se torna bizarro, de allí que Macías (*Op. Cit.*), suela considerar la existencia de una “Vulnerabilidad Social a Desastres” Esa falta de coherencia conceptual

³ Cuando no se consume el desastre, se asume que se está en la antesala del mismo, o sea se vive en riesgo.

algunos han intentado abatirla mediante la incorporación del concepto de resiliencia. Sin embargo, tanto esta idea como la de vulnerabilidad son de esos conceptos óbitos, es decir, nacieron muertos desde su gestación epistemológica. Una de las razones por las cuales ocurrió dicha tergiversación, se debe a que el concepto de vulnerabilidad pasó de ser adjetivo (en el campo de la modernidad) a formar parte del grupo de los sustantivos (en el campo de la posmodernidad). En ese sentido, se pasó de: a) ‘Casa vulnerable’ (sujeto: casa; adjetivo: vulnerabilidad) y, b): ‘Vulnerabilidad media’ (sujeto: vulnerabilidad; adjetivo: media).

Nótese que en(a) se discuten y clasifican modernamente tipos de vulnerabilidades (vulnerabilidad social, biológica, técnica); mientras que en (b) se estiman (subjetiva o posmodernamente) los niveles o grados de la vulnerabilidad general⁴. Sin embargo, lo más interesante es que en (a) la vulnerabilidad es un número gúgol (tremendamente grande, pero finito), por lo cual la vulnerabilidad depende del contexto histórico⁵, mientras que en (b) la vulnerabilidad, por ser posmoderna, es un número relativo o infinito, el cual ya no depende de las condiciones históricas sino de la velocidad de respuesta ante n circunstancias⁶. En efecto, en México no se había creado el listado moderno de tipos puntuales de vulnerabilidades cuando ya se estaban discutiendo los pormenores posmodernos del contenido de las “distintas” vulnerabilidades, aunque en la *praxis* sólo existiera una única forma de vulnerabilidad, epistemológicamente genérica. Por tal circunstancia, el Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED), al principio surgió como un club de geólogos⁷, exigidos a dar una respuesta rápida a lo acontecido el 19 de septiembre de 1985.

⁴ Históricamente, las vulnerabilidades más socorridas fueron: vulnerabilidad a sismos; vulnerabilidad a inundaciones, etc.

⁵ Bajo ese marco, en 1960 los pobladores de la amazonia brasileña, pese a que existía el vector zoonótico del virus del zika, nadie era vulnerable, por lo que las muertes por zika, de ese entonces, no se le pueden atribuir a ningún ser humano en particular.

⁶ Bajo ese marco, en 1960, las muertes por zika en la amazonia brasileña fueron responsabilidad del gobierno en turno, ya que este no financió la división de entomología del otrora Instituto de Investigaciones Tropicales, etcétera.

⁷ De hecho, actualmente (2016) el CENAPRED cuenta con 5 comités científicos, tres de ellos lo conforma un club de ciencias de la Tierra, otro es el gremio de ingenieros químicos y el último lo integra un grupo de sociólogos ciudadanos del Colegio de México, del Instituto Mora, del Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (DF) y de la UNAM.

Propuesta de un marco epistemológico para la vulnerabilidad

Ahora bien, aunque desde hace varios años se ha señalado la urgente necesidad de crear nuevos modelos que expliquen las relaciones entre el ambiente y los tipos de vulnerabilidad en la vejez (Sánchez, 2011), nadie ha lanzado propuesta alguna, puesto que no es fácil crear el listado moderno de tipos puntuales de vulnerabilidades⁸, pues al margen de los problemas ontológicos e ideológicos implícitos en la desastreadad, adicionalmente los conceptos de peligro y vulnerabilidad tienen problemas de orden lingüístico y etimológico.

Por ejemplo, la palabra peligro es un monema, de modo que, sus tres sílabas en conjunto son un signo mínimo de significación semántica, por lo que, gramaticalmente, la palabra peligro no puede descomponerse en piezas o sílabas dotadas de significado, en corto: en lengua castellana no existe un morfema para referirse de manera genérica al concepto de peligro.

Esta deficiencia gramatical impide practicar el acto de parasíntesis en uno de los campos de estudio de mayor trascendencia de los últimos años, irónicamente en la desastreadad en los últimos 45 años, al margen de siglas y acrónimos, no se han creado nuevas palabras que aludan a determinados peligros muy puntuales, por ejemplo, la palabra “hidrogro”, cuyos morfemas (hidro equivalente a agua y “gro” utópicamente equivalente a peligro) por etimología equivaldrían a ‘peligro por agua’, simplemente no existe; lo mismo le ocurre a palabras como: “sismogro”, “tifongro”, “tsunamigro”. De manera que la versatilidad y dinámica semántica de la desastreadad queda anquilosada.

Ahora bien, el caso de la palabra vulnerabilidad es aún más complejo, puesto que las palabras que la conforman: *vulnus*, *abilis* y *tat*, pese a

⁸ La vulnerabilidad global o “física, económica, política, social, técnica, ideológica, cultural, educativa, ecológica e institucional” que propone Wilches-Chaux es un juego genérico y tautológico, pues sigue indefinida la pregunta ¿Qué parte de la cultura nos vulnera? Etcétera.

⁹ Cabe recordar que la economía gramatical es de orden exponencial, es decir, el uso de estas tres nuevas palabras ahorraría el empleo de 12 significados semánticos, de igual manera 50 palabras para peligros muy puntuales ahorrarían alrededor de 500 significados semánticos, mismos que en la actualidad limitan la comprensión de la desastreadad.

que todas son palabras del viejo latín, tienen significados contrapuestos a nuestra forma moderna de entender el mundo, o bien, se ha dado una interpretación particular y muy derivada de su contexto original: *vulnus* en latín quiere decir algo así tal como “rajada”, por derivación se interpreta como “herida alargada”, por sintetización se define como “herida”; ahora bien, *abilis* en latín quiere decir algo así como “poder”, en el sentido de “talento para”; y *tat* denota: cualidad. Por tanto, vulnerabilidad vendría a significar algo así como “cualidad de poder herir”, de allí la acepción imperativa: ‘soldado, vulnérelo sin piedad, pero no lo mate’.

En estas notas no hay espacio para situar el momento histórico en que se realizó la mutación filológica del sentido del concepto de vulnerabilidad de cualidad de poder herir por el de posibilidad de sufrir una herida. Lo único cierto que se sabe es que existen tantas formas de ser vulnerado o infringir vulnerabilidad como seres humanos haya en el mundo. Por lo que es un poco engañoso suponer que la vulnerabilidad sea diferencial o que afecte preponderantemente a las personas pobres, puesto que un rico es vulnerable ante un pobre y viceversa; otro falso patrón implica suponer que la vulnerabilidad está en función de la edad, siendo los adultos mayores las principales víctimas. Como se ve, el problema estriba en que el concepto de vulnerabilidad no ha sido desagregado, por tanto, la pregunta clave es: ¿se puede desagregar espacial y temporalmente un concepto tergiversado y relativista en un momento de globalización científica y cultural?

Científicamente es posible desagregar y tipificar el concepto genérico de vulnerabilidad¹⁰, sin embargo, políticamente no se ha logrado el necesario consenso, por lo que trágicamente, a más de medio siglo de los primeros estudios sobre *vulnerability*, en las principales y más prestigiosas universidades de México no existen licenciaturas en protección civil¹¹. Imagínese el sistema hospitalario sin especialidades médicas.

¹⁰ Por ejemplo, en términos temporales sabemos que la vulnerabilidad puede ser súbita, estacional o crónica.

¹¹ Al respecto, es muy curioso como en dos o tres universidades, aunque figura la licenciatura en Protección Civil, en su plan de estudios no existe la materia de vulnerabilidad, cfr.: La Universidad Tecnológica de Ciudad Juárez o la Universidad Popular Autónoma de Veracruz.

Luego, para crear nuevos conceptos, y poder acotar a la vulnerabilidad genérica, además de estar versados en temas de desastreadad de manera concomitante, se requiere del conocimiento y uso correcto de la filología, la lingüística, la gramática, la parasíntesis, la epéntesis, etcétera, para darse cuenta de que el morfema ‘vul’ (herir) es inapropiado para significar todos los tipos de fragilidad o de debilidad a los que están expuestas las comunidades o localidades de seres humanos. Asimismo, su uso, fonéticamente, se confundiría con la palabra ‘*bullying*’, por último, gramaticalmente, como sufijo, ‘vul’, al igual que ‘gro’, son sílabas poco ortodoxas para terminar una palabra.

Por lo que, para destrabar la polisemia implícita en el concepto de vulnerabilidad genérica no queda más que recurrir a un ejercicio de parasíntesis interlingual a través del uso del vocablo ‘weak’ (del inglés débil) como sufijo de morfemas, acrónimos o sustantivos relacionados a fenómenos geodinámicos y antrocinámicos. En ese sentido, surgirían nuevas palabras como: ‘potamoweak’ para señalar a aquellas localidades propensas a inundaciones, ejemplo: la *potamoweak* de Tecolutla; ‘sismoweak’ para señalar a aquellas localidades sensibles a terremotos, ejemplo: la *sismoweak* de Acapulco; ‘hipoxiaweak’ para señalar a aquellas localidades con escasas de oxígeno¹², ejemplo: la *hipoxiaweak* de la Ciudad de México (Una lista más elaborada se expone en la figura 1).

¹² En este caso, como en los anteriores, es de suma importancia definir los límites permisibles, con la intención de tener criterios definidos y confiables.

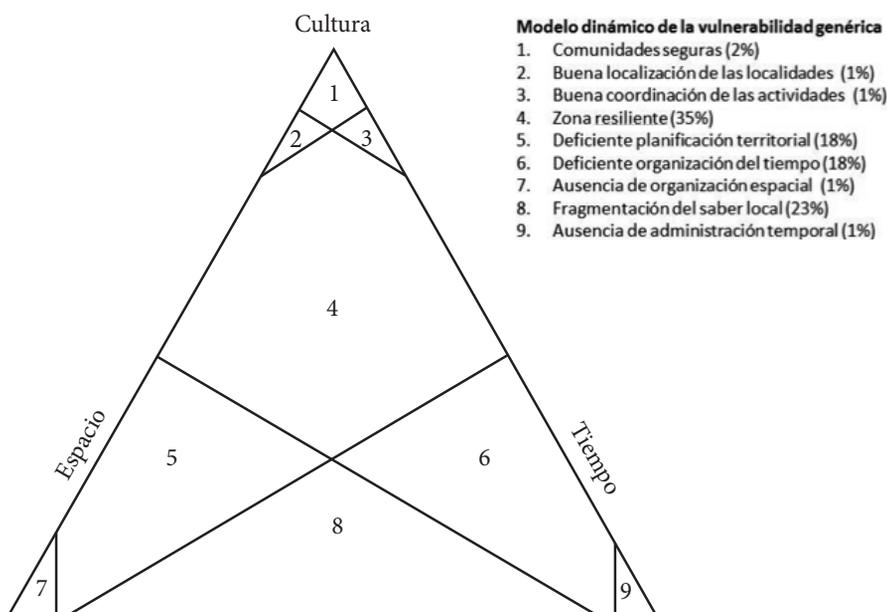
Figura 1. Parasíntesis de vulnerabilidades específicas

Ligiroweak: vulnerabilidad a los ruidos estridentes	Helioweak: susceptibilidad a la radiación solar	Hipotermoweak: disposición a sufrir hipotermia	Hipertermoweak: disposición a sufrir golpe de calor	Hipoxiaweak: vulnerabilidad por escasos de oxígeno
Amatoweak: disposición a contraer silicosis	Potamoweak: propenso a inundaciones	Pluvioweak: fragilidad a la lluvia intensa	Polluoweak: vulnerabilidad por contaminación ambiental	Zooweak: propenso a enfermedades zoonóticas
Aracnoweak: expuesto a la picadura de arácnidos	Entomoweak: expuesto a la picadura de insectos	Ictioweak: alérgico a los crustáceos y anfibios de río	Ofidioweak: expuesto a serpientes	Acaroweak: expuesto a acaros
Atomicoweak: expuesto a radiación	Toxioweak: expuesto a sustancias tóxicas	Demiaweak: expuesto a multitudes de personas	Rayoweak: propenso a ser impactado por un rayo	Sequioweak: propenso a sequías
Aeroweak: fragilidad a ráfagas de viento	Batoweak: disposición a caer en un barranco	Tepeweak: propenso a derrumbes	Dendroweak: propenso a ser impactado por un árbol	Hoploweak: vulnerabilidad a las armas de fuego
Aicmoweak: vulnerabilidad a las armas puntiagudas	Sideroweak: fragilidad ante impactos meteoricos	Misoweak: Basiloweak (vulnerabilidad a los gérmenes y vacterias)	Iceweak: impedimento para trabajar con hielo	Tecnoweak: imperdimento para trabajar con determinadas tecnologías
Lavineweak: vulnerabilidad a avalanchas de nieve	Tripoweak: vulnerabilidad a hundimientos	Tsunaweak: fragilidad a olas gigantes	Debandaweak: vulnerabilidad a las estampidas	Mareoweak: fragilidad a las marejadas
Apioweak: expuesto a la picadura de abeja	Motoweak: expuesto a polillas	Tifonoweak: fragilidad a huracanes o tifones	Tornaweak: fragilidad a tornados y trombas de agua	Musoweak: vulnerabilidad a los roedores
Cinoweak: vulnerabilidad a los perros	Sismoweak: fragilidad a ondas sísmicas	Misantroweak: vulnerabilidad a psicópatas	Aporoweak: vulnerable en la pobreza o hambruna	Pedruzcoweak: fragilidad a granizos y pedruscos
Selacoweak: expuesto a los tiburones	Laharoweak: susceptibilidad a avalanchas de lodo	Vulcaweak: fragilidad a lluvia de ceniza	Piroweak: fragilidad a incendios	Paleoviruweak: vulnerabilidad a paleovirus

Fuente: Elaboración propia.

No está de más señalar que con la tipificación propuesta el estudio de la desastreadad se agiliza en la medida de que los teóricos de la *entomoweak*, por ejemplo, podrían contrastar sus resultados con los teóricos de la *aracnoweak*, pero sobre todo porque los tres factores de la vulnerabilidad genérica: tiempo, espacio, y cultura (Figura 2), se aclararían con mayor facilidad, por ejemplo la *entomoweak*, no es una probabilidad, puesto que existe cuando las condiciones espacio-temporales y culturales limitan la calidad de vida de las personas, sobre todo de los adultos mayores.

Figura 2. Modelo dinámico de la vulnerabilidad genérica



Fuente: Elaboración propia con base en la lógica de fractales de Sierpinski.

Desde este andamiaje teórico los adultos mayores dejan de ser vistos como eternos vulnerables, pues una adecuada tipificación ayuda a caracterizar a un grupo etario en particular, a saber: con la ayuda del concepto de ‘amatoweak’ alusivo a la alergia al polvo, se podría diferenciar al menos dos grupos de adultos mayores con *amatoweak*, por ejemplo: profesores

jubilados del sur de México, que durante su vida laboral emplearon tiza de yeso presentan una menor *amatoweak* que aquellos, profesores del norte de México, que también la emplearon pero que, además, fumaron por muchos años.

Como se ve, la *amatoweak* dependería más explícitamente de las trayectorias o sendas de vida y del medio ambiente que de las estadísticas económicas, de modo que el marco teórico de la desastreadad podrá poco a poco independizarse de métodos y enfoques macroeconómicos y económicos, al tiempo de retomar avances teóricos de las ciencias sociales, tal como la calidad de vida.

De tal manera que, con este renovado andamiaje epistemológico se podrían abordar preguntas interesantes tal como ¿Cuáles son los factores sociales y ambientales que determinan la *climatoweak* (exposición a situaciones climáticas extremas) de los adultos mayores? ¿Qué tipo de estrategias sociales e institucionales son utilizadas por las personas adultas mayores de 75 y 79 años para enfrentar su *climatoweak*? ¿Qué tipos de percepciones sobre la *climatoweak* tiene los adultos mayores? A continuación se busca dar respuesta a esas y otras interrogantes.

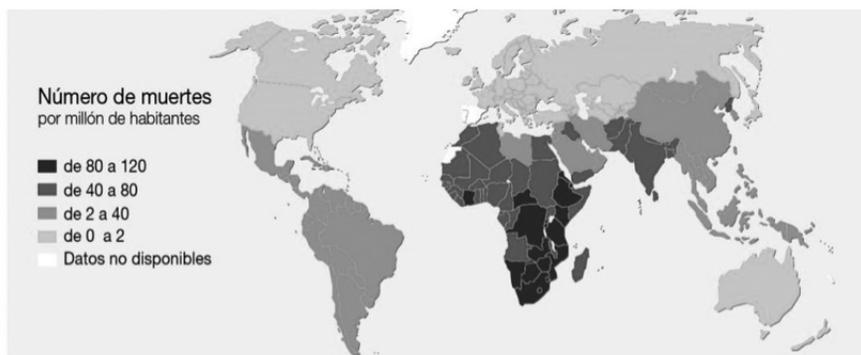
La relación del cambio climático con la vulnerabilidad

La relación del cambio climático con la vulnerabilidad se va a hallar en la elevada mortalidad atribuible al cambio climático, puesto que ciertamente este es un tema de intenso debate. Por ejemplo, conforme al último informe de la Oficina de la ONU para la Reducción de Riesgos de Desastres (UNISDR, por sus siglas en inglés), en 20 años han muerto por esta causa alrededor de 600,000 personas (González, 2015).

Por otro lado, datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) indican que en América Latina y Caribe el número de desastres (huracanes, inundaciones, olas de calor, y enfermedades como malaria y diarrea) relacionados con la meteorología se han más que triplicado desde los años 60. Cada año esos desastres causan más de 60,000 muertes, sobre todo en los países en desarrollo (todos ellos flagelos asociados al cambio

climático). A nivel mundial se observa que los impactos en la salud han sido más intensos en África, pero existen también de manera significativa en América Latina y algunas regiones de Asia (Figura 3).

Figura 3. Muertes estimadas atribuibles al cambio climático 2000



Fuente: CEPAL, Cambio climático y desarrollo en América Latina y el Caribe. Reseña 2009, sobre la base de OMS, Cambio climático y salud humana: riesgos y respuestas. Resumen, 2003.

Como se ve, el cambio climático representa uno de los mayores desafíos a los que se enfrentan las poblaciones de América Latina, por lo que los habitantes de las zonas metropolitanas presentan muchos niveles de riesgos frente a eventos extremos como ciclones, inundaciones y sequías. Por su ubicación geográfica, los mayores niveles de riesgo (alto y muy alto) los presentan las ciudades de Centroamérica, el Caribe y México, seguidas de las de Colombia y las zonas costeras del oriente de Argentina y Brasil (PNUMA-CEPAL, 2010). En ese sentido, a escala urbana, las ciudades de México, Monterrey y Guadalajara, dadas las dimensiones de su población, a primera instancia figurarían como las más vulnerables, sin embargo, desde la micro-geografía, más bien, son las personas adultas mayores que viven en pequeñas localidades las más vulnerables. A demostrar esta afirmación va dirigida el resto de la presente investigación.

Un ejemplo de *climatoweak* en el norte de Veracruz

Hace más de una década Tovar (2005) propuso una hermenéutica para la idea de desastre, al que definió como la fragmentación del saber local; bajo ese sistema categorial, la vulnerabilidad genérica se puede entender como la disminución de conocimiento para afrontar las situaciones de la vida cotidiana. En ese sentido, para determinar la *climatoweak*, o sea, la fragilidad a la inclemencia del clima de un lugar, es necesario enlistar los saberes bioculturales involucrados (tal como: oscilación térmica, climatología médica, enfermedades bioclimáticas, dengue, enfermedades diarreicas agudas, enfermedades respiratorias agudas, exposición a frío excesivo, golpe de calor, pie diabético, traza urbana y equipamiento, arquitectura bioclimática), puesto que su fragmentación o desconocimiento es directamente proporcional a la severidad de la *climatoweak*, por lo que a continuación se va a hacer referencia a una serie de saberes bioculturales, así como a la forma en que su ausencia o merma conduce a una particular forma de vulnerabilidad, la cual se ha denominado como *climatoweak*.

Indicadores para determinar el grado de la *climatoweak*

Es preciso mencionar que el pleno conocimiento de tales saberes bioculturales, a modo de indicadores, conduce a una población en particular a una estadía de seguridad socioambiental, mientras que la ausencia de tales indicadores merma la calidad de vida de una población en particular de modo que en esta otra estadía se estaría experimentando la *climatoweak*. Al respecto, como ejercicio pedagógico, sólo se han podido documentar 11 formas de saberes bioculturales vinculados directamente con la *climatoweak*, la develación del resto de saberes bioculturales, ligados a esta forma de vulnerabilidad socioambiental es tarea pendiente para otras investigaciones.

Oscilación térmica

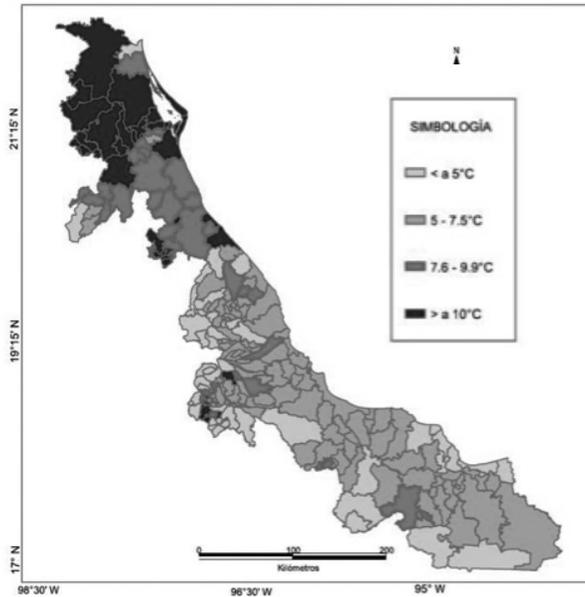
La oscilación térmica se refiere a la diferencia de las temperaturas medias mensuales observadas en un periodo determinado. En la zonificación de la oscilación térmica del territorio veracruzano se consideraron los once climas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2011), los cuales en función de la oscilación anual de las temperaturas medias mensuales¹³, se pueden agrupar en cuatro grandes áreas: la primera y más grande de ellas es una zona medianamente isotermal (de 5° a 7.5° C) que va desde el municipio de San Rafael (región Nautla) hasta Las Choapas en el sureste del estado, abarcando la mayoría de las entidades menores a 1,000 metros sobre el nivel del mar; la segunda zona se imbrica con la anterior, pero se diferencia por ser sumamente isotermal (menor a 5°C); la región Totonaca y la Huasteca Baja dan origen a la tercera zona, cuyo rasgo distintivo es su gradiente térmico menor a 10°C, pero superior a 7.5°C; finalmente, al norte del estado, en la región Huasteca Alta, se sitúa la zona más extremosa de Veracruz (Vázquez, 2013), figura 4¹⁴.

Si bien es cierto, que el ser humano se ha adaptado a cualquier tipo de clima es necesario precisar que él mismo durante su senectud, se enferma de manera diferencial en función del tipo de clima en donde habita por lo que es necesario que cada adulto mayor del estado de Veracruz sepa a qué tipo de región isotermal pertenece, de lo contrario continuamente estará sufriendo cambios abruptos de temperatura, con excepción de los habitantes de los municipios privilegiados con clima isotermal (por ejemplo: Coatzacoalcos o Agua Dulce), cuyo conocimiento no influye en su *climatoweak*.

¹³ De las tres variables climáticas hemos decidido abocarnos al análisis de la oscilación anual, puesto que nos interesa conocer cómo impactará ese medio grado centígrado a cada municipio en particular. Advertimos que algunos municipios climáticamente fronterizos posiblemente dejen de ser isotermales y se tornen ligeramente extremosos, como en el caso del municipio de Nautla.

¹⁴ La cartografía temática fue desarrollada a partir del software GvSIG (Sistemas de Información Geográfica de patente libre).

Figura 4. Oscilación térmica por municipio en Veracruz



Fuente: Vázquez, 2013

La geografía médica

La geografía médica se enfoca en analizar la relación que existe entre los fenómenos geodinámicos y ambientales (tales como: humedad, presión atmosférica, viento, tipo de vegetación, tipo de fauna, tipo de rocas, etcétera) y la influencia de ellos en las funciones del organismo. Por ejemplo, el viento es capaz de purificar el aire eliminando contaminantes y toxinas; también, puede afectar a la liberación de algunos neurotransmisores, como es el caso de la serotonina¹⁵.

¹⁵ La serotonina, es una hormona asociada a múltiples funciones en el organismo, está involucrada en la regulación del apetito ya que está relacionada con el sentimiento de saciedad o ayuda a controlar la temperatura corporal. También, interviene en la regulación del sueño, ya que es necesaria para que se genere melatonina, proteína que se forma en el cerebro en concreto en la glándula pineal, y que regula el sueño. Se conoce hoy en día que los niveles de serotonina aumentan al atardecer y no bajan hasta el amanecer.

Algunos estudios sobre la fragmentación de la cultura y la economía han mostrado la existencia de una relación directa entre los desastres, las enfermedades y el cambio climático, demostrando que estos tienen una componente socioambiental (García, 2006), de igual forma las enfermedades bioclimáticas, sobre todo las endemias, tienen un componente biogeográfico en función del tipo de medio ambiente en donde se habita. Por ejemplo, el bocio endémico que hace un par de décadas se había erradicado del municipio de Sayula de Alemán, Veracruz, ahora nuevamente se está manifestando, al parecer debido a la insuficiencia de yodo en la sal de mesa que se importa. Hoy en día, los adultos mayores, de dicho municipio, a pesar de haber consumido cantidades suficientes de yodo a lo largo de su vida, se puede decir que experimentan la *endemoweak* (o fragilidad a enfermedades endémicas, en este caso particular, al bocio endémico) a consecuencia de una medida macroeconómica aplicada de manera inadecuada.

En ese sentido, para solucionar la *endemoweak* del municipio de Sayula de Alemán, Veracruz, cada adulto mayor de dicho lugar debe saber que vive inmerso en una región de bocio endémico, cuya prevención estriba en el consumo adecuado de yodo, y que éste se concentra en cantidades suficientes en las bolsas de sal producidas en México más no en aquellas bolsas de sal importadas. Como se ve, el desconocimiento de las etapas y correlaciones de la geografía médica, conduce en este caso, a la *endemoweak* de los adultos mayores¹⁶.

Las enfermedades bioclimáticas y la sociedad veracruzana

La Organización Meteorológica Mundial (OMM, 1992), define a la bioclimatología como la ciencia que estudia la influencia ejercida por el clima sobre los organismos vivos. Mientras tanto, la bioclimatología humana estudia la influencia del clima sobre los seres humanos. Uno de sus

¹⁶ Sirva el ejemplo anterior para argumentar la obsolescencia de las mediciones macroeconómicas disfrazadas de indicadores de vulnerabilidad que muchos modelos y metodologías emplean.

objetivos es la determinación de una zona de bienestar térmico (Cervantes y Barradas, 2010). Cabe mencionar que, los elementos meteorológicos no actúan de manera aislada, la atmósfera actúa como un todo sobre el organismo humano.

De acuerdo con Fanger (1970), se ha reconocido que las variables meteorológicas más importantes o intrínsecas al organismo que afectan la condición de confort a nivel de actividad son: producción de calor por el cuerpo humano, resistencia térmica de la ropa, temperatura del aire, flujos de energía (calor) intercambiados, rapidez relativa del viento y presión de vapor del agua (humedad). Por lo que (Henstschel, 1986), destacó la importancia de la medición real de las variables meteorológicas de la zona climática donde se realizan los estudios bioclimáticos.

Ahora bien, Veracruz posee las condiciones ecológicas y ambientales propicias para la transmisión de muchísimas enfermedades bioclimáticas (la tabla 1 muestra sólo las más comunes), es por tal motivo, que las enfermedades bioclimáticas y la vulnerabilidad no pueden analizarse desde una visión macro generalizada.

Dengue

Quizá sea la epidemia más difundida por los medios masivos de comunicación, pero quizá también su prevención sea la menos comprendida: el dengue es una infección viral transmitida por mosquitos, dicha infección causa síntomas gripales y en ocasiones evoluciona hasta convertirse en un cuadro potencialmente mortal. Se presenta principalmente en regiones tropicales y subtropicales, sobre todo en las regiones urbanas y semiurbanas. La región sur de Veracruz se caracteriza por tener un incremento de casos, por ejemplo, en Acayucan ha persistido desde la década de los años 90 del siglo XX; mientras que, en Mecayapan, Coatzacoalcos, Lázaro Cárdenas e Ixhuatlán del Sureste, se tienen registros por encima de los 200 casos por cada 100,000 habitantes (Navarrete, *et al.*, 2006). Sin embargo, paradójicamente la *dengueweak* (vulnerabilidad al insecto *Aedes*) es mayor en los municipios vecinos en donde aún no se presentan tantos

casos, por ejemplo, en el municipio de Jesús Carranza las tasas bajas de esta enfermedad han creado una cultura de no prevención. Aunado a ello, las personas al desconocer que, debido al cambio climático, las variables de temperatura y humedad que benefician la reproducción de dicho mosquito, ha cambiado la distribución de las isolíneas creen que el mosquito sólo afecta a las regiones endémicas de antaño.

Tabla 1. Enfermedades bioclimáticas más divulgadas

Enfermedad	Patógeno o vector	Temperatura mínima (° C)	Temperatura máxima (° C)	Humedad	Periodo de latencia
Dengue	Aedes	6 a 10	44 a 46	Sí	7 a 14 días
Chikungunya	Aedes	> 8	44 a 46	Sí	
Zika	Aedes aegypti lbopictus	>8	44 a 46	Sí	2 y 7 días
Bocio endémico	Carencia de yodo	-	-	No	-
EDAs	Virus, bacterias y protozoarios	-	-	Sí	1 a 10 días 1 a 8 días 8 a 20 días
IRAs	Virus y bacterias	-	-	-	4 a 11 días
Exposición a frío excesivo	-	6	-	-	-
Golpe de calor	-	35	40	Sí	-
Pie diabético	Hongos y bacterias	30	35	Sí	-

Fuente: Elaboración propia, 2016.

Enfermedades Diarreicas agudas (EDAS)

Son producidas por virus, bacterias, hongos y sobre todo parásitos que afectan a las poblaciones con sistemas inmune vulnerables, caso concreto de niños menores de 5 años y adultos mayores a partir de 60 años (Campos, 1990). El contexto geográfico de este padecimiento, se presenta de forma crónica o permanente en regiones tropicales como en los municipios de Minatitlán y Coatzacoalcos. Asimismo, la región norte de la Huasteca Alta y Media (municipios de Tempoal, Papantla, Poza Rica y Cerro azul), presenta altas tasas de enfermedad. Ahora bien, la *endemoweak* por EDAS que experimentan los ancianos de estos lugares se podría disminuir principalmente si nunca se bajara la guardia en torno a la profilaxis hacia frutas, verduras y carne.

Lamentablemente, debido a que la gente de aquellas regiones cree que con la edad el estómago “se curte”, o se hace invulnerable a cualquier parásito, aunado a las nulas campañas anuales de desparasitación, los adultos mayores no tienen el hábito de la profilaxis hacia los alimentos de ingesta cruda. Ahora bien, pese a que existen desparasitantes libres de patente, así como puntos de venta de cloro a bajo costo, la única vía que no se ha explorado para reducir realmente la *endemoweak* por EDAS de Minatitlán y Coatzacoalcos, es la divulgación científica. En efecto, mientras los habitantes no conozcan ni vean, a través de un microscopio, a los flagelos que los laceran, sobre todo en la tercera edad, no se podrá instituir el hábito de la profilaxis de alimentos crudos.

Enfermedades respiratorias agudas

Son ocasionadas en su mayoría por bacterias y virus que se transmiten de persona a persona a través de las gotas de saliva que se expulsan al toser o al estornudar. También, pueden ser transmitidas por contacto con superficies contaminadas como manijas de puertas o barandales de transporte público, etcétera (Secretaría de Salud, 2015). El contexto geográfico de este padecimiento se presenta de forma crónica o permanente en regiones

con elevadas fluctuaciones de temperatura a lo largo del día. De acuerdo con (Vázquez, *et al.*, 2013), dichas enfermedades respiratorias se pueden agravar debido a las percepciones difusas que conducen a una desarmonía entre los adultos mayores y su medio ambiente.

Ahora bien, la exposición prolongada a bajos niveles de temperatura o frío produce hipotermia, es decir, cuando el organismo tiene una temperatura central corporal inferior a 35° C, presenta varios estadios de *hipotermoweak*: leve: 32 – 35°C; moderada: 28 – 32° C y grave: cuando la temperatura corporal es inferior a 28° C. Dicha situación puede estar ocasionada por causas exógenas (exposición prolongada al frío sin ropa de abrigo, inmersión en agua fría, permanencia en el suelo a consecuencia de una caída) o por causas endógenas (fármacos, consumo excesivo de alcohol, procesos neurológicos que alteran la termorregulación).

Bajo esa lógica, sí un adulto mayor de la comunidad del Conejo, municipio de Perote, Veracruz, durante la temporada invernal, se encuentra paseando su ganado en plena caída de aguanieve a una temperatura de 12° C y no se hidrata ni tampoco ingiere carbohidratos ni grasas que lo ayuden a generar calor, se asume que durante la primera hora el anciano está en una situación de *hipotermoweak*, por lo que luego de un periodo de dos horas el anciano puede sufrir un caso de hipotermia. Con este ejemplo se quiere subrayar que la *hipotermoweak* es algo así como la estadía o la antesala de la hipotermia, es decir, la vulnerabilidad es una situación previa a alguna enfermedad o padecimiento, más no una probabilidad.

Golpe de calor

Es un padecimiento que se presenta cuando el cuerpo alcanza una temperatura de 40° C. Para los adultos mayores es común sufrir más este tipo de problema debido a que su sistema inmune se ha debilitado; a su vez el uso de ciertos medicamentos también incide en el incremento de la temperatura corporal (sobre todo los antihistamínicos). Por ejemplo, resulta contraproducente el consumo de fenilefrina en lugares o situaciones donde la temperatura supera los 35° C, pues sus efectos tienden

a incrementar la presión arterial, de modo que si una persona mayor a 60 años se encuentra en la temporada de verano en la Huasteca Alta del estado de Veracruz, el efecto de dicho medicamento será muy perjudicial para el paciente¹⁷; en cambio sí un anciano toma el mismo medicamento y dosis en la región montañosa del estado de Veracruz el resultado será idóneo para el organismo debido a que en dicha región, el ambiente no rebasa temperaturas mayores a 25°C durante el verano (*Op. Cit.*). Como se ve, no todos los adultos mayores están expuestos a una situación de *hipertermaweak*, pues como se vio en este último ejemplo, la exposición a elevadas temperaturas depende principalmente de dos factores: zonas con fuertes oscilaciones termales e ingesta de antihistamínicos durante la estación de verano en regiones calurosas.

Pie diabético

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) el pie diabético es uno de los principales casos de amputación no traumática de los miembros inferiores. La misma OMS (1994) definió el pie diabético como una infección, ulceración o destrucción de tejidos profundos, asociada con anormalidades neurológicas (pérdida de la sensibilidad al dolor). Sin embargo, observaciones empíricas advierten que para los adultos mayores con pie diabético que viven en lugares expuestos a temperaturas extremas (mayores de 35° C), el calor suele ser una variable significativa que acelera de manera exponencial la rápida destrucción de los tejidos. A conjeturas similares llegó un grupo de epidemiólogos de Cuba (Raíces, 2010), puesto que en una de sus recientes investigaciones descubrieron fortuitamente que en varios municipios de La Habana que estaban infestados por el *Aedes aegypti* aumentaron los casos de infección de las úlceras

¹⁷ De igual forma, la clorfeniramina ingerida en climas muy cálidos por ancianos para el tratamiento de asma no les elimina las secreciones sino al contrario les incrementa la cantidad de secreciones, por lo que los pacientes de 60 años y más, de las regiones no isotermas de Veracruz, a quienes se les administra este fármaco, presentan casi siempre un glaucoma no diagnosticado.

del pie diabético. Por tal motivo éste puede considerarse como una enfermedad bioclimática, asimismo, la exposición continua en ambientes del *Aedes* también puede considerarse como una *entomoweak* (vulnerabilidad a insectos) muy severa para los adultos mayores con diabetes.

Traza urbana y equipamiento

El grado de teselación urbana se refiere a una relación porcentual entre la forma ortogonal y ciertos patrones teselados agudos que presentan todas las ciudades del mundo. Donde los valores menores al 10% se corresponden con ciudades o localidades con alta perpendicularidad o trazo en damero, mientras que, las incidencias por arriba del 70% aluden a ciudades con trazas urbanas muy sinuosas o triangulares.

La importancia de conocer el grado de teselación urbana de ciertas localidades, para el caso de la vulnerabilidad socioambiental, estriba en que advierte sobre una problemática tripartita, típica de las aglomeraciones modernas: el traslado al equipamiento médico en las horas pico. Dicho movimiento para los adultos mayores, que habitan en una teselación aguda, contribuirá a un escenario trágico debido a que aumenta su vulnerabilidad en el momento que se opta por dejar de frecuentar al médico, por la sencilla razón de evitar el movimiento pendular de la población por un sinfín de callejones irregulares.

Para ilustrar esta sutil forma de vulnerabilidad, a la cual se denomina *teselaweak* (estrés por exposición a deficientes trazas urbanas), se va a exponer el caso de cinco municipios del norte de Veracruz, a saber: Tuxpan, Poza Rica, Papantla, Cerro Azul y Martínez de la Torre. De este conjunto de municipios, Poza Rica presenta menos del 5% de teselación urbana, mientras que la ciudad de Papantla tiene más del 70% de su red urbana teselada, las otras tres localidades tienen en promedio menos de 28%. Lo que quiere decir que, el traslado hacia los centros de salud es muy complicado y tortuoso, para el adulto mayor promedio de Papantla, mientras que, en Poza Rica, dicho movimiento es prácticamente muy fácil. Curiosamente, en el municipio de Papantla para resolver la mala planificación

urbana se ha optado por condensar en su demarcación a la mayor cantidad de centros de salud del norte de Veracruz, lo cual lo pone a la cabeza en capacidad para atender a su población de 60 y más (Tabla 2).

Tabla 2. Sistema de salud del norte de Veracruz

ID	Municipio	Región	Pob. 60 y más	Centros de salud	Demanda relativa	Capacidad de atención (am)
131	Poza Rica de Hidalgo	Totonaca	22,646	26	871	1,300
124	Papantla de Olarte	Totonaca	18,498	30	617	1,500
189	Tuxpan de Rodríguez Cano	Huasteca	15,643	14	1,117	700
102	Martínez de la Torre	Centro Norte	9,902	7	1,415	350
34	Cerro azul	Huasteca	3,915	12	326	480

Fuente: Elaboración personal con datos de INEGI, 2011

En cuanto al equipamiento de infraestructura de salud, conforme al análisis de la tabla 2, se puede apreciar que el municipio de Cerro azul tiene la menor demanda, puesto que, estadísticamente, por cada 326 adultos mayores hay un centro de salud, asimismo, la suma de sus centros de salud tiene la capacidad de atender a 480 adultos mayores, de manera que, la vulnerabilidad gerontológica allí es baja en comparación con el municipio de Martínez de la Torre, que tiene el mayor problema de atención hacia la población de 60 años y más, en efecto, este último registra que por cada 1,415 adultos mayores hay un centro de salud, sin embargo dada la cantidad de centros de salud con los que cuenta, sólo tiene la capacidad de atender a 350 adultos mayores.

Por ello, en este lugar la vulnerabilidad que experimentan los adultos mayores es muy alta, porque en teoría, su sector salud sólo puede brindar

un servicio de calidad a uno de cada cuatro adultos mayores. Como se ve, se especula con la atención médica, hecho que queda al descubierto cuando se presentan oleadas de endemias o epidemias y las filas de enfermos crónicos desbordan los centros de salud.

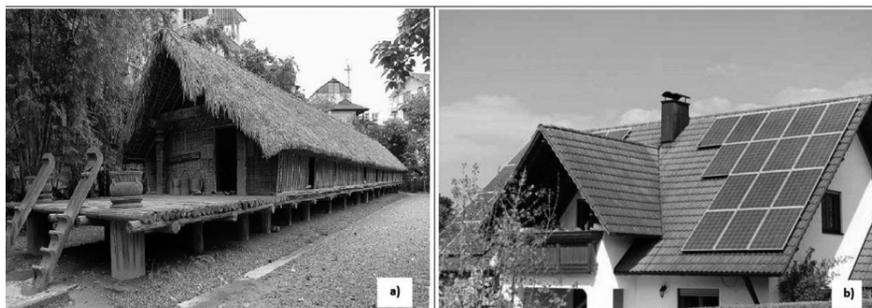
Arquitectura bioclimática

Como su nombre lo indica la arquitectura bioclimática se refiere al diseño y construcción de viviendas considerando de manera preponderante las condiciones climáticas (sol, lluvia, vegetación, etcétera), con la intención de optimizar los recursos naturales y disminuir los impactos ambientales. Actualmente, se distinguen dos tipos de arquitectura bioclimática: a) la domótica y b) la tradicional. Un ejemplo de arquitectura bioclimática domótica, son todas aquellas casas californianas que cuentan con paneles solares que les ayudan a mejorar la gestión energética. Como ejemplo de arquitectura étnica, como también se le conoce a la arquitectura bioclimática tradicional, se trae a colación a las famosas casas en zancos del río Amazonas, cerca de Manaus, Brasil (Figura 1).

Para los estudios de vulnerabilidad socioambiental es de gran importancia considerar la preservación de la arquitectura bioclimática de un lugar determinado, puesto que a medida que ésta se va mutando y estandarizando hacia la autoconstrucción por *block* (hormigoneo urbano), las viviendas dejan de fungir como albergues de sus habitantes para tornarse en celdas de pernocta¹⁸. En efecto, las viviendas de concreto sólo generan beneficios hacia la salud de sus habitantes en la medida en que estos puedan pagar por servicios energéticos (electricidad y gas-LP, principalmente), de lo contrario un cuarto de cemento sin servicios energéticos acarrea más problemas de salud y es justamente esta circunstancia la que experimentan los adultos mayores que no viven en casas de arquitectura bioclimática.

¹⁸ Lo que origina toda una serie de descomposición del tejido social.

Figura 5. Tipos de arquitectura bioclimática



Lado izquierdo (a), arquitectura vietnamita tradicional; lado derecho (b), arquitectura domótica de California. Fuente: Vázquez y Tovar, 2016.

Bajo esa lógica, la eficiencia ambiental de las viviendas, debido a su arquitectura bioclimática tradicional, es mayor en ciertas localidades rurales del norte de Veracruz que las de la región sur. Por ejemplo, en la localidad de Horcón Potrero, municipio de Tempoal, región Huasteca Alta, se constata que la arquitectura tradicional la presentan alrededor del 50% de las viviendas. Al respecto, se puede argumentar que los adultos mayores que habitan en casas con techos altos a dos aguas, rodeados de un huerto doméstico, presentan menor una climatoweak que aquellos sexagenarios que viven en cuartos de concreto cerca de la cabecera del municipio.

Esta realidad se hace muy evidente durante el verano, cuando la temperatura más alta en la región alcanza los 42°C, mismos que los adultos mayores, que habitan casas de concreto, deben soportar al no poder costear los \$ 9,000 pesos que cuesta la instalación de un sistema eléctrico de auto-clima, sin contar los \$ 450 pesos mensuales que se requieren para mantenerlo funcionando. Al interior de las casas bioclimáticas de Horcón, norte de Veracruz, la temperatura es de 38°C y cerca del jardín es de 36°C.

Consideraciones finales

La vulnerabilidad socioambiental, desde la interdisciplina, implica catapultar los marcos epistemológicos hacia el pensamiento complejo en su acepción de diverso. Por ejemplo, hace medio siglo, la sociología tradicional descartó al determinismo geográfico para darle prioridad al enfoque posibilista de fondo tecnocrático; de igual forma actuó la arquitectura urbanística, al grado tal que hoy en día el estereotipo del mercado inmobiliario excluye tajantemente los requerimientos ambientales y climáticos de los adultos mayores. Esta situación, ha orillado a generar algunas preguntas: ¿es adecuada la infraestructura, pública y privada, para el ritmo de vida de los adultos mayores urbanos o rurales? ¿La *climatoweak* aumenta con la edad del ser humano, si así fuera, qué factores realmente la componen, hay manera de reducirla? ¿Cómo influye la variabilidad climática y social en la vida cotidiana de los adultos mayores de 60 años?

A través de nuestro análisis espacial, se pudo ver cómo el contexto de socioambiental incide más en la población anciana, y que su estudio actualmente es mucho más complejo que la aglomeración de variables macroeconómicas, puesto que los procesos socio-espaciales concernientes a las diversas formas de vulnerabilidad en contextos de pobreza, acceso a la protección social y la falta de oportunidades ahora están imbricadas al fenómeno del cambio climático.

Bajo ese marco, la sociedad adulta mayor veracruzana constituye un importante desafío para los científicos ya que les es difícil identificar los impactos del clima actual sobre la salud, debido a la gran cantidad de factores sociales, tecnológicos, geográficos, demográficos y ambientales, entre otros más que hay que tomar en cuenta para los estudios y las modelaciones, pues no basta con aglutinar índices de desarrollo humano y asociarlos subjetivamente al campo de la vulnerabilidad, como lamentablemente se ha venido haciendo. Asimismo, se recomienda a los tomadores de decisiones seleccionar acciones que proporcionen beneficios tomando conciencia de que la sociedad veracruzana vive inmersa en una gran variedad de escenarios climáticos.

A pesar de estas dificultades, sería prudente asegurarse de que los sistemas de salud nacionales y locales del país se encuentren preparados e informados con programas de prevención, acerca de los efectos negativos del clima sobre la salud del sector envejecido. La ventaja de lo anterior en materia de salud pública, radica en que es mucho menos costoso manejar las enfermedades de manera preventiva y no reaccionando a una crisis. Por tal circunstancia, es necesario conocer a profundidad la *climatoweak* a la que se enfrenta el adulto mayor de las distintas regiones del norte y sur de Veracruz.

Bibliografía

- Campos, J.(1990), Tercer curso anual de actualizaciones en medicina interna, Bogotá, Fundación Santa Fe de Bogotá.
- Cervantes, J. y V. Barradas. (2010) “Ajunte de escalas de sensación térmica para Xalapa, Veracruz, México” en *Investigación y Ciencia*. 48(18), Aguascalientes. Universidad Autónoma de Aguascalientes. pp. 30-37.
- Fanger, P. (1970) Thermal comfort. *Analysis and applications in Environmental Engineering*, Copenhagen, Danish Technical Press.
- Hentschel, G. (1986) “A human biometeorology classification of climate for large and local scales”. En *Climates and human health. Proceedings of the symposium un leningrade*, vol. 1, Ginebra. World Meteorological Organization. pp. 120-138.
- González, R. (2015) “Desastres Naturales mataron a 606,000 personas en 20 años” en *Vozenvoz*, 24 noviembre, 2015. Documento disponible en:< <http://www.vozenvoz.com/temas/sociedad/desastres-naturales-mataron-a606000-personas-en-20-anos/>>.

García, V. (2006) Estrategias adaptativas y amenazas climáticas. En: *Más allá del cambio climático. Las dimensiones psicosociales del cambio ambiental global*. México, D.F. Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales, Instituto–Nacional de Ecología–Universidad Nacional Autónoma de México–Facultad de psicología.

INEGI. (2011) Grupos y subgrupos de climas de México. [Serie cartográfica], Aguascalientes, México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

ISDR. (2000) Reducción de desastres en las Américas. *Secretaría Intergubernamental de la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres*, número 1, Washington, D. C.

Lema, I. (2007) El cambio climático y la salud humana, México, Instituto Nacional de Ecología, SEMARNAT.

Macías, J. (2015) “Crítica de la noción de resiliencia en el campo de estudios de desastres” en *Revista Geográfica Venezolana*, 56(2), Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela; pp. 309-325.

Navarrete, J; J. Acevedo; E. Huerta; J. Torres; R. Gavaldón. (2006) “Prevalencia de anticuerpos contra dengue y leptospira en la población de Jaltipán, Veracruz” en *Salud Pública*, 48(3), Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública; pp. 220-228.

OMM. (1992) *Vocabulario Meteorológico Internacional*, Ginebra, Suiza, Organización Meteorológica Mundial.

OMS. (2012), *Diabetes*. Nota descriptiva N°132, Washington, D.C., OMS.

—, (2016) *Cambio climático y salud*. Nota descriptiva N°266, Washington, D.C., OMS.

- PNUMA-CEPAL. (2010) *Gráficos Vitales del Cambio Climático para América latina y el Caribe*. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Oficina Regional para América Latina y el Caribe, pp. 1-44.
- Raíces, M. (2010) “¿Podrían las Brigadas de lucha contra el mosquito *Aedes aegypti* ayudar a reducir los índices de amputación por úlceras de pie diabético en Cuba?” en *Biotecnología Aplicada*, 27(2), Editorial Elfos Scientiae; pp. 173-174.
- Sánchez, D. y C. Egea. (2011) “Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores” en *Papeles de Población*, 17(69), pp. 151-185. Toluca, México, Universidad Autónoma del Estado de México
- Seghal, R. (1996) “Dengue fever and El niño” en *The Lancet*, 349(9053), Elsevier Limited; pp. 729-730.
- Tovar, R. (2005) Construcción social de los espacios peligrosos. Una hermenéutica del desastre desde la geografía, (Tesis de maestría en geografía), México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Tovar, R. (2007) “Origen de la desastreidad” en *Revista Ágora. Revista de Historia e Geografía*, 13(2), Brasil. Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC; pp. 85-112.
- Tovar, R. (2009) *Origen de la desastreidad. Una hermenéutica del desastre desde la geografía*, (Tesis de doctorado en geografía), México, Universidad Nacional Autónoma de México.

Vázquez, F., Rodrigo Tovar y Shany Vázquez, (2013), “La percepción del cambio climático e infecciones respiratorias agudas en adultos mayores, algunos casos veracruzanos” en *Sociedad y Ambiente*, 1(2), San Cristobal de las Casas, México. El Colegio de la Frontera Sur. pp. 75-97.

Vázquez, S. (2013) *Análisis de la calidad de vida en adultos mayores en dos zonas climáticas del estado de Veracruz*, (Tesis de maestría), Xalapa, Veracruz, México, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana.

Vázquez, S. y R. Tovar. (2016) “Vulnerabilidad climática y social en los adultos mayores de dos regiones del Golfo de México”. En *5 Congreso Nacional de Ciencias Sociales*, 14-19 marzo de 2016, Guadalajara, Jalisco, México.

Wilches, Ch. (1998) “Conceptos básicos para entender que hay detrás de los riesgos y los desastres” en Wilches Ch., *Auge, Caída y Levantada de Felipe Pinillo, Mecánico y Soldador o Yo voy a correr el riesgo*, Perú, La RED.

IX. Migración y la recomposición de las unidades de producción agrícola en ancianos: retos para la configuración de estrategias alimentarias y redes de apoyo social en el Estado de México

Andrés Méndez Palacios Macedo

175

Ruralidad, migración y recomposición del tejido social agrícola

La ruralidad, conceptualizada desde las ideas desarrollistas, se inscribe en una serie de relaciones dicotómicas entre los espacios del campo y la ciudad. El progreso representado por la urbanización de los países más desarrollados representó el ideal apetecible para el campo, dado que significaba modernidad. De esta forma, desde la política de Estado se comenzó a asumir a la población rural como el residuo atrasado del progreso nacional (Vizcarra, 2004) y, por ende, las dinámicas de incorporación de la mano de obra campesina a la economía de mercado obedecieron el patrón de la proletarianización, dejando de lado la especificidad de un grupo fundamental para el devenir histórico mexicano y la construcción ideológica desde comienzos del siglo pasado (Monroy y Juan, 2009).

Dentro de la agenda pública nacional, a partir de la entrada en vigor de las reformas de corte neoliberal de los años 80 y, sobre todo, desde de la modificación del artículo 27 constitucional, se ha desdibujado el papel de las sociedades agrícolas dentro del tejido público nacional, particularmente en el espacio de su participación en la economía. El sector campesino, otrora dedicado en específico a las actividades agropecuarias, se ha partido, desagrarizado y proletarianizado buscando cumplir con las expectativas del mercado internacional y dejando a un lado la producción para consumo (Salas-Quintanal y González de la Fuente, 2013; Monroy y Juan, 2009).

Así mismo, la construcción ideológica de la vida campesina ha perdido rápidamente espacio dentro de la cotidianidad de los grupos rurales

siendo sustituida por el de la lógica fabril. Cuando antes las experiencias de vida se configuraban en torno a los ciclos naturales de la cosecha, donde la noción del tiempo y de su uso particular contribuía a la reproducción cultural, las demandas de la industria agrotecnológica han implantado nuevas formas de vida con mucho mayor apego a los ideales de la urbanización (de Grammont, 2008). Dicho fenómeno ha permeado en toda la sociedad, puesto que las nuevas generaciones rechazan cada vez más su incorporación “natural” al trabajo agrícola y atribuyen mayor valor al estilo de vida ciudadano, siempre vinculado con la noción del progreso ampliamente difundida por el Estado (Damián et al., 2009; Salas y González de la Fuente, 2014).

En la actualidad, se han desdibujado ciertos límites entre el campo y la ciudad: existen nuevos territorios y sujetos que construyen diariamente diversas relaciones entre el campo, la ciudad y la sociedad en general (de Grammont, 2008). La realidad rebasa la vieja conceptualización dicotómica ante una complejidad de la organización social y su capacidad de generar estrategias de subsistencia, puesto que la dependencia de las actividades agropecuarias ha sido superada (Salas y González de la Fuente, 2013)

Por más de cuatro décadas, las comunidades rurales tradicionales sustentaron su reproducción en la economía agraria, principalmente representada por el cultivo de autoconsumo y el intercambio de valores de uso entre los productores. La organización de la vida en comunidad estaba regida por el ciclo agrícola, por lo que cada miembro de ella, dedicado casi exclusivamente al campo, contribuía al ingreso del hogar y a resolver las necesidades de la unidad doméstica. La tierra era medio de producción más valioso, por lo que se le confería un valor sagrado y también, el trabajo en la misma era la forma vital en que construían su identidad (Mora-Delgado, 2008).

A finales de los 70, América Latina sucumbió ante la peor crisis en la rentabilidad del campo, provocada por las reformas neoliberales y el crecimiento sucinto de los países industrializados, quienes dejaron de ser consumidores de los insumos fabriles comercializados por las economías periféricas. Ante la incapacidad de respuesta del libre mercado, de la cual

resultó la exacerbación en la polarización económica y social del mundo, se implementaron medidas encausadas en impulsar la agrotecnología, vía fomentos para la privatización y apertura comercial del campo, lo cual impulsó el fortalecimiento de las cadenas productivas nacionales a un elevado costo social: el de la volatilidad en los precios de los alimentos básicos, sujetos a merced del mercado internacional (Vizcarra, 2004).

Bajo la lógica de mercado, la variación en los precios no debía tener una repercusión tal como la merma de la capacidad adquisitiva de los hogares campesinos. Con base en subsidios, créditos y apertura comercial, todo ejidatario podía bien haber entrado en una dinámica de modernización y competencia (Bartra, 2009), no obstante, la transformación de la actividad agrícola en un nicho rentable sólo favoreció a un pequeño sector de la población y aumentó la brecha de la desigualdad entre los hogares rurales, en lugar del tan ponderado progreso e integración nacional, principalmente en los países latinoamericanos.

A medida que los países se fueron incorporando a los sistemas de producción agrotecnológica, el campo se fue alejando cada vez más de lograr su subsistencia, perdiendo su autarquía relativa (Gómez, 2008). El campesino dejó sus cultivos tradicionales para involucrarse en las plantaciones industrializadas, por lo que su identidad se empezó a configurar tanto por elementos propios como ajenos a su comunidad (Monroy y Juan, 2009). Los líderes de las unidades de producción familiar depositaron la toma de decisiones en las industrias, por lo que se rompió con el tiempo del campesino al escindirlo del ciclo agrícola (Brunel, 2008). Los conocimientos tradicionales se desacreditaron para darle paso al de los de los ingenieros y especialistas, con lo que no sólo se perdió el control de la tierra, sino la autoridad de la familia en manos del dominio industrial. El mercado externo se erigió como regulador de los precios, lo cual propició inseguridad sobre los tiempos y recursos disponibles. La familia y la comunidad se vieron en la necesidad de incorporar nuevos elementos organizativos y nuevas formas de trabajo y cultivos, para continuar su proceso de reproducción (Vázquez, 2010).

En México, la pauperización de los hogares campesinos se expresó en el aumento en el déficit alimentario, por lo que el Estado puso en marcha

una serie de programas diferenciados por los modelos bajo los cuales se adscribe en cada momento histórico (Bartra, 2008). Mientras el Estado de Bienestar intentó aumentar la disponibilidad de alimentos con base en mejorar los factores de la producción en el sector agroalimentario y regulando los mercados de los agroalimentos mediante la intervención directa del gobierno, el segundo lo abrió a la libre competencia del capital, promoviendo créditos para los agricultores y las técnicas de producción en masa.

La baja rentabilidad de los cultivos provocó que la agricultura dejara de ser la actividad económica primordial, por lo cual la migración hacia la ciudad o hacia otros países, se convirtió en una estrategia de sobrevivencia, aun cuando hizo incierta la garantía del flujo de riqueza al interior de la unidad de producción. Al principio las mujeres se incorporaron en mayor proporción a las actividades agrícolas (más adelante también se diversificaron las fuentes de empleo), dada la migración de los jóvenes (Monroy y Juan, 2009). El resultado fue la reconfiguración de las familias, la cual redefinió la organización social y los lazos de apoyo.

La transformación en el patrón de cultivos y el auge de la agrotecnología practicada durante los últimos años, ha requerido de los campesinos, quienes se han visto obligados a vender su fuerza de trabajo tanto en el sector primario como en otros, para subsistir, aún en condiciones laborales precarias y flexibles que los margina de programas sociales y seguridad social (Luparia, 2000). Este fenómeno, aunado a la diversificación de las actividades económicas ha generado nuevos elementos de vinculación entre el campo, la ciudad, la milpa y la industria. El ámbito rural ya no es únicamente un conjunto de trabajadores empleados en actividades primarias, sino una fuerza de trabajo multifuncional, por lo que las comunidades se han reconstruido bajo los cánones de la urbanización (de Grammont, 2008).

Durante las primeras décadas de los años 80 de la crisis del campo, la polarización social y el desarrollo regional desigual provocaron migraciones definitivas del campo a la ciudad. No obstante, en la actualidad la migración definitiva nacional ha dejado de ser una alternativa debido a la falta de empleo en la ciudad (Salas y González de la Fuente, 2014);

para los migrantes rurales se vuelve imposible encontrar empleo en el sector moderno, por lo que optan por trasladarse temporalmente hacia las ciudades intermedias, donde de igual forma encuentran empleos precarios y flexibles, pero periódicos en las empresas hortofrutícolas de exportación (Gómez, 2008). Sin embargo, es con base en estos empleos, por su condición de inestables, que la fuerza de trabajo campesina ha perdido sus derechos sociales correspondientes (Luparia, 2000).

Ya sea que emigren a una localidad intermedia o permanezcan en la propia, los campesinos deben desempeñar cualquier empleo que signifique un ingreso en orden de sobrevivir (Oseguera, 2004). La búsqueda por la remuneración económica disloca a la agricultura como la actividad económica fundamental, puesto que los mayores ingresos de la población rural se encuentran tanto en las remesas, como en actividades no agrícolas, que antes fueron vistas como actividades complementarias (Salas-Quintanal y González de la Fuente, 2013). Se perfilan entonces dos formas de actividad no agrícola: la que realizan los hogares rurales en donde todos los miembros trabajan en sectores secundarios o terciarios y aquellas en donde las unidades de producción campesina se involucran en actividades no agrícolas. Es decir, ambas se convierten en unidades pluri-funcionales, puesto que el hogar valoriza ahora la eficiencia del conjunto de actividades y no sólo una en particular (de Grammont, 2008).

El hogar campesino dejó de ser una unidad de producción agrícola para transformarse en una unidad de producción familiar diversificada y plurisectorial (Reyes, 2006), caracterizado por el gran desplazamiento hacia los centros laborales que tienen que realizar los miembros económicamente activos de las familias (Luparia, 2000) y en donde cada vez más mujeres y adultos mayores sustituyeron a los jóvenes migrantes en las actividades agrícolas (Vázquez, 2010). Es decir, el hogar rural sufrió una reestructuración drástica.

Existe por tanto una ruptura del espacio y el tiempo del trabajador agrícola. El del espacio, en cuanto a la construcción de una nueva cadena de lugares interconectados: lugar de residencia y lugar de trabajo. Y el del tiempo, como la sobreposición del de los productores en detrimento del de los trabajadores (de Grammont, 2008). La unidad

normativa de la reproducción campesina se ha transformado a raíz de su adscripción al modelo capitalista; las zonas agrícolas han sido devastadas por la sobreexplotación de los recursos y las localidades se han convertido en un páramo para cesantes y jubilados que, a falta de seguridad social y terrenos, han perdido toda autoridad sobre los jóvenes jefes de familia (Vázquez, 2010).

La vejez en el campo

La experiencia de la vejez condensa los eventos propios del devenir de la salud y las experiencias colectivas que, en conjunto con los retos por solventar las necesidades fundamentales de la vida, condicionan distintos patrones de envejecimiento. Así mismo, se reconoce que los adultos mayores también enfrentan el maltrato, el abandono, la falta de autonomía (Gazzotti, 2002) y redes de apoyo suficientes (García y Madrigal, 1999), lo cual no sólo condiciona el riesgo de presentar un acceso restringido a productos alimentarios, sino que conduce generalmente a malnutrición durante esta etapa de la vida.

Lo estados neoliberales, en respuesta a la moral utilitarista del capitalismo contemporáneo, ha infundido en su construcción ideológica la ponderación de valores a la juventud, la condición física y la aptitud para el trabajo, como blasones de la modernidad y el éxito social. Es en este sentido que cuando los gobiernos articulan su política pública, decantan en sus programas y prácticas una concepción sobre un sujeto envejecido limítrofe, cuanto a sus capacidades para la adaptación a los cambios biológicos, psicológicos y sociales (Osorio, 2006). Esta lógica genera a su vez espacios de exclusión social para los adultos mayores, tanto en las formas en las que satisfacen sus necesidades como en la configuración de redes de apoyo solidarias (Fassio, 2001).

En el medio rural los procesos de transformación demográfica han estado acompañados por la reestructuración de la unidad familiar en aras de optimizar los ingresos monetarios que se perciben (Quintanar y Taracena, 2008; Reyes, 2006). El envejecimiento poblacional se acentúa en las

comunidades donde la economía depende aún de los sistemas internos de producción y consumo, sobre todo por los constantes flujos migratorios de campo a ciudad que se concentran en el sector más joven (Espinosa y Montes de Oca, 2006; Vázquez, 2010) y que se perpetúan, generando un mayor número de hogares nucleares compuestos por adultos mayores.

La migración de los miembros más jóvenes de la familia repercute en la garantía en el flujo de valores al interior de la unidad de producción (Vázquez, 1999). El fenómeno condiciona la funcionalidad de las unidades de producción, puesto que la fuerza de trabajo ya no se sustenta en todos los familiares, sino que se tiene que solventar a partir del adulto mayor (Fassio, 2001), o bien, a partir del pago de jornaleros externos en detrimento de la solvencia monetaria del núcleo agrícola. Vale agregar que las exigencias del proceso de trabajo repercuten en la salud de los viejos, condición que determina mayores patrones de desgaste que en la mayoría de los casos no pueden ser sufragados por la escasez o la lejanía de servicios sanitarios.

Asimismo, se reconocen patrones de desgaste muy distintos a los de los pares urbanos, relacionados con la intensificación del trabajo agrícola ante la pérdida de fuerza de trabajo familiar (Monroy y Juan, 2009), diversificación de actividades económicas (de Grammont, 2008, Salas-Quintanal y González de la Fuente, 2014) y postergación de la cesantía (Vázquez, 1999). El sector agrícola mexicano no sólo se hace más viejo, sino que se encuentra particularmente vulnerado por la recomposición de sus núcleos de organización, las unidades de producción y las familias.

Los sujetos que aún pueden vincularse con los sectores formales de la industria y el comercio, optan con frecuencia por emigrar de forma permanente hacia los centros urbanos más cercanos y no en todas las ocasiones, mantienen un vínculo económico formal con el hogar de origen. El resultado inmediato es la constitución heterogénea de los hogares en comunidades rurales: adultos mayores, menores de edad y en algunos casos, mujeres en edad reproductiva.

Pese a los retos que representa solventar su reproducción social, aunado a un proceso sistemático de desvalorización del significado de la vejez a

nivel general, los sujetos no sólo han sido capaces de resignificar su propio proceso vital (Vázquez, 1999), sino que luchan contra las adversidades que les plantea estar excluidos (Ronzón, 2011) y generan nuevas y diversas formas de satisfacer sus necesidades de salud y nutrición. Una de las principales vías para responder a las adversidades ha sido la construcción de redes de apoyo solidarias (Fassio, 2001; García y Madrigal, 1999). Sin embargo, la comprensión de su configuración como elementos constitutivos de los sistemas de acceso a los alimentos, es muy limitada, cuestión que merma la capacidad de contribuir en la transformación de su contexto.

Territorio metodológico

Para este trabajo se consideraron siete localidades de los municipios de Valle de Bravo, Ixtapan del Oro y Santo Tomás de los Plátanos, debido a las similitudes en cuanto a configuración social, orografía, hidrografía y distribución de tierras (ejidales y pequeñas propiedades).

La muestra de estudio se configuró a partir del criterio de saturación teórica, bajo el cual se realizaron en total 26 entrevistas, en las cuales se consultaron a 24 adultos mayores pertenecientes a unidades de producción agrícola. La distribución de estos encuentros fue la siguiente: un informante clave, quien aportó información para construir un instrumento; cuatro interlocutores para pilotear y corregir el instrumento en dos fases distintas; 19 más para la construcción del cuerpo de hallazgos, dentro de los cuales, a 16 se les aplicó el instrumento y a otros tres se les entrevistó de forma abierta para reconsiderar algunos puntos que no habían sido incluidos en la versión original del guión de entrevistas. Una vez que se incorporaron nuevos elementos al instrumento, se realizaron dos entrevistas a profundidad, en aras de realizar una última versión del instrumento, mucho más sensible con algunos tópicos de interés particular. Durante el procesamiento de la información se construyeron seis categorías de análisis: apoyo social, apoyo económico, consumo de alimentos en el hogar, estrategias de acceso a los alimentos, experiencias de la vejez y características del hogar.

Para reforzar la información cualitativa, se recurrió al uso de fuentes de información primaria. Principalmente, se obtuvieron cifras de las bases del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), del periodo 2012. Cabe señalar que el estudio se realizó principalmente en adultos mayores residentes del Estado de México, por lo cual se consideró una fuente de información relevante. De la base de datos original, se seleccionaron únicamente los casos en donde la localidad no superara los 2,500 habitantes (20% del total de la muestra del ENASEM 2012), con la finalidad de aproximarse a soportes socioeconómicos básicos de vida, iguales o similares a los rurales. De igual forma, se eligió únicamente aquellos sujetos que tuvieron 50 años o más al momento en que se aplicó la encuesta. El criterio cronológico se fijó con base en los estudios que coinciden en determinar que tanto la experiencia del adulto mayor como el cumplimiento de ciertos eventos significativos, marcan para el sujeto el inicio de la ancianidad (cesantía, viudez, modificaciones familiares, nacimiento de nietos, etc.) (Ham Chande, 2000; Vázquez, 1999). El resultado de la selección de los sujetos fue una submuestra de 2,924 ancianos, 47% de ellos hombres y 53% mujeres con edad promedio de 65 ± 10.3 años.

Las particularidades territoriales fueron reconstruidas a partir de las notas del diario de campo. Se describen a continuación las características generales de cada comunidad; algunas de ellas se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características económicas de los adultos mayores por comunidad; Estado de México, 2011.

Comunidad	Municipio	Actividad de las PAM	Tipo de localidad	Flujo migratorio
San Nicolás Tolentino	San Nicolás Tolentino	Agricultura de riego y temporal Comercio. Ganadería de pequeñas especies	Transición	-
Santo Tomás de los Plátanos	Santo Tomás de los Plátanos	Comercio. Pensión (CFE). Renta del jornal	Urbana	-

Comunidad	Municipio	Actividad de las PAM	Tipo de localidad	Flujo migratorio
Los Gallos	San Nicolás Tolentino	Agricultura de temporal Renta del jornal	Rural	+
El Salitre, Santa Bárbara, San de Mi Alma	Santo Tomás de los Plátanos	Agricultura de temporal Ganadería de pequeñas especies	Rural	++
Milpillas	Ixtapan del Oro	Agricultura de temporal Ganadería de pequeñas especies	Rural	+++

Fuente: Elaboración propia con base en el Diario de campo, 2011.

San Nicolás Tolentino es la localidad más grande debido en parte a su cercanía con Valle de Bravo. Es una comunidad cuyo espacio agrícola está conformado por tierras de riego y de temporal. Los habitantes se dedican principalmente a la producción agrícola comercial y al comercio, aunque algunos más participan en la producción ganadera de pequeñas especies.

Los Gallos es una ranhería perteneciente a la localidad de San Nicolás Tolentino, ubicada a diez kilómetros hacia el norte. El espacio agrícola está conformado por tierras de temporal, por lo que sus pobladores se dedican a trabajar en las tierras de riego de San Nicolás o bien, al trabajo en tierras rentadas de temporal. Cabe señalar que en todas las localidades donde se practica la renta de propiedades, el arreglo consiste en la distribución de la cosecha: los campesinos se quedan con el maíz y el propietario o ejidatario, con el rastrojo.

Santo Tomás de los Plátanos es la segunda comunidad en importancia. Es una localidad que no cuenta con tierras de trabajo, debido a su reubicación durante la década de los 50 para la construcción de una presa. Dentro de todos los sujetos, los adultos mayores de esta población son quienes reciben con mayor frecuencia pensiones, obtenidas como resultado de su vinculación con la Comisión Federal de Electricidad (CFE) en tiempos de la presa. No obstante, existe una diferencia sustancial con

aquellos mayores de 75 años, puesto que, como hace referencia la entrevista con don Isaías Bartolo, ellos no cuentan con registros en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), pues aún no se había estructurado el sistema de pensiones. La principal fuente de trabajo es la renta del anciano como jornalero para las tierras sureñas, o bien, el comercio, cuando no reciben transferencias por parte de sus parientes.

Dentro de la municipalidad de Santo Tomás, se visitaron las comunidades de El Salitre, Santa Bárbara y San de Mi Alma. El Salitre está dividido por una vertiente del sistema Cutzamala que determina las tierras ejidales y las pequeñas propiedades, ambas de temporal. Los adultos mayores que pueblan esta comunidad, arrendan las tierras y sólo son propietarios de pequeñas parcelas donde han construido sus hogares. Destaca de este sitio un importante flujo migratorio (según lo refieren sus propios habitantes). Santa Bárbara está constituida por las tierras de diez ejidatarios y pequeñas propiedades de temporal. La gente se dedica principalmente al campo y a la producción de pequeñas y grandes especies de ganado (vacas, puercos, cabras, gallinas y guajolotes). San de Mi Alma es una comunidad serrana donde las tierras son ejidales principalmente. Las actividades principales se dividen entre la agricultura de riego (traslado de los trabajadores varones a la comunidad de La Joya), la agricultura de temporal (practicada en los ejidos y enfocada al autoconsumo) y la cría de pequeñas especies (guajolotes, gallinas y puercos, practicada principalmente por las mujeres).

Milpillas es otra comunidad serrana perteneciente al municipio de Ixtapan del Oro. Se encuentra a 15 kilómetros de San Nicolás Tolentino y a dos más de la carretera principal. La principal actividad es la agricultura de temporal (maíz y frijol) y la cría de pequeñas especies (cabras, puercos y gallinas). Las tierras son ejidales y pequeñas propiedades. En este lugar también existe un flujo migratorio considerable.

Resultados

El trabajo y las experiencias migratorias

El motor de los fenómenos de migración ha mantenido un vínculo indisoluble con la búsqueda de mejores oportunidades laborales. El Estado de México no fue la excepción y desde mediados del siglo anterior, comenzó a ser uno de los principales expulsores internacionales. Sin embargo, (y contrario a lo que se esperaba), la migración internacional es poco frecuente en la región considerada para este estudio. Empero en varios casos los adultos mayores eran o habían sido apoyados por hijos que vivían en Estados Unidos, o bien, vivieron ahí durante una temporada.

En los casos en que los adultos mayores contaban con familiares migrantes (repatriados o aún residentes de EU), pudieron establecer tiendas, o contar con transporte, pero no se le atribuyó constancia al envío de remesas y en los casos en los que los adultos mayores pudieron emprender un negocio, la aportación de los familiares migrantes fue única.

Los datos de la ENASEM de adultos mayores viviendo en localidades rurales, provienen en su mayoría (65%) de estados de baja migración. La experiencia migratoria de los ancianos resultó en sólo 13% de ellos, quienes han vivido o trabajado en EUA, casi siempre por razones de trabajo (90%). La migración interna también resultó un fenómeno poco frecuente, ya que al formar su hogar 66% se mantuvo en un área rural.

En su conjunto estas cifras pueden contribuir a un supuesto apego del adulto mayor a los procesos laborales agrarios tradicionales y a la falta de vinculación con otros sectores económicos, aun cuando las unidades de producción agrícola en muchas ocasiones sí dependan de la migración de otros miembros. Así mismo, provenir de estados en menor grado expulsores de migrantes, puede favorecer la manutención de soportes agrarios temporales, debido a que se mantienen vínculos con otros familiares para desempeñar las jornadas agrícolas.

No obstante, en el espacio de los flujos migratorios temporales, los adultos mayores refieren en múltiples ocasiones la necesidad de salir de sus comunidades para lograr una mayor incorporación en las actividades

económicas. Como lo comenta Beatriz, de El Salitre: “pues las gentes mayores ya, aunque no puedan mucho, pero ahí lo más sencillo, también se vale, también se alquilan para ir a trabajar. Pico y pala, pero pues tienen que entrarle, no hay de dónde”.

Don José hace una muy interesante mención sobre la diversificación laboral: “en este tiempo, en este tiempo de lluvias, es cuando es más difícil (conseguir alimentos). Porque hay menos trabajos. Toda la gente se va a trabajar al campo y pues no pueden ir a trabajar a alquilarse a otro trabajo (con el clima) ajá, sí por eso. Entonces la gente se dedica a sus siembras y pus’ no pueden irse a una obra a trabajar, porque tienen que estar preparando su siembra”. Como se puede observar, la posibilidad de solventar la reproducción del núcleo familiar depende de la participación en diversos sectores; incluso se pondera la posibilidad de ser contratado sobre la producción interna, debido a la mayor remuneración monetaria que eso representa.

Para Leopoldo, de Santa Bárbara, lo más importante es que se generen estas formas de vinculación laboral de forma constante, lo cual revela el proceso de proletarización del campo: “Lo que pasa es que aquí en los ayuntamientos que entran, toda la gente anda, pus’ mal, ¿por qué? Porque nunca hacen una fuente de trabajo. Y es lo que la gente pelea, pelea, que hagan fuentes de trabajo para que, y así tenemos uno para que se mantengan, ¡ah bueno! Pus’ yo no tengo, trabaja, y yo aceptaría ir, ahí están ocupando gente, yo voy a trabajar una semana o dos, ¿no?”

Es con base en esto que, como cuenta Evaristo, de San de Mi Alma, se tienen que buscar cualquier tipo de empleo en las comunidades donde sea más factible: “alquilarse, pico y pala, algunos son albañiles, pues sí de eso, más de eso se van, que los alquilan para hacer una carretera, una obra, una casa, un algo, para eso los ocupan. Solamente de eso se ganan un dinero o se van a cortar la fruta o los alquilan. Ahorita en este tiempo, para irse a otra milpa, la gente que siembra mucho, para que lleve a otra milpa a ayudarles a limpiar su milpa.”

Los movimientos migratorios han constreñido por tanto la respuesta de los adultos mayores en torno a la satisfacción de necesidades, principalmente alimentarias, en el sentido de que el sacrificio del jornal por las

actividades económicas remuneradas limita la capacidad de producción para autoconsumo, y la incorporación de otros miembros de la familia al trabajo requiere la reorganización de los roles al interior del hogar en torno al acceso y distribución de los bienes alimentarios. En este punto es cuando las redes de apoyo social se erigen como estrategias de acceso a los alimentos, así como a la resolución de las eventualidades que el contexto actual del campo supone para este grupo etario.

Apoyo social y acceso a los alimentos

En respuesta a la falta de opciones reales para la generación de un mayor flujo de recursos monetarios, los adultos mayores recurren a sus amigos o familiares, configurando redes de apoyo social. No obstante, éstas no sólo solventan en algunos casos dichas necesidades, sino también las de acompañamiento y desarrollo de actividades cotidianas. La Tabla 2, compila los principales indicadores de apoyo social, divididos en los rubros: extensión de la red, apoyo para actividades cotidianas y apoyo económico.

Tabla 2. Apoyo social por rubros en adultos mayores; Estado de México, 2012.

Variable (Respuesta)	Dimensión (%)
Extensión de la red	
Cuenta amigos cercanos en la misma comunidad (Sí)	71
Cuenta con familiares dentro de la misma comunidad (Sí)	75
Apoyo para las actividades cotidianas	
En el futuro cree que podrá contar con sus amigos o familiares para su cuidado personal (Sí)	59
Cuenta con amigos o familiares para realizar mandados si lo necesita (Sí)	57
En los últimos dos años recibió más de una hora de apoyo para sus necesidades cotidianas por parte de sus hijos o nietos (Sí)	50
En los últimos años qué tan frecuente fue el apoyo para ayudar en las actividades cotidianas (Diario)	65

Variable (Respuesta)	Dimensión (%)
En los últimos años qué tan frecuente fue el apoyo que ofreció a sus hijos o nietos (Diario)	62
Alguien le ayuda a preparar la comida caliente (Sí)	74
Alguien le ayuda a comprar abarrotes (Sí)	76
Alguien le ayuda a tomar medicamentos (Sí)	48
Relación con quien ayuda en las actividades de la vida cotidiana (Esposo/a)	36
Relación con quien ayuda en las actividades de la vida cotidiana (Hijo/a)	47
Opinión de la asistencia recibida por parte de sus hijos o nietos (Más que suficiente o suficiente)	64
Apoyo económico	
En los últimos dos años ofrecieron apoyo económico a sus hijos o nietos (Sí)	19
En los últimos dos años recibieron apoyo económico de sus hijos o nietos (Sí)	43
En los últimos años qué tan frecuente fue el apoyo económico que recibió de hijos o nietos (Mensual)	51
En los últimos dos años transfirieron algún tipo de recurso hacia sus hijos o nietos (Sí)	47
Opinión del apoyo económico recibido por parte de sus hijos o nietos (Más que suficiente o suficiente)	58

Fuente: Elaboración propia con base en el ENASEM, 2012.

De acuerdo a la ENASEM, las redes de apoyo social conformadas por miembros de la comunidad influyen para que 57% de los adultos mayores pueda confiar en sus vecinos para mandados diarios, la mayoría de los cuales son de índole alimentaria. Las redes de apoyo influyen también en el soporte económico, puesto que el 53% cree que tendrá asistencia financiera para sus gastos en el futuro, sea esta una transferencia directa o un préstamo. En cuanto a los cuidados, 59% cree que en el futuro podrá contar con amigos o familiares para realizar actividades de la vida cotidiana. Resalta el porcentaje dentro del último rubro, pues la mayoría

confía en que podrá afrontar las avencencias del envejecimiento de forma exitosa. Se hace evidente que, pese a que no siempre se pueden solucionar los contratiempos, la extensión de la red es adecuada, pues se cuenta con familiares y amigos cerca del espacio de vivienda.

Dentro del estudio se reportó una gran participación de las redes familiares en la vida del adulto mayor, independiente de la localidad de referencia. Dentro de todo el espectro del apoyo, se hace particular mención al emocional. En los casos en los cuales no podían contar con el mismo, la explicación fue similar a la que se encontró para el apoyo económico: las condiciones de sus familiares no distaban mucho de las propias y que se debía de considerar que ellos “tienen obligaciones con sus familias, con mis nietos y nueras”, como lo menciona una de las participantes.

Dentro de la exploración de las condiciones bajo las cuales se construían redes de apoyo exitosas, destacaron los casos en donde los ancianos configuraban hogares multigeneracionales o bien, en los espacios en los que el hogar del adulto mayor colindaba con el de sus hijos y parientes. Las redes sociales constituyeron casos de apoyo social resultantes en estrategias para el acceso de alimentos, vinculadas de nuevo a los periodos en los que todo el hogar pudo relacionarse con alguna actividad económica que reportara el suficiente flujo de dinero al interior del hogar. Esta condición refuerza la premisa de que la constitución de unidades de producción ayuda en la consolidación de estrategias exitosas para garantizar la seguridad alimentaria, al menos durante la época de las cosechas.

Aunque se sabe que las unidades de producción están conformadas por la familia extendida, el núcleo familiar fue el único a la que se le confirió apoyo en situaciones de escasez; los adultos mayores nunca se refirieron a sus amigos, parientes cercanos o vecinos como parte de una red de apoyo económico.

A partir de las limitaciones anteriores, cobra especial relevancia la constitución de redes de apoyo informal en la esfera comunitaria, aun cuando no siempre sean sólidas o fiables debido a que la situación económica de las familias es homogénea. En todo caso, refieren que el apoyo puede solicitarse sin dar por hecho que se va a contar con él. Rosario dice: “Con los vecinos (contamos), pero pus’ les platicamos, les decimos, platica

uno, pero no tanto como ayudarse (económicamente). María Ignacia de San de Mi Alma incluso llega a comentar: “somos como familia, aunque no nos ayudamos porque estamos todos en las mismas condiciones”. El señor Álvaro ahonda en explicar, que no en todos los casos puede contar con los vecinos:

Pos' sí hay algunos, hay algunos. Y hay algunos que realmente no consigue uno ni el favor. Hay algunos que sí son de buen corazón, ¿verdad? Pero va uno y no tiene usted y préstame o véndeme y ahí cuando pueda te pago. Hay algunos que sí, pero hay otros que desgraciadamente... O de a tiro, pues, entre familia, pus si uno. Y alguno que otro, sí consigue uno el favor, pero hay alguno que no. Y yo pienso que por ese lado estamos mal, porque yo pienso que deberían ser todos parejitos amables. Usted viene, ¿sabe qué? amigo yo tengo para mañana, ¿puedes? Ayúdame. Pus' ya te digo, por ahí le dan maíz, frijol, pero no, hay algunos que se lo cierran a uno. ¿Luego sabe con qué le salen a uno? Dice, ¿qué no viste los truenos del cielo? (risas) ¿Qué le dan a uno a comprender? Pus que le huye uno a los truenos y no quiso trabajar, no sembró.

No obstante, existen algunas experiencias positivas, como la de Ernesto de Santa Bárbara, quien relató cómo pudo contar con el apoyo de un amigo para garantizar la alimentación básica de su familia:

Pus' aquí si anda, fui a traer maíz a Manalco y eso sin dinero, fijese todavía para acabarla de amolar, nada más que yo tenía muchos amigos allá. Y fui una vez, con que tenga pa'l pasaje, nomás pido una camioneta de aquí. Ya en ella me fui con un amigo, qué no traes qué vender, y le digo, nada, y ya que viniste vamos a echar un pulque, sí vamos a echar un pulque, le digo, oye, pero sabes qué, yo traigo otra cosa contigo, o sea contigo o con otro, pero yo sé, estoy seguro que contigo la vamos a hacer. A ver, a ver, dime, antes del pulque. No pus' sí, le digo, hay que arreglar las cosas. A ver dime qué. Pus' sabes que venía a informarte no traigo dinero, ¿eh? Te lo hablo claro. Informarte que quién vende por aquí maíz, le digo, una carga o dos, según lo que uno pueda. ¿Cuántas toneladas quieres? No, no, tampoco, toneladas no; no tengo dinero,

te ando diciendo, mira yo venía a ver si para la otra semana yo ya tengo dinero y ya, vengo a llevar mi (...); Cuánto querías? Le digo, mira, pus' yo, a tanteando el esfuerzo, una carga. Ahí están esos dos bultos, son de a tercio, órale y vamos a echarlos a la camioneta de una vez. Le digo, oye, pero... No importa, tú llévalo, tú llévate y ahí cuando puedas me vienes a pagar, y si quieres llevar más tan las puertas abiertas; tengo yo más de 40 toneladas de maíz, desde este año y tengo como otras 80 y tantas, dice, de hace cuatro años; no de aquí maíz. Ay, hermano, ahora sí que me hicistes sombra, le digo, la verdad. Ya me ayudó y lo echamos los bultos al carro y ándale, traes; y ya pasamos comiendo hasta que se vino la otra, temporal; por eso le digo que a veces hay amigos que sí, la verdad, póngale que no se lo regalan, pero pus' le dan a uno chance de "llévate ahí y me lo pagas cuando puedas", uno también tiene que corresponder a ese favor lo más pronto que se pueda, otra vez se le ofrece y con gusto, lo apoyo otra vez.

Aunque se sabe que las unidades de producción están conformadas por la familia extendida, el núcleo familiar fue el único a la que se le confirió apoyo en situaciones de escasez; los adultos mayores nunca se refirieron a sus amigos, parientes cercanos o vecinos como parte de una red de apoyo económico. Rubén, de Milpillas así lo refiere:

Yo no por darles favores a mis hijos, pero, desde chiquitos llevamos por ahí bien. Porque por aquí hay muchos padres que tienen hijos ya, varones; le dan a usted un 5 y se los va a gastar. Todo lo agarran para ellos. Y ya cuando están enfermos entonces sí ya saben que tienen un padre, ¿no? Y nosotros no. ¿Pa' qué? A nuestros hijos, a pesar de que casi ya todos están casados, pa' qué no nos han abandonado. Hasta ahorita van, nos saludan.

De igual manera, María hace mención sobre el apoyo en actividades cotidianas: "Ahorita tengo aquí dos nueras que me apoyan no sólo con dinero, sino para la limpieza del hogar, para preparar la comida".

Conclusiones

La viabilidad de las estrategias de acceso basadas en la circulación mercantil simple, está cada vez más sujeta a la vinculación de las poblaciones y los sujetos a los modos de producción capitalista, puesto que para su vigencia demanda el flujo económico del dinero y no de las mercancías. No obstante, los adultos mayores aún superan periodos de escasez alimentaria a partir de prácticas tradicionales parcialmente exitosas sustentadas en la reproducción de la unidad de producción agrícola, mismas que tienen como soportes elementales al apoyo social.

Aun cuando la articulación de estrategias depende de la efectividad en los ciclos agrarios, la constitución de redes formales e informales de apoyo social resulta fundamental para superar los periodos de dificultad. Cuando la temporada de cosecha no es favorable, las estrategias de supervivencia vinculadas con la acción colectiva, emergen como bastiones de garante de seguridad alimentaria.

La recomposición de las unidades de producción agrícola ha afectado a la reproducción de la clase agrícola, no obstante, los adultos mayores responden generando nuevas formas de vinculación social y emocional, que repercuten en un mayor acceso a los alimentos. Aunque se sabe que en la gran mayoría de las ocasiones los hogares multigeneracionales soportan los costos de la alimentación, aún se desconoce cómo se integran en redes de mayor extensión.

Bibliografía

- Bartra, A. (2008) Fin de fiesta. El fantasma del hambre recorre el mundo. *Argumentos*, (21), pp. 15-31.
- Brunel, M.C. (2008) Poner la conservación al servicio de la producción campesina, reto para la construcción de un nuevo paradigma de desarrollo. *Argumentos*, (21), pp. 115-140.

- Damián, H.; M.A., B. Ramírez; F. Parra; J. A. Paredes; A. Gil; J. F. López y J.E. Olguín y A. Cruz. (2009) Estrategias de reproducción social de los productores de maíz de Tlaxcala. *Estudios sociales*, 17(34), pp. 111-146
- Espinosa, R. y V. Montes de Oca. (2006) Envejecimiento demográfico y estrategias familiares rurales en el bajío mexicano: una reflexión sobre las políticas y la reorganización de la producción de alimentos. Grupo de Trabajo 11 GT 11 - Seguridad alimentaria, políticas públicas y estrategias familiares rurales. *En el VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología Rural (ALASRU), 20-24 de noviembre*. Quito, Ecuador.
- Fassio, A. (2001) *Redes solidarias entre pares ¿Una alternativa de inclusión para las personas de edad? en el III Encuentro de la Red Latinoamericana y del Caribe de la Sociedad Internacional de investigación del Tercer Sector, 12 al 14 de septiembre*. Buenos Aires, Argentina.
- García, H., R. Madrigal. (1999) Redes sociales y vejez: apoyos formales e informales en el área metropolitana de Monterrey. *Papeles de población*,(19), pp. 217-242.
- Gazzotti, H. (2002) La marginalidad de la vejez. Un recorte de la marginalidad urbana contemporánea. *Gaceta Laboral*, 8(003), pp. 373-389.
- Gómez, S. (2008) Nueva ruralidad. Fundamentos teóricos y necesidad de avances empíricos, en E. Pérez; M. A. Farah y H. de Grammont (Comps.), *La nueva ruralidad en América Latina. Avances teóricos y evidencias empíricas*. Colombia, Editorial Pontificia Universidad Javeriana y CLACSO, pp. 45-78.

- Grammont, H.C. (2008) El concepto de nueva ruralidad. En E. Pérez, M. A. Farah y H. C. de Grammont. (Comps.) *La nueva ruralidad en América Latina. Avances teóricos y evidencias empíricas*. Colombia, Editorial Pontificia Universidad Javeriana y CLACSO, Bogotá, pp. 23-44.
- Ham Ch. (2000) Los umbrales del envejecimiento. *Estudios Sociológicos*, 18 (3), pp. 661-676.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2007) VIII Censo Agrícola, Ganadero y Forestal. Aguascalientes, México, INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2012) Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (ENASEM) 2012. Aguascalientes, México, INEGI.
- Luparia, C.H. (2000) El sector informal rural. *Gaceta Laboral* 6(003), pp. 337-345.
- Monroy, G. F. y J. Pérez. (2009) Agricultura y migración campesina. Un estudio para comprender la incorporación del trabajo infantil en una región indígena de México. *Revista Argentina de sociología*, 7(12-13), pp. 125-149.
- Mora J. (2008) Persistencia, conocimiento local y estrategias de vida en sociedades campesinas. *Revista de Estudios Sociales* 29, abril de 2008. Bogotá pp. 122-133.
- Oseguera P. D. (2004) Comidas peligrosas: la percepción social de la (in) seguridad alimentaria. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 10(19), pp. 31-51.
- Osorio, P. (2006) Exclusión Generacional. *Revista Mad* (14). Recuperado de: <http://www.revistamad.uchile.cl/14/osorio.pdf>

- Reyes, L. (2006) *Estudio antropológico de una región agrícola al norte del estado de México*. Universidad Autónoma del Estado de México. Cuadernos de Investigación.
- Ronzón, Z. (2011) La percepción subjetiva de la vejez en la vida cotidiana. Una visión antropológica. En B.J. Montoya y H. Montes de Oca. (Comps.). *Análisis sociodemográfico del envejecimiento en el Estado de México*. México, Universidad Autónoma de Estado de México, pp. 207-229.
- Salas, H. y I. González. (2013) Nueva ruralidad. Procesos sociolaborales y desagrarización de una sociedad local en México (1980-2010). *Gazeta de Antropología*, 29(2), artículo 03. España Universidad de Granada.
- Salas, H. y I. González. (2014) La reproducción de la pluriactividad laboral entre los jóvenes rurales en Tlaxcala, *Papeles de población*, 20(79), pp. 281-307.
- Vázquez, P. (1999) Hacia una cultura de la ancianidad y de la muerte en México. *Papeles de Población*, (19), pp. 65-75.
- Vázquez P. (2010) Ruralidad y vejez. *Envejecimiento y salud. Una visión transdisciplinaria*. México, Secretaría de Salud, Instituto de Geriátría, pp. 325-334.
- Vizcarra B. (2004) Hacia un marco conceptual-metodológico renovado sobre las estrategias alimentarias de los hogares campesinos. *Estudios Sociales*, 12(23), pp. 8-72.
- Zetina, M.G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 5(19), pp. 23-41.

X. Vulnerabilidad y estrategias de cuidado de la salud de adultos mayores en comunidades indígenas con alta migración hacia EUA

Itzel Hernández Lara
Zoraida Ronzón Hernández
Patricia Román Reyes

197

Introducción.

La migración México-Estados Unidos es un fenómeno complejo y centenario que ha atravesado por distintos momentos a lo largo del tiempo (Durand y Massey, 2003), y que ha provocado interesantes procesos de reorganización en las más diversas esferas sociales en múltiples regiones del país. En lo que respecta a la vida familiar, la migración internacional ha provocado importantes cambios en la organización y estructura de las familias. No solamente se genera una dispersión geográfica de sus miembros, sino también una interesante tendencia a mantener los lazos familiares a distancia (Ariza, 2002; Ariza y Oliveira, 2004).

Asimismo, la migración internacional implica una reorganización de la vida familiar y doméstica tanto en los lugares de origen como en los espacios de recepción, en donde elementos tales como la división del trabajo y los afectos familiares se adaptan a los retos que impone el contexto migratorio. Desde luego, los resultados de dicho proceso no son homogéneos, pues como destaca Mummert (1999), los hallazgos en las investigaciones respecto a los cambios en las relaciones familiares y de género discrepan en sus resultados. De acuerdo con esta autora, estas discrepancias responden a las diferencias entre los contextos analizados, las características de los migrantes, su inserción en la sociedad y el mercado de trabajo en los lugares de recepción, los procesos socioeconómicos en donde se enmarcan las migraciones y las diversas ideologías de género (Mummert, 1999).

Considerando lo anterior, el objetivo del presente capítulo es analizar las transformaciones que experimenta el modelo familiar tradicional propio de comunidades rurales e indígenas a partir de la migración de hijos e hijas hacia EUA, y analizar sus consecuencias para el cuidado de los padres adultos mayores. Como será analizado en el documento, la migración de hijos/as hacia EUA y el asentamiento en aquel país, provoca interesantes transformaciones en el modelo de organización familiar tradicional, en donde destaca la erosión de la residencia patrilocal y la menor disponibilidad de apoyo personalizado hacia padres y madres ancianos/as.

Enfocar la atención en familias con hijos/as migrantes permite incursionar en el análisis de dinámicas familiares con sujetos migrantes distintos a la figura del jefe-padre, situación analizada con mayor frecuencia en nuestro país. En el caso de interés, se trata de familias que se encuentran en una fase del ciclo de vida familiar en donde los hijos/as ya no son dependientes de los padres y empiezan a dejar el hogar familiar. Sin embargo, mantienen sus vínculos paterno-filiales a distancia, a través de diversas acciones, las cuales están fuertemente determinadas por la condición de salud de los padres y el estatus migratorio de los miembros de la familia (Hernández, 2013).

En las familias con hijos/as migrantes, el tema del cuidado adquiere relevancia cuando los padres son adultos mayores, pues por su edad, requieren de diversos apoyos, los cuales se espera que sean procurados por sus hijos/as. En estos casos, y tal como ha sido reportado para otros grupos sociales, los hijos/as migrantes buscan implementar distintas estrategias de cuidado a distancia, pues por su condición de migrantes, no pueden ofrecer cuidado en persona de manera constante.

Con el paso del tiempo, en estas familias la edad y el deterioro de la salud de los padres imponen necesidades de cuidado a las cuales los hijos e hijas migrantes deben hacer frente (Reynolds y Zontini, 2006; Baldassar, Wilding y Baldock, 2007; Baldassar, 2007a). Dicho proceso cuenta con un marcado carácter social, pues en las diversas investigaciones sobre familias transnacionales con hijos/as migrantes, destacan elementos tales como las expectativas culturales sobre las relaciones paterno-filiales y las condiciones estructurales en las cuales tienen lugar los intercambios entre

padres e hijos a través de las fronteras (Coles, 2001; Singh, 2006; Baldassar, Wilding y Baldock, 2007; Baldassar, 2007a; Zechner, 2008; Sun, 2012).

Con el interés de analizar este proceso a la luz de las transformaciones en el modelo familiar tradicional, en este documento se analizan de manera particular las transformaciones que experimenta dicho modelo a partir de la migración de hijos e hijas en EU en una localidad oaxaqueña, y sus repercusiones en el cuidado de los padres adultos mayores. Nuestra localidad de origen se llama La Asunción, y es una comunidad zapoteca perteneciente a la región de los Valles Centrales de Oaxaca, cuyo principal destino en EUA es California. Se trata de una localidad indígena, cuya lengua es el zapoteco¹, y cuenta con un modelo de organización familiar tradicional, asociado a lo que Robichaux (2002, 2006) ha denominado “Sistema familiar mesoamericano”.

Para lograr el objetivo enunciado, este capítulo se divide en tres grandes apartados. En un primer momento se exponen algunas características del modelo familiar tradicional en la localidad bajo estudio, el cual es compartido con el resto de las comunidades indígenas y rurales de nuestro país. Posteriormente, se analizan algunas características de la dinámica migratoria de hijos e hijas, y se exponen los principales cambios que dicha migración ha producido en el modelo familiar tradicional, en donde destaca la erosión del modelo de residencia patrilocal.

En el tercer apartado se analiza, de manera general, el tema del cuidado transnacional y, de manera particular, las distintas formas que hijos e hijas migrantes proveen de cuidado a sus padres, sobre todo cuando son adultos mayores. En dicha sección se discute a propósito de los momentos en los cuales se hace necesaria la provisión de cuidado, así como los factores que indican en dicho proceso. Como será mencionado, se trata de un proceso fuertemente marcado por la condición de salud de los padres, la moral familiar tradicional y el estatus migratorio de los miembros de estas familias. Al final se ofrecen algunas consideraciones finales que derivan del

¹ Los resultados del censo de 2010 señalan que cuenta con un total de 2,612 habitantes, y que el 89% de la población de 5 años y más habla lengua indígena.

ejercicio aquí realizado, enfatizando en los retos en el cuidado de adultos mayores en contextos de alta migración hacia EUA.

La información utilizada para este capítulo fue obtenida en distintos momentos de trabajo de campo, tanto en Oaxaca como en el norte del condado de San Diego², en California entre 2010 y 2011, en donde se realizó observación participante y se realizaron decenas de entrevistas semiestructuradas a hijos e hijas migrantes con y sin documentos. A partir de dicha información, fue posible reconstruir la dinámica familiar transnacional prevaeciente en las familias con hijos(as) migrantes en La Asunción. En algunos momentos de este capítulo se ofrecen algunos testimonios bajo el uso de pseudónimos, para preservar el anonimato de los/as entrevistados/as.

El modelo familiar tradicional en la localidad de origen

La Asunción es una localidad zapoteca ubicada en los Valles Centrales de Oaxaca, una de las principales regiones expulsoras de migrantes de la entidad. En cuanto a su forma de organización familiar, es posible identificar elementos propios de una forma de organización tradicional, la cual se expone a continuación con el interés de contrastar los cambios que se generan en dicho modelo a partir de la migración y el asentamiento de hijos e hijas en EUA.

Robichaux (2002, 2006) ha identificado un modelo familiar tradicional con amplia presencia en las localidades rurales e indígenas de nuestro país, que ha denominado “sistema familiar mesoamericano”. Dicho modelo se caracteriza por la residencia patrilocal inicial de la pareja; el papel especial asignado al ultimogénito varón en el cuidado de sus padres ancianos y en la herencia de la casa paterna; el privilegio masculino en la herencia de la tierra con una tendencia al igualitarismo entre herederos (aunque la mujer, en muchas partes, no queda totalmente excluida del reparto patrimonial) y la presencia de casas contiguas encabezadas, de

² El norte del condado de San Diego es una de las regiones de recepción histórica de migrantes de La Asunción, particularmente en las localidades de Vista, Oceanside y Escondido.

manera preponderante, aunque no exclusiva, por varones emparentados por el lazo patrilineal. (Robichaux, 2002). De acuerdo con este mismo autor, este sistema moldea los grupos domésticos mediante un particular ciclo de desarrollo, que incluye fases secuenciales de familia extensa y nuclear.

Las familias que integran una comunidad indígena se vinculan entre sí a través de las redes formales que se construyen con las alianzas matrimoniales y el compadrazgo (Maldonado, 2004). Las alianzas matrimoniales generan parentesco consanguíneo y por afinidad, cuyas redes incluyen a la familia extensa. Por su parte, el compadrazgo genera parentesco de tipo ritual, cuyos lazos son tan importantes y duraderos como los consanguíneos. Estas relaciones de parentesco (consanguíneo y ritual) no sólo configuran vínculos de intercambio y reciprocidad en las localidades indígenas, sino también relaciones jerárquicas entre sus miembros.

De tal forma, nociones tales como el respeto y la obediencia a la autoridad también son elementos que caracterizan al sistema familiar de los grupos indígenas del país: “las relaciones al interior de las comunidades indígenas se caracterizan por densas y complejas redes de reciprocidad e intercambios intra e interfamiliares, con fuertes relaciones de autoridad de los padres sobre los hijos” (González y Valdez, 2008: 440). En La Asunción, los padres, padrinos y abuelos son figuras de autoridad, merecedores de respeto, esto es, mostrar un comportamiento apropiado hacia personas de mayor jerarquía en la estructura familiar.

Un elemento clave para entender las relaciones de autoridad y respeto, así como los significados asociados al modelo familiar tradicional en La Asunción, se refiere a la residencia posmarital patrilocal, cuya práctica comparte con otras comunidades indígenas. Dicha residencia implica que, cuando un varón inicia su vida de pareja, lleva a su cónyuge a vivir a casa de sus padres. En estos casos, la joven recién casada se desliga de su propio grupo familiar, quedando bajo la autoridad de sus suegros e integrándose a las tareas domésticas y productivas de su nueva unidad doméstica (Córdova, 2002; Robichaux, 2006).

Otro aspecto que ha sido muy destacado de este tipo de residencia se refiere a las jerarquías y relaciones de poder entre sus integrantes, en

donde destaca la posición subordinada de las mujeres jóvenes que llegan a la familia del esposo (Arias, 2009). Asimismo, la residencia patrilocal se relaciona con una ideología de obligación moral de obediencia y deferencia hacia los padres, pues son figuras de autoridad y respeto, sobre todo si se vive bajo su techo (Mummert, 1999).

Cabe señalar que se trata de un modelo dinámico, pues dependiendo del tipo de materiales de construcción, la disponibilidad de tierras de cultivo o las alternativas económicas no agrícolas, entre otros factores, después de un tiempo la pareja se establece en una nueva vivienda independiente, en las cercanías de la casa del progenitor del cónyuge. Así, los hijos van saliendo con diferentes destinos de la casa paterna. Los varones, a viviendas cercanas, mientras que las mujeres van a las casas de sus maridos, hasta que únicamente queda en compañía de los padres el ultimogénito. Junto a su esposa, el hijo menor se responsabiliza de cuidar a sus padres en los últimos años y, a cambio, hereda la casa (Robichaux, 2006), lo que de cierta manera garantizaba el cuidado o vigilancia hacia los padres adultos mayores.

Como es posible suponer, la residencia patrilocal permite a los padres prolongar la disponibilidad de apoyo por parte de hijos y nueras para diversas actividades. Asimismo, implica un espacio de convivencia entre distintas generaciones (no necesariamente armónico, pero real), en el que los adultos mayores co-residen con sus hijos y sus nietos, lo que les permite contar con apoyo y cuidado de tipo personal.

En las familias rurales e indígenas, tal como sucede en otros contextos, la provisión de cuidado hacia los adultos mayores está orientada por una moral familiar marcada por la reciprocidad. Ésta se refiere al establecimiento de obligaciones entre generaciones: primero los padres cuidan de sus hijos(as), posteriormente, cuando los padres son ancianos, los hijos(as) cuidan de ellos. Esto en retribución a los cuidados que los hijos(as) recibieron de sus padres cuando fueron pequeños(as). Aunque esta responsabilidad filial es común en diversos contextos, en las localidades indígenas oaxaqueñas la reciprocidad intergeneracional es una obligación fuerte, cuyo incumplimiento se considera una falta grave (Gabarrrot, 2009).

En esta moral familiar, los hijos e hijas deben de estar 'pendientes' y procurar por sus padres cuando éstos son ancianos, pues forma parte de las expectativas familiares construidas alrededor del rol de hijo e hija. Asimismo, en un contexto marcado por la ausencia de apoyos institucionales hacia los adultos mayores, la familia aparece como una de las principales fuentes de apoyo hacia ellos, pues con la edad aumenta la fragilidad y, por ende, la vulnerabilidad de la población senescente.

De tal forma, la coresidencia aparece como una de las formas más comunes de solidaridad intergeneracional, y se convierte así en una de las pocas estrategias de sobrevivencia y bienestar con las que cuentan los adultos mayores para asegurar una cierta calidad de vida, sobre todo en las etapas más avanzadas de envejecimiento (Hakkert y Guzmán, 2004). Los apoyos familiares reportados hacia los adultos mayores se refieren al cuidado personal (ayuda para bañarse, comer, ir al médico, cambiarse de ropa, entre otras), el trabajo doméstico, la provisión de alimentos y la ayuda monetaria.

Dichos apoyos pueden ser ofrecidos con relativa facilidad cuando los hijos/as viven en proximidad, pues pueden acudir en caso de necesidad, estar pendiente de sus padres de manera cotidiana y su capacidad de reacción es muy rápida en casos de emergencia o enfermedad grave. Distinto es el caso de los hijos/as que han migrado y se han asentado en EUA, pues la frontera que los separa es un factor que influye en la capacidad de ofrecer cuidado de manera personal e inmediata cuando se requiere.

En comunidades como La Asunción, que cuentan con una larga tradición migratoria hacia Estados Unidos, la migración de hijos/as y su asentamiento en ese país, no sólo plantean transformaciones en el modelo familiar tradicional, sino también importantes retos en aspectos tales como el cuidado de los adultos mayores, sobre todo en contextos de envejecimiento poblacional. A continuación, se hace una breve referencia a la migración de hijos e hijas en la localidad bajo estudio, y se analizan algunos datos demográficos que dan cuenta de un proceso de envejecimiento, para contar con un panorama general del contexto aquí analizado.

Migración de hijos e hijas y erosión del modelo patrilocal

La Asunción, al igual que varias localidades de los Valles Centrales de Oaxaca, es una localidad que cuenta con experiencia migratoria hacia EUA desde el Programa Bracero (1942-1964), y experimenta una agudización del fenómeno hacia la última década del siglo XX. En los flujos migratorios no sólo participan hombres jóvenes, sino también mujeres e incluso unidades familiares completas. En el caso de interés, es importante señalar que, en La Asunción, el mayor contingente de migrantes lo conforman aquellos que cuentan con la posición de hijos e hijas, dejando a sus padres en la localidad de origen.

La información obtenida en campo muestra que, en La Asunción, la mayoría de los hijos/as migrantes se encuentran unidos/as, viven con su pareja en EUA y cuentan con hijos nacidos y/o criados en ese país. De hecho, un aspecto relevante de la migración de hijos e hijas se refiere su asentamiento en las localidades de recepción, favorecida no sólo por la demanda de mano de obra, sino particularmente por la conformación de unidades familiares, así como el nacimiento y/o crianza de hijos/as en EUA, incluso si los migrantes no cuentan con documentos migratorios.

Lo anterior implica importantes cambios en los patrones de residencia en la localidad de origen, pues el asentamiento de hijos/as migrantes en EUA provoca una erosión de la residencia patrilocal a la que se hizo referencia con anterioridad. En aquellos casos donde los hijos/as migrantes inician su vida de pareja en Estados Unidos, hay una total ausencia de patrilocalidad, lo que significa que los hijos no viven cerca de sus padres, las nueras en ningún momento viven con sus suegros, los nietos/as nacen y/o son criados en el otro lado de la frontera norte y no han convivido de manera cotidiana con sus abuelos.

Al contar con una familia en EUA, los hijos/as migrantes tienen que solventar los gastos propios, por lo que no necesariamente participan en las actividades de reproducción de los hogares de sus padres, debido a la ausencia de la residencia patrilocal. De tal forma, los padres dejan de detentar el poder sobre los recursos del hogar (la casa, las tierras), pues ya no se vive bajo su techo. Esto también modifica las relaciones de poder

asociadas al modelo familiar tradicional, pues las nueras ya no viven bajo la vigilancia de sus suegras y los hijos ya no dependen de los recursos de sus padres.

La erosión de la residencia patrilocal también se traduce en una disminución de la relación, anteriormente estrecha, entre generaciones, pues padres e hijos/as migrantes, abuelos/as y nietos/as nacidos/as en EUA ya no viven ni en el mismo terreno, ni en la misma localidad. Esto también se traduce en una disminución de la disponibilidad de mano de obra familiar en la localidad de origen, pues los hijos/as migrantes y sus familias se encuentran en aquel país y no tienen la posibilidad de 'estar' cerca de los padres y poderles apoyar, sobre todo cuando son adultos mayores.³

Para contextualizar el tema del cuidado de los adultos mayores, a continuación, se hace una breve exposición de algunos datos poblacionales de La Asunción,⁴ con el interés de destacar el proceso de envejecimiento que experimenta esta localidad y dimensionar la importancia de atender a este sector de la población en localidades con alta migración hacia Estados Unidos.

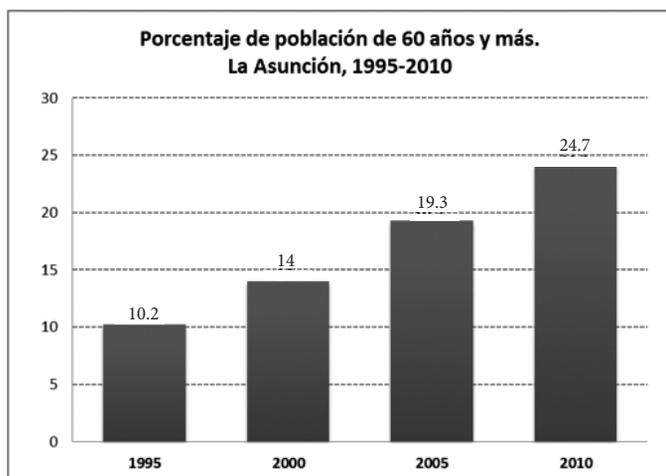
En La Asunción, como ha sucedido en la mayoría de localidades rurales del país, el fenómeno migratorio, junto con la disminución en la fecundidad y el aumento en la esperanza de vida, provocan cambios demográficos. Un primer aspecto a destacar, y que resulta de interés para esta discusión, se refiere a la proporción de personas de 60 años y más

³ Desde luego, esto no quiere decir que la co-residencia o la cercanía con los hijos garanticen necesariamente el adecuado cuidado hacia los adultos mayores o que éste sea llevado a cabo en total armonía. Sin embargo, el tipo de residencia tiene importantes implicaciones para la calidad de vida de las personas mayores, en especial en un contexto de restricciones económicas y pobreza: la convivencia con parientes crea un espacio privilegiado en el que operan las transferencias familiares de apoyo económico, instrumental y emocional (Huenchuan y Guzmán, 2007). Al respecto, Huenchuan anota lo siguiente: "La coresidencia puede favorecer tanto a las personas mayores como al resto de los integrantes del hogar, ya sea a través de compañía, ayuda física y financiera, aunque también puede contribuir a la pérdida de privacidad, la disminución del estatus social de la persona de edad o a una carga física y emocional para los familiares que brindan cuidado a las personas mayores con deficiencias físicas o mentales, cuando no cuentan con el apoyo suficiente." (Huenchuan, 2009: 12)

⁴ Los datos que son ofrecidos a continuación fueron obtenidos de los Censos de 1990, 2000 y 2010, disponibles en las bases de datos del INEGI

en la población. Como es posible apreciar en la siguiente figura 1, en La Asunción ha aumentado de manera sostenida el porcentaje de personas de 60 años y más durante los últimos lustros, llegando a representar el 24% de la población en 2010. Este dato permite identificar a la población de la localidad bajo estudio como una población envejecida.⁵

Figura 1. Porcentaje de población de 60 años y más en La Asunción, 1995-2010

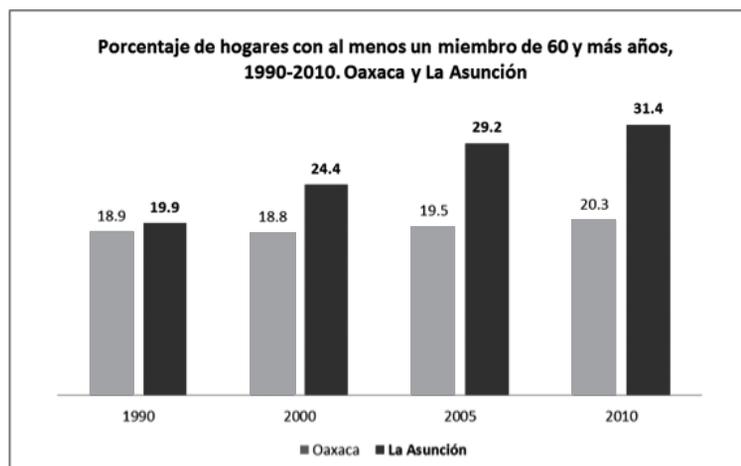


Fuente: Elaboración propia con base en datos del Sistema de Información Municipal, SIMBAD y Censos de Población y Vivienda 2000 y 2010

Otro elemento que resulta interesante para nuestra indagatoria se refiere a la composición etaria de los hogares. De acuerdo con los datos disponibles, en La Asunción hay un aumento de la presencia de adultos mayores en los hogares en las últimas décadas. En 1990, el 19.9% de los hogares de La Asunción contaba con al menos un miembro mayor de 60 años. En 20 años, este porcentaje ha aumentado significativamente, pues en 2010, el 31.4% de los hogares del municipio contaba con al menos un adulto mayor. Como se presenta en la figura 2.

⁵ De acuerdo con la CEPAL (2011), la población envejece cuando aumenta el porcentaje de adultos mayores (personas de 60 años y más) al tiempo que disminuye el porcentaje de niños (menores de 15 años) y el de personas en edad de trabajar (15 a 59 años).

Figura 2. Porcentaje de hogares con al menos un miembro de 60 y más años, Oaxaca y La Asunción, 1990-2010



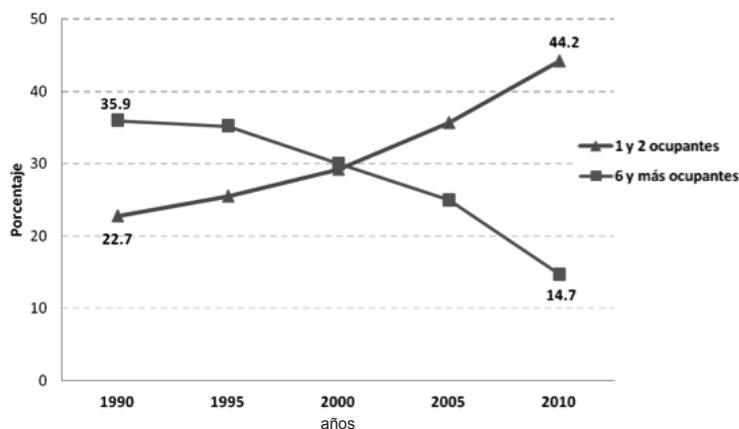
Fuente: Elaboración propia con base en los censos de población y vivienda 1990, 2000 y 2010; conteos de población de 1995 y 2005

Un último dato por resaltar se refiere al número de integrantes por vivienda. Anteriormente, debido a la preponderancia de la residencia patrilocal, no era raro ver familias extensas y la consecuente convivencia y co-residencia de tres generaciones en un mismo solar. De tal forma, los ocupantes de una misma vivienda podían llegar a ser numerosos e incluir a miembros de diversas generaciones (padres, hijos/as y nietos/as).

Los datos de los últimos 20 años reportan un interesante descenso en el promedio de ocupantes por vivienda, pues se pasó de un promedio de 4.8 en 1990, a 3.3 en 2010.⁶ Los datos disponibles permiten, además, apreciar las variaciones en cuanto al número de habitantes de las viviendas entre 1990 y 2010. En dicho periodo, ha disminuido de manera dramática la presencia de viviendas con 6 y más habitantes, pasando de 35% en 1990 a 14% en 2010; y se ha elevado el de los hogares con uno y dos ocupantes en dicho periodo, que alcanza el 44% en 2010. Como se muestra en la figura 3.

⁶ El promedio de habitantes en viviendas particulares en el país es de 3.9 en 2010.

Figura 3. Evolución del porcentaje de viviendas con más y menos habitantes en La Asunción 1990-2010



Fuente: Elaboración propia con base en los censos de población y vivienda 1990, 2000 y 2010; conteos de población de 1995 y 2005

No es posible saber con exactitud si estas viviendas de uno y dos ocupantes se componen o no de adultos mayores. En todo caso, el aumento de la presencia de adultos mayores en los hogares y el descenso en el número de ocupantes de la vivienda, sugieren un escenario en donde ha disminuido la presencia de la residencia patrilocal y se cuenta con una menor disponibilidad en la mano de obra familiar en ciclos de vida familiar avanzados, en contraste con las décadas anteriores.

De tal forma, en La Asunción se encuentra ante un contexto de envejecimiento poblacional y alta migración, que plantea importantes retos para hacer frente al cuidado de adultos mayores. Es de hacer notar que se trata de un escenario en el cual la población senescente enfrenta mayores condiciones de vulnerabilidad por la falta de un sistema de pensiones y cuidado institucional hacia esta población, la poca cobertura en servicios de salud y la disminución del número de familiares co-residentes que pudieran proveer cuidados personales.

En el caso de aquellos/as adultos/as mayores que cuentan con hijos/as migrantes en EUA, la información recabada en campo permite señalar

que se llevan a cabo diversas actividades para tratar de proveer a los padres el cuidado requerido, particularmente en el tema de salud. Esto debido a que son migrantes de primera generación, que fueron socializados en la localidad de origen bajo una moral familiar que valora la reciprocidad entre generaciones, por lo que conocen sus responsabilidades hacia sus padres ancianos.

Sin embargo, al estar asentados en California, los hijos(as) migrantes no pueden participar en las actividades de cuidado de la misma manera que lo harían si estuvieran en La Asunción: no pueden acompañar a los padres de manera cotidiana y ofrecer cuidado en persona, colaborar con los trabajos del hogar, ayudarlos en la preparación de alimentos, llevarlos al médico, etc. Para cumplir con sus obligaciones filiales, estos hijos(as) llevan a cabo distintas acciones para participar, de manera reconfigurada, en las actividades de cuidado que les impone la moral familiar.

Como será expuesto a continuación, se trata de actividades que cuentan con un cierto grado de efectividad, pero que cuentan con importantes limitaciones, sobre todo en familias cuyos hijos/as no cuentan con documentos migratorios. El considerar las limitaciones no sólo permite evidenciar el peso de las políticas migratorias en la dinámica familiar transnacional, sino particularmente, llamar la atención sobre la vulnerabilidad de la población adulta mayor en contextos de alta migración hacia EUA.

El trabajo de cuidado en familias con hijos e hijas migrantes.

Al igual que sucede con el resto de las familias, los intercambios de cuidado en las familias con miembros migrantes forman parte de la vida cotidiana. Pueden ser recíprocos e inmediatos, o pueden ocurrir en distintos momentos y etapas en el curso de vida de las personas (Reynolds y Zontini, 2006). Asimismo, la capacidad de ofrecer cuidado en estas familias está sujeta al tiempo disponible, la etapa del ciclo de vida, la salud, las obligaciones morales y las expectativas culturales.

En las familias con migrantes internacionales, la distancia no es el único factor que distingue este tipo de cuidado, sino las fronteras nacionales a través de las cuales dicho cuidado debe ser procurado y negociado,

en donde entran en juego las legislaciones y políticas migratorias de al menos dos Estados nacionales. Baldassar, Wilding y Baldock (2007) señalan que las circunstancias específicas creadas por las fronteras nacionales tienen su propio efecto en las capacidades, obligaciones y compromisos negociados para proveer cuidado.

Los distintos estudios sobre cuidado en familias con miembros migrantes, distinguen entre el trabajo de cuidado que puede ser llevado a cabo a distancia (*caring about*) y aquél que requiere la presencia física para llevar a cabo actividades de cuidado de tipo personal (*caregiving* o *caring for*). Existen actividades que bien pueden ser llevadas a cabo a través de la distancia, tales como ofrecer apoyo moral, preocuparse por la salud de los demás o incluso enviar dinero para cubrir gastos de salud, que se llevan a cabo mediante llamadas telefónicas, envío de imágenes o regalos y envíos monetarios. Sin embargo, hay otras actividades de cuidado que requieren la presencia física (*hands on*), que involucran la interacción cara a cara entre el cuidador y la persona que requiere cuidado: ayuda en el aseo, la preparación de alimentos, la toma de medicamentos, etc. (Alicea, 1997; Reynolds y Zontini, 2006; Baldassar, Wilding y Baldock, 2007; Baldassar, 2007a; Zechner, 2008).

La distinción entre los tipos de cuidado resulta muy pertinente para el presente análisis, pues permite reconocer que no solamente los miembros de las familias que viven en proximidad son capaces de intercambiar cuidado, sino también aquellos que viven en otros países. La distancia geográfica y las fronteras estatales que separan a los miembros de las familias no disminuyen su preocupación mutua, por lo que muchos se involucran en diversas prácticas de cuidado, que son vías para expresar cariño y aminorar la añoranza, y que son de gran importancia para las relaciones familiares transnacionales (Baldassar, Wilding y Baldock, 2007; Baldassar, 2007a y b).

En familias con hijos/as migrantes con padres adultos mayores, son éstos últimos los principales receptores de cuidado, pues la condición de vejez de los padres residentes en la localidad de origen provoca que las responsabilidades filiales de cuidado sean más pronunciadas. Esto debido a una moral familiar asociada a un sentido de reciprocidad bastante

extendida en las diversas culturas: los hijos se sienten en la obligación de retribuir a sus padres ancianos los cuidados que recibieron de ellos, así como los sacrificios que los padres tuvieron que hacer para criarlos (Baldassar, Wilding y Baldock, 2007; Reynolds y Zontini, 2006; Sun, 2012).

La condición de adultos mayores de los padres provoca un aumento en la demanda de servicios de asistencia, pues con el envejecimiento, sobreviene un deterioro económico y de salud (física o mental) que merma la capacidad para realizar actividades cotidianas. Además, con la vejez se experimenta un debilitamiento de las redes sociales, dado que hay mayor probabilidad de experimentar la pérdida de la pareja y los amigos (Montes de Oca, 2001). En un contexto como el campo mexicano, que se distingue por la ausencia de pensiones e instituciones públicas dedicadas al apoyo de los adultos mayores, la familia aparece como una de las principales fuentes del cuidado en la vejez (Huenchuan, 2009), donde los hijos, y especialmente las hijas, son considerados como la fuente de apoyo más directa en esta etapa de la vida. (Montes de Oca, 2001).

En La Asunción, la migración de hijos e hijas plantea importantes retos para el cuidado de adultos mayores, pues ante la distancia y la frontera que los separa, se hace necesario desarrollar estrategias de cuidado de tipo transnacional, particularmente, en la salud. Lo anterior cobra sentido si se recuerda que con la vejez se presenta un deterioro de las capacidades funcionales, emocionales y cognitivas de las personas conforme pasa el tiempo. Asimismo, implica un proceso degenerativo irreversible que lleva implícito el incremento de la vulnerabilidad hacia diferentes tipos de padecimientos (especialmente crónicos) que afectan y limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente disminución de su autonomía y la necesidad constante de ayuda (González, *et al.*, 2011).

Es precisamente en el campo de la salud donde se plantea el tema de la vulnerabilidad de los adultos mayores, pues es en la vejez cuando se genera dependencia debido a enfermedades crónicas⁷ y discapacidades

⁷ En cuanto a la presencia de enfermedades crónicas, se identifican principalmente tres padecimientos que aquejan a la población adulta mayor: hipertensión arterial, diabetes y artritis, seguidas por afecciones pulmonares, infartos, embolias y cáncer (INEGI, 2013)

motrices o mentales, requiriendo prevención, atención médica, medicamentos y cuidados personales de modo permanente (Ham-Chande, 2011). El tema del deterioro de la salud también se vincula con la idea de envejecimiento como dependencia, en razón de la aparición y acumulación de padecimientos crónicos, incurables y progresivos, dentro de un conjunto de patologías que no son necesariamente fatales, pero que tienen importantes consecuencias de deterioro funcional, mala calidad de vida, demanda de atención médica y necesidad de cuidado a largo plazo (CONAPO, 2011: 21).

Como es posible apreciar, las necesidades de cuidado en la vejez son importantes, ante las cuales los hijos/as migrantes deben responder. Sin embargo, su respuesta está fuertemente determinada por factores tales como el estatus migratorio y las necesidades de su propia unidad familiar en California. Aquellos migrantes que carecen de documentos se refieren a su propia condición como 'no poder salir', pues ante el aumento del control fronterizo, prefieren prolongar su estancia en EUA y, por lo tanto, no tener la posibilidad de regresar regularmente a la localidad de origen.

Al respecto, es importante señalar que las políticas migratorias tienen un gran peso en la dinámica familiar transnacional, pues determinan en gran medida la posibilidad de la interacción cara a cara, así como el tiempo de separación entre los miembros de las familias transnacionales (Ariza, 2012). De tal forma, contar o no con un permiso de trabajo o una visa, ser ciudadano, residente legal o indocumentado en el país receptor, son aspectos que marcan la diferencia en cuanto a la movilidad de los sujetos a través de las fronteras.

En el caso de la migración México-Estados Unidos, las políticas migratorias estadounidenses son las que marcan la pauta para la movilidad de migrantes y sus familiares. Aunque se comparte una frontera, los mexicanos no pueden ingresar libremente a territorio estadounidense, pues deben contar con una visa o algún documento migratorio que avale su estancia legal en dicho país, o bien, contar con la residencia o la ciudadanía estadounidense por naturalización. En el caso de los migrantes indocumentados, éstos deciden prolongar su estancia en territorio estadounidense,

para evitar los crecientes peligros y costos de un cruce subrepticio ante el aumento del control fronterizo.

Las diversas necesidades de cuidado, así como las (im)posibilidades impuestas por el estatus migratorio, dan pie a la conformación de un complejo escenario asociado al cuidado de la salud de los padres residentes en la localidad de origen. De tal forma, las prácticas implementadas por hijos/as migrantes no conforman un todo homogéneo sino un interesante mosaico que responde al peso de distintos factores en ambos lados de la frontera. Asimismo, se trata de un escenario que no está exento de conflictos y contradicciones, en donde los retos respecto al cuidado de la salud de los adultos mayores son igualmente complejos.

A partir del procesamiento de la información obtenida en campo, es posible identificar dos 'momentos' en los cuales los hijos e hijas migrantes llevan a cabo prácticas de cuidado de la salud de sus padres. Estos momentos están definidos por las necesidades de salud de sus padres, en donde las acciones implementadas por los hijos/as migrantes, en respuesta a dichas necesidades, están fuertemente determinadas por factores estructurales tales como el estatus migratorio. Como se verá a continuación, este último aspecto impone importantes limitaciones a la capacidad de ofrecer cuidado y apoyo personalizado, aumentando la condición de vulnerabilidad de los padres adultos mayores con hijos/as migrantes.

El cuidado cotidiano de la salud

Como ya fue mencionado, con el envejecimiento, sobreviene un deterioro económico y de salud (física o mental) que merma la capacidad para realizar actividades cotidianas. El tema de la salud y el bienestar de los padres tiene gran relevancia las familias, pues incluso en situaciones en las cuales los adultos mayores gozan de buena salud, el riesgo de sufrir alguna situación de fragilidad o discapacidad se eleva con la edad (Huenchuan, 2009). Ante esta situación, los hijos/as migrantes asentados en California pueden realizar algunas actividades para estar 'pendientes' de sus padres de manera cotidiana.

Hijos e hijas suelen llamar por teléfono a sus padres para saber cómo se encuentran, saber si han presentado problemas de salud y, en general, para platicar con ellos. En dichas pláticas, se indaga sobre la condición de salud, si los padres se han enfermado, si han ido al médico, etc., como una forma de manifestar deferencia y cuidado hacia ellos. “Yo cuando hablo con ellos les pregunto que ¿Cómo están?, si está enfermo mi papá o mi mamá, y dice que ‘nada gracias a Dios’, dicen que están bien, que todavía pueden trabajar allá en el campo” (*Elizabeth*, sin documentos, unida, madre de dos hijos pequeños nacidos en EUA).

En casos como una gripa o infección estomacal, los hijos(as) pueden aumentar la frecuencia de las llamadas, como una forma de dar seguimiento al proceso de recuperación: saber qué dijo el médico, si han tomado sus medicamentos, si se sienten mejor, etc. Asimismo, es posible enviar remesas monetarias para pagar la consulta médica y los medicamentos, en caso de recurrir a un doctor particular. De hecho, los padres pueden pedir explícitamente a sus hijos la ayuda monetaria en caso de enfermedad, pues debido al principio de reciprocidad intergeneracional, se espera que los hijos/as apoyen a sus padres. Cuando la enfermedad no es grave, dicho apoyo puede traducirse en recursos monetarios, a reserva de saber que se puede solicitar la presencia del hijo/a migrante en caso de gravedad o riesgo de fallecer.

Pues, no, nada más... creo que una vez me pidieron [dinero]. No sé, no me acuerdo bien qué tuvo mi mamá; mi mamá me dijo si tenía un poco de dinero, para mandarle. Ajá, pero fue la única vez que mi mamá me pidió. Ahorita no. Dice mi mamá que ahorita no se han enfermado ni nada (...) Mi papá la otra vez dijo: ‘pues a ver’. Ahorita pues, que no han dicho que regrese. Dice [su papá]: ‘pero el día que yo te ocupo, que regreses, te voy a pedir, tienes que regresar’ Ok -le dije. ‘Ahorita -dice-, estamos bien, pero ya un día si estoy muy mal y eso, te voy a llamar que regreses, tienes que regresar’. (*Angélica*, sin documentos, unida, madre de cuatro hijos pequeños nacidos en EUA).

Las llamadas telefónicas y el envío de dinero para los gastos de salud son prácticas que tienen una valoración positiva y permiten a los hijos/as

migrantes, hasta cierto punto, estar pendientes de la salud de sus padres. Sin embargo, también cuentan con limitaciones, sobre todo cuando los padres viven solos, pues estos padres no cuentan con el apoyo de sus hijos para que los acompañen a la cita médica, conozcan el diagnóstico con exactitud y puedan estar pendientes de la toma de los medicamentos.⁸

Cabe mencionar que los adultos mayores que viven solos no se encuentran en total aislamiento o abandono, pues las redes sociales y de parentesco son muy sólidas en las comunidades rurales e indígenas: ahijados/as, sobrinos/as y vecinos/as están medianamente pendientes de estos adultos mayores. Sin embargo, esto no garantiza un cuidado personalizado y permanente y, sobre todo, no sustituye la presencia de los hijos/as migrantes, dado que lo deseable es que los hijos/as puedan 'estar' con sus padres.

Existen casos en los cuales hay hijos e hijas viviendo con los padres o cerca de ellos, por lo que son estos/as hijos/as los que se encargan del cuidado de los padres de manera cotidiana. Si bien esto contribuye positivamente a disminuir la vulnerabilidad de los padres, también puede llegar a significar una sobrecarga de trabajo para aquellos/as que se encuentran en proximidad. Esto otorga mayor tranquilidad a sus hermanos/as migrantes, pues saben que hay alguien cerca de sus padres y se ocupa de ellos. "Yo pienso que ellas [sus hermanas que viven en La Asunción] están haciendo más que nosotros [los hijos que viven en EUA] porque ellas los están cuidando todos los días. Ya sabes cómo es allá, están en la casa, trabajan en el campo, es lo que hacen..." (*David*, residente legal, unido, padre de un hijo pequeño nacido en EUA).

Como se verá a continuación, las estrategias de cuidado cambian ante una situación de emergencia, en las que se considera necesario proveer a los padres de mayor cuidado. Sin embargo, las posibilidades de otorgar cuidado están fuertemente determinadas por la condición migratoria de estos hijos/as migrantes.

⁸ El personal de la clínica de salud señala que los adultos mayores que viven solos se encuentran en una condición de mayor vulnerabilidad, pues no cuentan con la atención directa de sus familiares e incluso llegan a presentar cuadros de desnutrición, abandono y depresión. (Entrevista con el Dr. Roberto Vásquez en la clínica de salud de La Asunción, enero de 2012).

El cuidado en situaciones de emergencia

Cuando se requiere una intervención quirúrgica, es necesaria la hospitalización, o el padre o la madre se encuentran en riesgo de morir, los hijos/as migrantes tratan de llevar a cabo acciones para garantizar su cuidado personalizado, pues se considera necesaria la presencia de los hijos(as). La información obtenida en campo sugiere que, ante la notificación de la emergencia en familias en donde todos los hijos/as se encuentran en EUA, hay un hijo o hija migrante que emprende el viaje a La Asunción casi de manera inmediata, a modo de evaluar la situación y notificar a sus hermanos/as.

Debido al peso del estatus migratorio, generalmente el primero/a en viajar es el hijo/a que tiene 'papeles', pues se considera que tiene mayor capacidad de respuesta. El viaje permite a estos hijos/as acompañar a los padres al médico, conocer bien el diagnóstico, estar pendiente de la evolución de la enfermedad y, en general, evaluar la situación para comunicársela a sus hermanos y, en todo caso, decidir qué hacer. Hay casos en los cuales la mayoría de los hijos/as, independientemente de su situación migratoria, deciden volver para atender al enfermo/a, pero se reconoce que son los hermanos 'con papeles' los que tienen mayor capacidad de respuesta.

Mi papá se enfermó bastantísimo, daban por hecho de que iba a fallecer. Por eso nos fuimos a allá [La Asunción]... Mi hermano sí era residente legal. Nos fuimos y..., nos dijeron que la única opción era un trasplante de riñón, hasta la Ciudad de México. Le dije a mi hermano, 'mira, si nos vamos a México, no conocemos a nadie allá, tan siquiera en EUA trabajamos. Llévelo allá, aplicamos a *MediCall* allá', y... le digo, 'tú al día siguiente regrésate, y yo a ver cuándo me regreso'. Y se regresó, al día siguiente con mi papá (Ángel, sin papeles al momento del evento relatado, actualmente ciudadano, su padre tiene documentos migratorios).

Los hijos/as migrantes que no pueden volver (ya sea porque no pueden dejar a su familia en California, no pueden faltar al trabajo o no tienen papeles), buscan la manera de 'hacerse presentes' mediante envíos mone-

tarios para contribuir al pago de los gastos generados por la emergencia, y se mantienen en contacto vía telefónica de manera constante. Desde luego, al estar lejos y no poder volver, estos/as hijos/as experimentan situaciones emocionalmente difíciles, en las que sufrieron angustia, frustración y tristeza.

En aquellos casos en los cuales los padres cuentan con hijos/as viviendo en proximidad, son éstos quienes se encargan de notificar a sus hermanos/as migrantes sobre la situación de emergencia. Como ya ha sido mencionado, son estos/as hijos/as no migrantes los principales encargados de la salud de sus padres, pero hay casos en los cuales sus hermanos/as migrantes deciden volver a La Asunción, en función de la gravedad de la situación y sus propias posibilidades.

Una vez que el padre o madre recupera la salud, se ha superado la fase más crítica o, en casos extremos, el/la enfermo/a fallece y se concluyen los rituales funerarios, los/as hijos/as migrantes que estuvieron presentes en La Asunción, emprenden el viaje de regreso a California. De acuerdo con la información obtenida en campo, alguno/as vuelven de manera casi inmediata, y otros/as permanecen más tiempo.

Tenía 5 años [de vivir en California], ya cuando me dijeron que mi papá estaba malo, y me fui [a La Asunción]. Y llevé a mi esposo, los dos, no tenemos niños. Ya de ahí llegamos, y ya. Duramos como 7 meses. Llegué, ya de ahí se murió mi papá. Ya de ahí, nos venimos pa'cá [California] otra vez (Claudia, sin documentos, unida, al momento de la entrevista, madre de dos hijos pequeños nacidos en EUA).

Como es posible apreciar, 'estar' con los padres aparece como un elemento altamente valorado en el tema del cuidado de la salud de los padres adultos mayores, pero cuyo cumplimiento enfrenta importantes dificultades en contextos de alta migración, pues los/as hijos/as migrantes se encuentran asentados en EUA y en no pocos casos, carecen de documentos migratorios que les permitan volver con frecuencia. Debido a la importancia de este aspecto, a continuación se presentan algunas breves consideraciones sobre las acciones y dificultades que enfrentan los/as hijos/as migrantes para 'estar' con sus padres.

La dificultad de 'estar con ellos': acciones y alternativas

El anhelo de 'estar' con los padres y poder cumplir a cabalidad con el principio de reciprocidad que impone la moral familiar tradicional, fue expresado por los hijos/as migrantes entrevistados/as. Como ya ha sido mencionado, al encontrarse asentados en California, los hijos e hijas migrantes de La Asunción no pueden estar en la localidad de origen de manera permanente para cuidar de sus padres. Ante esta situación, se hace necesario implementar acciones para garantizar dicho cuidado, que responde en gran medida a las (im)posibilidades impuestas por el estatus migratorio y las necesidades de sus propias familias en EUA.

'Estar' con los padres adultos mayores no es una empresa fácil, sobre todo para aquellos hijos(as) migrantes que no cuentan con documentos. Ante la falta de 'papeles', el aumento del control fronterizo y el temor de ser separados de su familia en California, los hijos(as) migrantes indocumentados no pueden volver a La Asunción con la frecuencia deseada para estar con sus padres. En aquellas familias donde ninguno de los hijos cuenta con papeles, los retornos han respondido únicamente a las situaciones de emergencia o alguna visita de carácter especial.

Una alternativa viable para los hijos/as migrantes sin papeles es 'pagar' a alguien para que esté pendiente de los padres: los acompañe, les lleve de comer, pase la noche con ellos o les ayude a 'hacer mandados'. Aunque se reconoce que 'no es lo mismo', pagar a alguien para que cuide de los padres constituye una alternativa de cuidado viable cuando todos los hijos 'están fuera'. Durante el trabajo de campo se supo de dos casos de padres que viven solos y son cuidados por una tercera persona, que es pagada por los hijos(as) migrantes, dado que todos se encuentran en EUA. Ante la imposibilidad de estar en el pueblo, pagar a alguien aparece como una forma de demostrar que los hijos(as) migrantes están pendientes de sus padres.

En este contexto, se podría pensar que aquellos/as hijos/as migrantes con 'papeles' pueden volver de manera regular a La Asunción para ver a sus padres. Sin embargo, para estos/as hijos/as no siempre es fácil disponer de tiempo y recursos monetarios para 'ir a ver' a sus padres con la

regularidad deseada. Esto debido a los gastos familiares en California, la edad de los hijos/as propios, la falta de permisos en el trabajo, etc.

Ya mi mamá se pone contenta que le estoy hablando, por eso te digo... que me dice: '¿cuándo vienes, cuando vienes otra vez?' [Le contesta:] 'Ay mamá, a ver cuándo, de repente llego'. [Su mamá:] 'Pero ya pasó un año y no has venido. ¿Qué te está pasando?' Se preocupa mucho (...) Yo voy en día de Todos los Santos, me gusta estar ahí con mi mamá, vamos al panteón, por eso se puso triste ahora, porque quedé de ir y no llegué pues, yo hubiera querido. Por el trabajo, y no me compré el boleto antes, ya después estaban bien caros. (*Leticia*, con ciudadanía, separada, madre de tres hijos mayores de edad).

Durante el trabajo de campo solamente fue posible saber de un caso en el cual los hijos(as) migrantes se turnan para acompañar a su madre anciana, por lo que a cada uno de ellos le corresponde permanecer un cierto tiempo en La Asunción en casa de la señora. Cabe señalar que, en esta familia, todos los hijos(as) cuentan con documentos migratorios y sus respectivos hijos son mayores de edad, lo que facilita dicho rol de cuidado.

Otra alternativa para que los padres no estén 'solos', viable únicamente para aquellos que cuentan con ciudadanía, es 'arreglarles papeles' a los padres. Esto les permite viajar a EUA y permanecer con sus hijos/as migrantes largos periodos sin exponerlos a un cruce indocumentado o al riesgo de la deportación. De hecho, arreglarles papeles a los padres es una forma de manifestar cuidado y deferencia, de demostrar que se quiere 'estar con ellos'. Sin embargo, es un privilegio del que gozan únicamente aquellos que cuentan con la ciudadanía.

Estuvo ella [su mamá] como 7 años sola [en La Asunción]. Entonces ya, por eso también me preocupé rápido pues para ser ciudadano [y] para arreglar [los] documentos de ella... Cuando cumplí 5 años con la residencia, luego lo cambié por ciudadanía [y] así pude arreglar [los de] ella bien rápido. En 6 meses ya llegó su cita, y ya se vino. Ya fui por ella a Oaxaca, [la] llevé [a] ella a Ciudad Juárez... Por eso estaba, lo que más me preocupaba... cuando [ella] estaba sola allá pues (...) Por ejemplo, como hijo tenemos que 'ora pues

responder a ellos pues. ¿Preocupar[nos] por ellos y más que nada, es un motivo grande no? Para mí es un motivo grande es una, ¿cómo te digo? Estoy dichoso de tener mi mamá, me preocupo mucho por ella. (*Gerardo*, actualmente ciudadano, unido, padre de cinco hijos nacidos en EUA).

Como es posible apreciar, 'estar' con los padres no resulta fácil para los hijos/as migrantes asentados en EUA. Sin embargo, siempre se manifiesta dicha situación como algo deseable, sobre todo a largo plazo, cuando los padres envejecen y no se puedan valer por sí mismos. Al respecto, es pertinente señalar que algunos/as entrevistados/as en California, manifestaron su deseo de volver a La Asunción cuando ya no puedan trabajar en EUA y sus hijos/as hayan crecido. Esto les permitiría, al mismo tiempo, estar con sus padres ancianos y procurarles apoyo personalizado. Incluso, algunos/as han construido casas en la localidad de origen con dicho propósito. Sin embargo, se debe mencionar que dicha decisión plantea importantes dilemas, pues estos/as hijos/as migrantes tienen obligaciones respecto a sus padres y sus propios/as hijos/as, en donde la conciliación no parece fácil.

Y él [su papá], con los años, pues sus años él va avanzando, al rato va estar más viejito, más viejito. Ya él va a necesitar ayuda. ¿Quién va a estar con él?, ¿quién va a poder cocinarle? Porque ahorita yo sé que él se cocina y todo eso. Pero más con el tiempo, pues ya va a estar más abuelito. Va a necesitar quién le cocine, quién le lave la ropa. ¿Quién va a estar con él?... Ya ahorita, ya por decir, por ahorita no sé decir nada. Si irme con él, o quedarme con mi hijo. Si yo me voy allá, obvio al niño me lo llevo. Pero ya no va a estar en la escuela aquí, el niño, por decir, ahí ya pierde algo, pues. Su estudio. Y si yo me quedo aquí por el niño, yo ya no sé qué va a ser la vida de mi papá cuando ya esté más abuelito (*Laura*, sin documentos, unida, madre de un niño pequeño nacido en California, su papá es viudo y vive solo porque todos/as sus hijos/as están en EUA).

El panorama de cuidado hacia los padres ancianos que residen en la localidad de origen es complejo y, desde luego, no está exento de contradicciones e incluso desigualdades. Al respecto, hay que destacar que no todos/as los hijos/as migrantes participan de la misma manera y con la

misma intensidad en las actividades de cuidado al interior de una misma familia. En no pocos casos se reconoció que hay algunos que están más pendientes de sus padres, en comparación con sus hermanos, lo que puede traducirse en mayores responsabilidades y carga de trabajo. En ciertos casos, la sobrecarga puede ser para un/a hijo/a migrante, mientras que, en otros, la sobrecarga de trabajo es para aquellos/as hijos/as no migrantes, que residen cerca de los padres. No es posible ahondar en el particular, pero sirvan estas breves líneas para evitar una visión romántica e igualitaria sobre el cuidado de los adultos mayores en contextos de alta migración hacia EUA.

Consideraciones finales

Aunque no es posible generalizar a partir de la experiencia de una sola comunidad, y los hijos e hijas migrantes conforman sólo una parte del contingente de migrantes internacionales de origen rural e indígena de nuestro país, las situaciones analizadas en este capítulo contribuyen al conocimiento de las distintas formas en que la migración hacia EUA incide en la transformación de un modelo de organización familiar de tipo tradicional en comunidades rurales e indígenas de nuestro país.

En el caso de interés, estas transformaciones tienen un efecto directo en la procuración de cuidado de los adultos mayores. La migración y asentamiento de hijos e hijas en EUA repercute de manera particular en la residencia de tipo patrilocal, lo que a su vez plantea importantes retos en lo que se refiere al cuidado de la salud de los padres adultos mayores. A pesar de encontrarse en EUA, hijos e hijas migrantes suelen llevar a cabo diversas prácticas de cuidado de la salud, que, si bien resultan efectivas, cuentan con importantes limitaciones, sobre todo en las familias cuyos miembros no cuentan con documentos migratorios.

Finalmente, es importante llamar la atención sobre la vulnerabilidad de los adultos mayores en localidades con alta migración hacia EUA. Los padres con hijos/as asentados/as en EUA no cuentan con el apoyo personalizado y constante de sus hijos e hijas migrantes y, por lo tanto, cuentan

con menos recursos para hacer frente a un contexto caracterizado por la falta de un sistema institucionalizado de cuidado para las personas de la tercera edad. Dicha situación se agudiza en el caso de los adultos mayores que viven solos, sin algún/a hijo/a en proximidad. Aunque las prácticas de cuidado transnacional cuentan con cierta efectividad, y en la mayoría de los casos sobrinos, ahijados y vecinos están al pendiente, es posible pensar que dicha ayuda tiene un límite, lo que colocaría a estos adultos mayores en una situación de mayor vulnerabilidad. Lo anterior plantea importantes retos en términos de política pública enfocada a la población adulta mayor, cuyas acciones deberán estar dirigidas al mantenimiento de su bienestar y cuidado.

Bibliografía

- Arias, P. (2009) *Del arraigo a la diáspora. Dilemas de la familia rural*. México, Miguel Ángel Porrúa-Universidad de Guadalajara.
- Ariza, M. (2012) “Vida familiar transnacional en inmigrantes de México y República Dominicana en dos contextos de recepción” en *Si somos americanos. Revista de estudios transfronterizos*, Vol. XII, Núm. 1, enero-junio. pp. 17-48
- , (2002) “Migración, Familia y transnacionalidad en el contexto de la globalización”, Ariza, M. y O. de Oliveira (2004) “Universo familiar y procesos demográficos”, en *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 64, Núm. 4, oct.-dic. en *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, México, UNAM-IIS. pp. 53-84.
- Baldassar, L. (2008) “Missing Kin and Longing to be Together: Emotions and the Construction of Co-presence in Transnational Relations” *Journal of Intercultural Studies* Vol. 29 No. 3, august.

- , (2007a) “Transnational Families and Aged Care: The Mobility of Care and the Migrancy of Ageing” in *Journal of Ethnic and Migration Studies* Vol. 33, No. 2, March.
- , (2007b) “Transnational Families and the Provision of Moral and Emotional Support: The Relationship between Truth and Distance”, *Identities: Global Studies in Culture and Power*, No. 14.
- Baldassar, L.; R. Wilding y C. Baldock. (2007) *Families Caring Across Borders. Migration, Ageing and Transnational Caregiving*. Palgrave, MacMillan.
- CONAPO. (2011) *Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México*. México, D.F. CONAPO, Serie documentos técnicos.
- Córdova, P. (2002) ‘Y en medio de nosotros mi madre como un Dios’: de suegras y nueras en una comunidad rural veracruzana” en *Alteridades. Tiempos y Espacios del Parentesco*. México, Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa. Año 12, Núm. 24, julio-diciembre. pp. 41-50.
- Díaz M. y A. Escrivá. (2012) “Care of older people in Migration Contexts: Local and Transnational Arrangements between Peru and Spain” en *Social Politics*, Vol. 19. Núm. 1 Oxford University Press. pp.129-141.
- Durand, J. y D. Massey. (2003) *Clandestinos. Migración México-Estados Unidos en los albores del siglo XXI*. México, Miguel Ángel Porrúa/ Universidad Autónoma de Zacatecas.

- Gabarrot, M. (2009) “Capital social y política social en comunidades migrantes: reflexiones desde dos comunidades de los Valles Centrales de Oaxaca” en Arroyo y Berumen (Coord.) *Migración a Estados Unidos: Remesas, autoempleo e informalidad laboral*. INM, UDG, SEGOB, México, Instituto Nacional de Migración–Universidad de Guadalajara–Secretaría de Gobernación.
- González, G.; M.G. Vega; C. Cabrera; E. Arias y A. Muñoz (2011) “Envejecimiento demográfico, condiciones sociales y mortalidad del adulto mayor en México” en Flores, Vega y González (Coords.) *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia*. México, Universidad de Guadalajara.
- González, M. y S. Valdez. (2007) “Violencia hacia las mujeres en ocho regiones indígenas de México: notas metodológicas en torno a la Encuesta Nacional de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI)” en *Estudios Sociológicos*, Vol. XXVI, Núm. 2, mayo-agosto, México, El Colegio de México.
- Hakkert, R. y J. M. Guzmán. (2004) “Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina, en Ariza y Oliveira (Coord.) *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. México, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ham-Chande, Roberto (2011), “Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México” en *La situación demográfica en México*. Consejo Nacional de Población, México.
- Ham, Ch.; E. Ybáñez y A. Torres. (2003) “Redes de apoyo y arreglo de domicilio de las personas en edades avanzadas en la Ciudad de México” en *Notas de población*, Vol. 30 Núm. 77. Santiago de Chile. CEPAL. pp. 71-102.

Hernández, I. (2013) *Prácticas familiares transnacionales en familias indígenas con hijos(as) migrantes de los Valles Centrales de Oaxaca*, Tesis para obtener el grado de Doctora en Ciencia Social con Especialidad en Sociología, México, El Colegio de México.

Huenchuan, S. (2009) *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile, Libros de la CEPAL No. 100. CEPAL.

Maldonado, B. (2004) “Organización social y política” en Bartolomé, Miguel, A. M. Barabas y B. Maldonado (coords.), *Los pueblos indígenas de Oaxaca. Atlas etnográfico*. INAH, Secretaría de Asuntos Indígenas del Gobierno de Oaxaca, México, Fondo de Cultura Económica.

Montes de Oca, V. (2001) “Bienestar, familia y apoyos sociales entre la población anciana en México: una relación en proceso de definición” en Gomes (Comp.) *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*. México, FLACSO, Miguel Ángel Porrúa.

Mummert, G. (1999) “‘Juntos o despartados’: migración transnacional y la fundación del hogar”, en *Fronteras Fragmentadas*, México, El Colegio de Michoacán.

Oehmichen, C. y D. Barrera. (2000) “Introducción” en *Migración y relaciones de género en México*. México, Instituto de Investigaciones Antropológicas–UNAM–Grupo Interdisciplinario sobre Mujer Trabajo y Pobreza.

- Peterson, G. y C. B. Hennon. (2006) “Influencias parentales en la competencia social de los adolescentes en dos culturas: una comparación conceptual entre los Estados Unidos y México” en Esteinou R. (ed.) *Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México*. México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Reynolds, T. y E. Zontini. (2006) *A Comparative Study of Care and Provision Across Caribbean and Italian Transnational Families*, Families and Social Capital ESRC Research Group Working Paper No. 16, Londres, South Bank University.
- Robichaux, D. (2006) “Hogar, Familia y grupos de acción: el sistema familiar mesoamericano ante los desafíos del siglo XXI”, En R. Esteinou (ed.) *Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México*. México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social–Desarrollo integral de la familia.
- , (2002) “El sistema familiar mesoamericano: testigo de una civilización negada” en De la Peña y Vázquez (Eds.) *La antropología socio-cultural en el México del milenio: Búsquedas, encuentros y transiciones*. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes–Fondo de Cultura Económica.
- Sun, K. (2012) “Fashioning the Reciprocal Norms of Elder Care: A Case of Immigrants in the United States and Their Parents in Taiwan”, en *Journal of Family Issues*, Vol. 33, No. 9. Sagepub. University of Florida. pp. 812-835.
- Zechner, M. (2008) “Care of older persons in transnational settings”, en *Journal of Aging Studies*, No. 22, State University of New York Press pp. 32-44.

XI. Imágenes, memoria colectiva y una historia popular e ineludible. La herencia de la movilidad espacial en una región del centro de México

Oscar Gerardo Hernández Lara
Norma Baca Tavira

227

Aquí se presentan historias de vida, historias familiares, populares, recordadas y sabidas en la silenciosa memoria de la colectividad que habita en lo que se puede calificar como una región en el centro de México, bien puede entenderse esa memoria como el *script* de genealogías, como historias domésticas, conocidas y repetibles.

Es necesario decir, y agradecer a ellos, que, por una parte, lo que a continuación se presenta se debe a la información que ofrecieron adultos mayores que habitan en los municipios que más adelante se establecerán como una región de estudio con base en la historia; por otra parte, además, se presenta el papel que los jóvenes han pensado y anhelado para ellos mismos y el futuro que, en su opinión, les espera a los municipios que habitan, como unidad político – administrativa,¹ pero también como región, con una historia particular y distintiva.

Este capítulo pues, aborda el tema de la movilidad espacial como parte de un curso de vida, el cual es “colectivo” e intergeneracional, que se mira como una opción necesaria, para reinvertir en el lugar, para crecer, para ser parte de una tradición familiar, repetir y emular un camino seguido y construido por generaciones más añejas. En ese marco, resaltan las condiciones bajo las cuales se ha emigrado, cada quien en su época, pero se destacan también las condiciones en las cuales se encuentra la

¹ Salas y Rivermar (2014) y Salas *et al.*, (2011) presentan importantes ediciones que revelan la historia de uno de los municipios y región en cuestión, se trata de Nativitas, desde el siglo XVII hasta la actualidad.

colectividad, y al interior de ella, especial interés se otorga al grupo de edad de 60 años y más.

Específicamente, la región de estudio está comprendida por tres municipios, dos pertenecientes a Tlaxcala, y uno a Puebla. Nativitas y Xicotzincó, son municipios al sur de Tlaxcala, que comparten una historia y lucha agraria que se relatará en la segunda sección. Por su parte, San Gregorio Atzompa, es un municipio sin reparto agrario, pero sí con historia de haciendas y una industrialización ganadera importante. Se dará especial énfasis a los casos de territorios tlaxcaltecos por contarse con trabajo de campo y revisión bibliográfica más amplia. Sin embargo, la historia regional de estos municipios es indudable.

El trabajo se divide en tres partes. En la siguiente sección se aborda brevemente lo que se entiende por vida cotidiana, basado en *el residir, el trabajar* y la *movilidad*. Más adelante se presenta la historia agraria, así como un panorama de la actualidad del mercado de trabajo regional, basado en la industrialización de la región. A ese contexto le continúa el relato, la historia oral que se recopiló mediante visitas de trabajo de campo a municipios que componen esa región, durante los años 2010, 2011, 2015 y 2016.² La última sección ofrece comentarios finales.

Vida cotidiana en territorios mudados a periurbanos

La vida cotidiana tiene, contiene, se explica en el tiempo y en el espacio. De ese modo, dichas categorías explican en un continuo espaciotemporal, las dinámicas, el tejido, la trama que es la vida cotidiana, en un lugar, en cierto periodo y etapa temporal.

Como se verá en este trabajo, la vida cotidiana en los territorios que componen la región propuesta, se ha ajustado, se ha transformado,

² Este trabajo reúne información que se utilizó para la elaboración de las tesis “De la hacienda a la cabecera municipal. Geohistoria de las transformaciones socioeconómicas y territoriales en Nativitas, Tlaxcala, 1924 – 2010” y “Geografía del envejecimiento rural”, la primera para obtener el grado de Maestro en Estudios Regionales y la segunda para la obtención del grado de Doctor en Geografía.

manteniendo rasgos históricos, es decir, continuidades, pero al mismo tiempo, en el vivir y trabajar (Lindón, 2000), se denotan modificaciones a esa vida cotidiana, de territorios periurbanos; mejor dicho, de territorios que han mutado hacia territorios periurbanos.

En ese sentido, a partir de Lindón (2000) se puede afirmar que hay al menos tres categorías que deben de analizarse en este tipo de territorios como parte de la vida cotidiana. Éstas son: la movilidad, el residir y el trabajar. La parte temporal de la vida cotidiana se demostrará en este trabajo, pues se ofrece un marco histórico de la región. El espacio, se caracteriza en esa misma línea temporal, además de presentarse la actualidad con base en referencias bibliográficas e información a partir de entrevistas.

El residir, así como *el trabajar*, “implica enfatizar el punto del individuo haciendo su cotidianeidad, y a través de ella haciendo lo social. Supone destacar *el hacer* más que el resultado o el producto mismo” (Lindón, 2000: 193). En ese sentido, el acento en una generación, como se definirá más adelante -la primera generación- actuales ejidatarios y/o campesinos que han trabajado la tierra, y residido alrededor de su tierra, es importante para demostrar cómo -a partir de la segunda y tercera generaciones- la vida cotidiana se ha ajustado a los cambios espaciales que arribaron por la inserción de modelos macroeconómicos diferentes, basados también en decisiones políticas sobre el territorio.

Para la primera generación, el *locus* del trabajar, la tierra, se encontraba a algunos metros o en los límites del territorio municipal, lo cual implicaba un cierto grado de movilidad; aunque en un caso presentado, el *locus* cambia, pues en el mismo hogar se encuentra la actividad generadora de economía, esto es, un negocio familiar, beneficiado por la localización del mismo: a un costado de la plaza central.

Para la segunda y tercera generación, el *locus* cambia, así también la movilidad y el trabajar e incluso el residir, pues ahora son la industria o la ocupación en bienes y servicios centrales en la vida cotidiana. La localización de esos mercados de trabajo demanda una movilidad diferente y amplia espacialmente, incluso, de ese modo, una temporalidad y agenda muy distinta y, consecuentemente, un residir considerablemente distinto. En suma, una vida cotidiana modificada, pues está vinculada e influida

especialmente en estos territorios, a las categorías propuestas por Lindón (2000).

Modelado de la herencia y memoria colectiva. El contexto e historia regional

230

En esta sección se presentan dos momentos en la historia regional. La primera presenta un poco del pasado colonial de la región y al sistema de haciendas como base de los lazos y redes comerciales, políticas, sociales e incluso territoriales. A esa historia le continúa el proceso de industrialización, que se puede afirmar que aún continúa y que es ya, junto con las actividades del sector terciario, el núcleo de la dinámica social, económica y de base territorial en la región. La necesidad de la historia es fundamental para entender la vida cotidiana de esta sociedad, que se debate entre ser agraria e industrial.

Historia colonial y el sistema de haciendas

Tlaxcala y sus municipios han cumplido una función de entidad bisagra en la historia de México, al menos desde el México colonial e independiente en la zona centro–oriente; esa condición deberá entenderse como una de las mayores razones de su poblamiento, crecimiento económico e inversión en industria privada.³

Así, la región cuenta con un primer evento histórico en común entre sus elementos, que remonta a la llegada de los españoles y la construcción

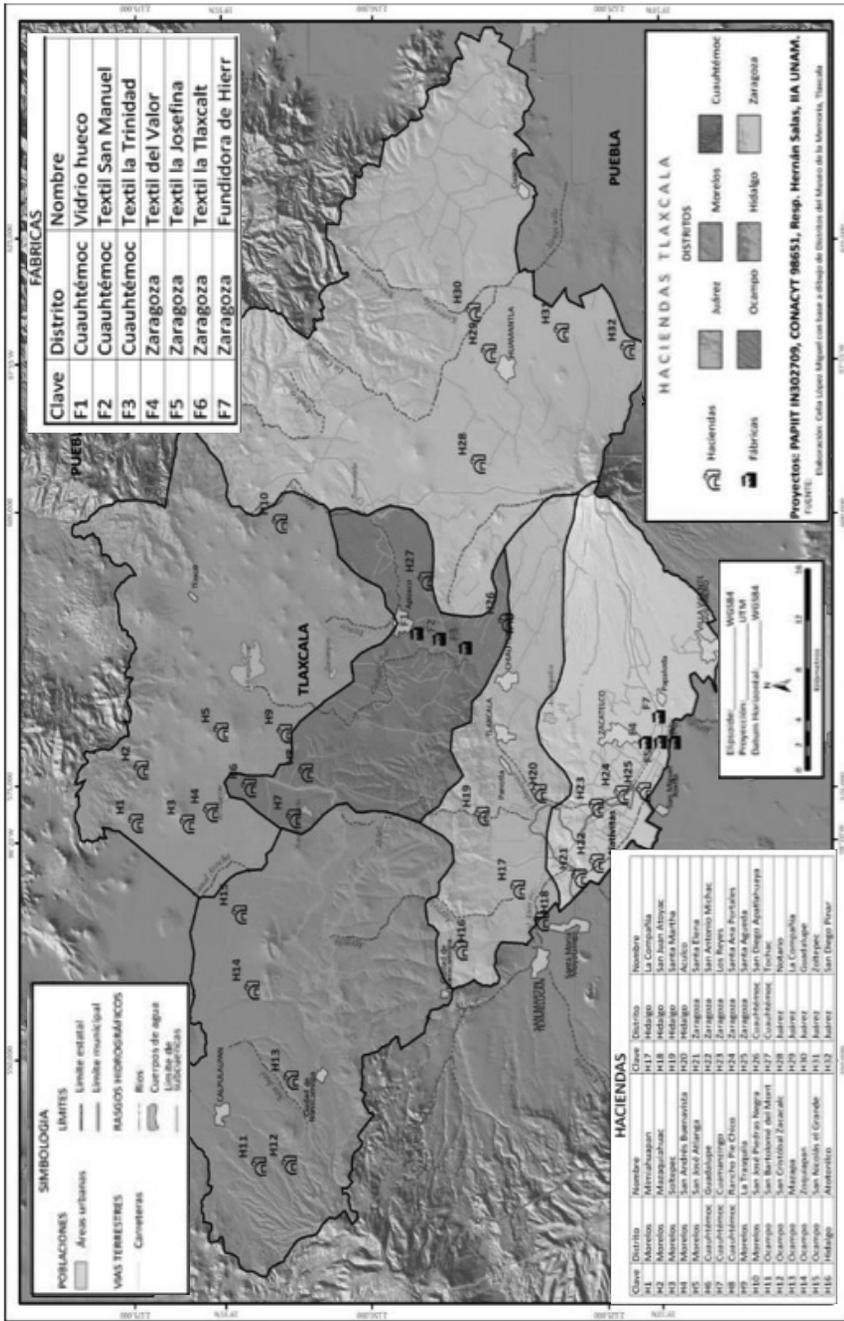
³ Tlaxcala cuenta con historia que también explica su condición; por ejemplo, el hecho de no haber sido conquistada de forma violenta por los españoles, situación que les dio a los pobladores originarios una posición favorable en ese aspecto a los extranjeros y a ellos les convenía tenerlos como aliados y pacíficos, ello a su vez, tiene implicaciones en la relación entre las entidades de Puebla y Tlaxcala. Este antecedente no se abarca a fondo en este trabajo, pero se reconoce su importancia a nivel local y regional en aspectos económicos, sociales y territoriales, pues de ello dependió la creación de asentamientos y propiedades de población española, por ejemplo, Puebla y sus alrededores.

del antiguo puerto de Veracruz, puesto que, en el caso de Nativitas, fue tempranamente fundado por población española, con la ocupación del territorio y con la instalación de un monasterio franciscano en el siglo XVII. La presencia de españoles se denota fácilmente en un recorrido rápido por los paisajes de los municipios.

No es intención hacer un recuento detallado de la historia mencionada, sin embargo, es antecedente importante y explicativo de la situación actual de la entidad y de la evolución de una vida cotidiana en constante cambio y ajuste. De la historia de la región, interesa la cuestión agraria, la forma en que ésta ha dado paso a una cuestión regional en el sur de Tlaxcala y su colindancia con municipios poblanos.

Nuestro interés inicia, pues, con el sistema de haciendas, de manera que en el figura 1 se presenta la localización a nivel estatal a principios del siglo XX.

Figura 1. Haciendas en Tlaxcala, de acuerdo a dibujo en el Museo de la Memoria, Tlaxcala.



Fuente: Tomado de López (2015: 247).

La historia inicia después del asentamiento de múltiples haciendas en la región, una vez apropiada la tierra por los españoles. González (1969) ha hecho énfasis en este tema, a partir del año 1712, pues es cuando se registran haciendas con grandes extensiones, propiedades y aperos.

Según Ramírez (1990) y otros autores⁴ la entidad se benefició de la creación de “camino de fierro como paso obligado del eje México – Puebla – Veracruz”⁵ que atrajo a la región tlaxcalteca la instalación de las primeras industrias, aunque es preciso afirmar que el principal atractivo fue su ubicación, ventaja comparativa aprovechada desde el asentamiento de las haciendas hasta su concreción actual mediante la construcción del corredor industrial y carretera Puebla–Tlaxcala– México D.F. Buve (1979: 535) afirma que todas las haciendas poseían vías privadas que se conectaban con el Ferrocarril Interoceánico, que comunicaba Puebla con San Martín Texmelucan, factor que facilitaba la comercialización de la producción hacia mercados urbanos, hacia las actuales metrópolis cercanas. También se benefició de las múltiples luchas locales que contribuyeron a concretizar la Revolución Mexicana, pues conllevaron resultados y consecuencias que aún explican el presente de la vida cotidiana. Esa historia, ese paso, de un territorio agrícola a uno con actividades diversas y combinadas, constituye un proceso largo de transformaciones de múltiples rasgos y perfiles.

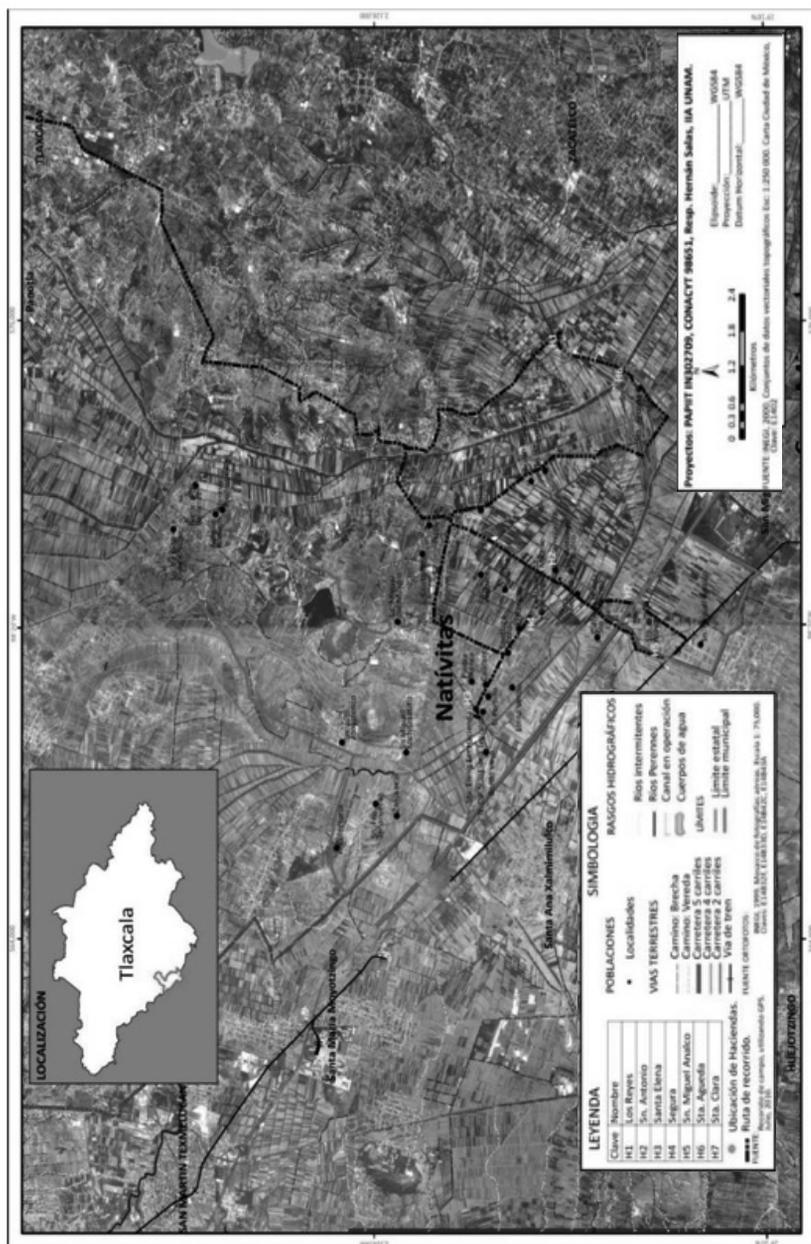
Para ejemplificar la importancia del sistema de haciendas, y de ese modo la historia agraria regional, en el figura 2 se muestran las haciendas ubicadas dentro del territorio del municipio de Nativitas, que fueron localizadas por medio de recorridos de campo y un GPS que permitió su ubicación geográfica (López, 2015: 248-249).

⁴ Fabila y Fabila (1955), Buve (1979), Ramos (1998), Tyrakowski (2003), Valerdi (2005).

⁵ El 14 de septiembre de 1880 se firmó un “contrato con el gobierno de Tlaxcala para construir un ferrocarril y telégrafo, de San Martín (Texmelucan, Puebla) al punto donde sea más conveniente ligarlo con el ferrocarril de Hidalgo, haciendo un ramal a Tlaxcala; debiendo concluirlo dentro de 5 años” (Busto, 1880: 390). Se trata del Ferrocarril Mexicano, que “tiene una vía principal entre México y el puerto de Veracruz y dos líneas secundarias que se ponen en relación a la principal con las ciudades de Puebla y Jalapa. La vía principal fue inaugurada en el mes de enero de 1873 por el Presidente D. Sebastián Lerdo de Tejada” (Busto, 1880: 446), Esta línea férrea tenía en ese tiempo una extensión de 423.750 km.

Ejemplos importantes que relatan dicha historia regional son los trabajos de González (1969), Fabila (1955: 43-116), Tannenbaum (2003) y Ramírez (1990) en cuanto al número de haciendas, su alcance, inventarios e importancia en la historia regional de Tlaxcala.

Figura 2. Haciendas ubicadas en Nativitas según recorridos de campo, 2010-2011.



Fuente: Tomado de López (2015: 249).

Para caracterizar a la población de esta región, según la revisión que Tyrakowski (2003: 166) realizó, se afirma que se trata de un pueblo catalogado en un censo militar realizado entre 1791 y 1794, como “un pueblo de arrieros, tejedores, artesanos y campesinos”. Lo cual da pie para afirmar que existían ya los talleres textiles que aún hoy existen en la región, así como pequeñas industrias españolas, y un viso de una multifuncionalidad y el conocimiento de diversos oficios por parte de la población.

Respecto de las haciendas, Tyrakowski (2003: 160) afirma que la fundación de pueblos como Santa María Nativitas (hoy cabecera municipal del municipio de Nativitas) “respondía tanto a la necesidad de una estación intermedia en el camino entre la Ciudad de México y Veracruz, como a la de dotar de terrenos a la creciente población [española] colonial que aún era parte inestable”. Dicha población se encontraba en crecimiento, fundaría haciendas y sería propietaria de grandes extensiones de tierra. Ello, dice el autor (2003: 164), a pesar de las promesas de que se respetaría la integridad territorial de los aliados tlaxcaltecas, ya desde mediados del siglo XVI se produjo la ocupación de tierras por parte de los españoles [...] muy pronto los hacendados desposeyeron de sus tierras a los habitantes de los pueblos y expandieron sus haciendas sobre los antiguos terrenos comunales.

Tyrakowski (2003: 166 citando a Ciudad Real, 1976) describe a este municipio representativo de la región en cuestión, Nativitas, como un valle muy grande y fértil, pues está irrigado por los ríos Atoyac y Zahuapan, donde se sembraba maíz y se realizaba actividad agropecuaria, además de la siembra de trigo.⁶

⁶ Hoy estos ríos se encuentran totalmente afectados por los desechos urbano – industriales, especialmente el Atoyac (de San Martín Texmelucan y varias industrias químicas y mezclilleras), lo que ha orillado a los campesinos a buscar otras formas de riego o, en el peor de los casos, continuar sus cosechas utilizando esas aguas, relegando así, la relación sociedad rural – naturaleza a segundo término. Salas *et al.*, (2011) han hecho recorridos de campo a partir de los cuales se presenta el deterioro de dichos ríos. La diferencia entre rancho y hacienda es difusa, dice Ramírez (1990: 26) que algunos autores han establecido como límite las 1,000 hectáreas; otros autores se dirigen a la capacidad de generar excedentes y comercializarlos en el mercado interno sin considerar la extensión.

Se puede inferir que esta región ha contado con diversas vías comerciales, con conexiones al interior de Tlaxcala y Puebla, con el Distrito Federal y el Estado de México, y desde Veracruz y Puebla hacia la capital, condición y ventaja que aún conserva. Además, contaba con fuerza de trabajo para las haciendas, que pertenecían a extranjeros (españoles) que, por lo común, habitaban en las ciudades de Puebla y de México.

Durante el porfiriato, basados en las condiciones ventajosas que otorgaba la ubicación, el ferrocarril y el avance en la electricidad, se combinan dos grupos dominantes en el control económico y social de Tlaxcala y Puebla: los hacendados y los empresarios textiles. Ramírez (1990: 18) afirma que el mercado de sus productos no sería únicamente el local, sino que su alcance serían los principales centros urbanos del centro y oriente del país.

Velasco (1892) citado por Ramírez (1990: 20-23) da idea del perfil agrario y rural de la entidad desde el último tercio del siglo XIX hasta la primera década del XX. Su revisión se resume en el tabla 1:

Tabla 1. Panorama socioeconómico y territorial de Tlaxcala,

	Población	Sector primario	Sector secundario	Sector terciario	Localidades
-1895: 27 068 peones de campo	-	-	-	-	-
-1900: 35 859 peones de campo	406 localidades 401 menores a 4,000 habitantes	72.7%	16.3% 1 549 obreros	11	259 haciendas y ranchos (28.9 % de población rural), 126 pueblos agrícolas, 21 ciudades o pueblos urbanos
-1910 peones de campo	378 localidades 373 menores a 4,000 habitantes	73.1%	18.5% 1668 obreros	8.4	227 haciendas o ranchos (32.2% de la población rural), 131 pueblos agrícolas, 20 ciudades o pueblos urbanos

Fuente: Elaboración propia con base en Ramírez (1990: 20-23).

Según Buve (1979: 536) los habitantes de esta región poseían tierras, pero claramente no era suficiente para sobrevivir, pues

Estos pueblos del cerro [una docena de pueblos situados en la falda y en las laderas del cerro de Xochitecatitla] disponían de cierta extensión de terrenos, pero las tierras cultivables, que en muchos casos no eran ni la mitad del total, estaban mal repartidas [...] la mayoría de los jefes de familia agraria poseía, antes de la Revolución, sólo entre 0.1 y 1.5 hectáreas o bien nada.

Se trataba de haciendas propiedad de españoles,⁷ terratenientes que “combinaban las dos formas de explotación del campesino (el peonaje y sobre todo la aparcería) con la de producción para el mercado urbano” (Buve, 1979: 536). Los nacidos en el país no tenían tierras, trabajaban para las haciendas por un jornal de aproximadamente \$0.50 a \$0.75 por hombre.⁸

Ello terminó a comienzos del siglo XX cuando se inició el movimiento revolucionario. Tyrakowski (2003: 171–173; cita a Contreras 1974: 41–44) relata el “fin de la colonia española” de la siguiente manera, el inicio de la Revolución Mexicana en esta región inició el 29 de mayo de 1914 como a las seis de la tarde, después de tocar el cuerno desde el cerro de Santa Isabel (Tetlatlauhca), bajó la gente al pueblo y quemaron algunas casas [...] El 4 de junio de ese mismo año, a las dos de la tarde, fue el segundo ataque; la gente fue a refugiarse a la iglesia [...] los revolucionarios estaban tratando de tirar la puerta de la iglesia cuando en la lejanía se oyó el clarín, la gente que defendía sintió alivio porque el ataque se había terminado, llegaron los federales [...] y persiguieron a las tropas

⁷ De acuerdo al censo de población de 1910, existían 132 españoles en total residentes en la entidad (43 en el Distrito de Zaragoza, en el cual se encontraba Nativitas); 12,227 residentes en el Distrito Federal (Ciudad de México); 1,335 en Puebla. Las haciendas, “estaban conectadas con otros centros españoles en los alrededores; de las 75 personas censadas [1791 – 1794], seis procedían de Atlixco, ocho de Puebla, diez de San Salvador El Verde, y doce de San Felipe (¿Ixtlacuixtla?)” (Tyrakowski, 2003: 169). Como afirma Buve (1989), al menos los dueños de las haciendas de la región sur – sureste de Tlaxcala, residían en Puebla.

⁸ RAN, expediente 134, 23 / 134, legajo 05 / 18, asunto dotación de tierras, Fojas 00109 a 00111, fecha 31 de mayo de 1923.

revolucionarias; la gente salió de la iglesia y se encontró con los restos de un pueblo que ardía en llamas [...] el pueblo decidió huir para preservar sus vidas [...] abandonaron el lugar en unas plataformas que corrían por los rieles del tren tiradas por mulas [...] Fue hasta el año de 1917 en que la paz se restableció.

Se puede inferir que, antes de la revolución, la situación económica que se podía observar en esta región era de dependencia de las haciendas, pero también de arraigo a la comunidad, basada en múltiples formas y símbolos territoriales y ancestrales, por ejemplo, la milpa, la herencia del lugar, así como su conocimiento. Es decir, el lugar de trabajo, la hacienda, en combinación con la tierra, la vivienda construida por los antepasados, formaban y constituían razones de ser y estar en la comunidad para sus habitantes.⁹

El reparto agrario trajo consigo el fraccionamiento de las haciendas y con ello una nueva forma de organización social: el ejido, ese “conjunto de parcelas individuales, de uso común y el poblado [...] el sujeto colectivo de la entrega de la tierra [...] se le reconoció personalidad jurídica y una organización con autoridades: la asamblea, el comisariado ejidal y el consejo de vigilancia” (Warman, 2001: 55).

Buve (1986: 123) menciona que el movimiento revolucionario en Tlaxcala fue particular, que refleja parte de la vida cotidiana de estos pueblos y que invita a inferir no condiciones de vulnerabilidad, aunque sí de despojo e injusticia, puesto que este levantamiento se trata de un movimiento basado en una serie de tradiciones de protesta e iniciativas reivindicadoras simultáneas, las cuales reflejaron fielmente una sociedad regional en plena transición hacia una economía industrial capitalista [...] reflejaba la resistencia tenaz de pueblos campesinos y rancheros contra la progresiva enajenación de sus recursos y la imposición política por parte del régimen de Porfirio Díaz [y era por otro lado] la expresión de un movimiento obrero – barattillero, y de oposición política con valores y metas de tipo nacional y urbano.

⁹ Ello cambiaría, como lo relata Rothstein (1989), cuando se inició en el país la industrialización por sustitución de importaciones que generó movimientos migratorios de habitantes tlaxcaltecas hacia el Distrito Federal y Puebla, aunque migración “basada en la comunidad”.

El movimiento revolucionario de Tlaxcala, según Buve (1989: 123), encuentra sus raíces más importantes en la parte centro-sur de Tlaxcala, región donde se ubican dos de los municipios que se presentan en este trabajo, “las raíces tradicionales, población organizada en comunidades de tipo indígena–colonial con sus tierras comunales, que económicamente estaban basadas en la agricultura parcelaria, en la elaboración de artesanías, en el trabajo en las haciendas cercanas, en el comercio, ambulantes y otros servicios”.

Después de la lucha agraria, la población se ha desempeñado como obreros en la industria manufacturera, química y de transformación y en el comercio; ello evidencia una vida cotidiana distinta en esta ruralidad también distinta.

La industrialización y configuración de una nueva territorialidad

El proceso de industrialización en México tuvo consecuencias en el centro primero, y después en el norte y occidente. Sin embargo, el proceso fue tardío y lento en Tlaxcala y Puebla, lo que se debió a decisiones prácticamente autoritarias a consecuencia de la marginación a que estuvieron sometidas las entidades durante años por parte del gobierno federal (Ramos, 1998: 159), más Tlaxcala que Puebla históricamente. En buena medida, este proceso industrializador ha evitado que la movilidad de tlaxcaltecas y poblanos se intensifique, pues ha ofrecido, sí empleos precarios y demasiado demandantes, pero al mismo tiempo, esos empleos otorgan lo que muchos padres y madres buscan, que es la seguridad social. En la siguiente sección se hace referencia a un ejemplo al respecto (ver tabla 2).

Corona (2004: 177) señala que el modelo de sustitución de importaciones comenzó en 1935, y afirma que en ese periodo se crearon políticas de obras importantes de infraestructura hidráulica, transporte, electricidad, acero, petróleo, petroquímica, textil, construcción y energía nuclear y química, entre otras. Fue a partir de 1953 cuando se inició un programa

que alentó el establecimiento de ciudades y parques industriales,¹⁰ así, a finales de los años 80, el país contaba con 130 parques y ciudades industriales. La industria automotriz logra posicionarse a nivel nacional, lo que consolida a México como un país ensamblador, de pintura y estampado.

En ese sentido, la tendencia para desarrollar entidades y regiones e intentar un crecimiento por la vía de la industrialización es notable, un ejemplo de ello son Puebla y Tlaxcala en 1955, que no se encontraban entre las ciudades más industrializadas; mientras que en la actualidad, ambas conforman una Zona Metropolitana por su alta interacción y contención de parques industriales que se ubican, mayormente, en la zona de la carretera Puebla – Tlaxcala.

En Tlaxcala, en 1950, el 70.3% de su fuerza de trabajo se ocupaba en la agricultura, por ello es que Tlaxcala se encontraba entre las entidades más agrícolas (Lamartine; 1965: 52). Sin embargo, Tlaxcala, según datos y opinión de Paul Lamartine Yates (1965), registraba la más baja productividad por persona ocupada en la agricultura (\$1,940, la mayor productividad la registró Baja California [Norte] con \$33,800); además, en 1957, era la tercera entidad con menor producción agrícola por hectárea cosechada (\$630, y Baja California [Norte] \$5,680), ello se debe, según el análisis del autor, a la escasa introducción de mecanización del sector y de obras de riego. El incremento de la productividad de la mano de obra en Tlaxcala, de 1940 a 1950, fue del 60%, el tercero peor a nivel nacional (sólo por encima de Zacatecas y Coahuila), mientras que, por ejemplo, entidades como el Distrito Federal (370%), Tamaulipas (167%) y Chiapas (143%) encabezan esa lista (Lamartine, 1965: 52-62).

Es en 1950 cuando se crean corredores industriales, parques y/o complejos industriales. Uno de ellos es el de Puebla–Tlaxcala, la idea era la de modernizar e industrializar a la región. En 1965 se crea el Plan

¹⁰ Garza (1992: 44 - 46) define parque industrial como “una porción de tierra dotada de infraestructura, servicios básicos (electricidad, agua, comunicaciones, etc.) y edificaciones, los cuales se ofrecen en venta o arrendamiento a empresas industriales”. En el caso de la región Puebla – Tlaxcala, se trata de un corredor industrial que, si bien no es comparable a un parque porque no está delimitado a la manera de un parque “privado” (por ejemplo “El Parque Industria Toluca 2000”), sí cuenta con la infraestructura y edificaciones necesarias para funcionar de forma parecida, como un *cluster*.

Tlaxcala con el fin “de ofrecer incentivos al capitalista que decida invertir en Tlaxcala” (Valerdi, 2005: 149) y con la idea de abandonar la antiquísima estructura y dinámica económicas basadas en la agricultura, las artesanías y la industria textil.

La descentralización industrial fue promovida por el gobierno federal en 1972, ambas entidades se posicionaron como una zona prioritaria en cuanto a inversión en servicios públicos, infraestructura y a distintos estímulos fiscales (Valerdi, 2005). Esta reconversión económico-territorial resultó en una reconfiguración laboral por parte de poblaciones campesinas de esta región, y particularmente, claro, de la población que habita los municipios que aquí se estudian.

En su artículo *La industrialización en Tlaxcala: 1940 – 1980*, Rothstein (1989) relata el progreso y adelanto que tuvo Tlaxcala en ese periodo. De 1940 a 1960, la producción aún se debía en mayor parte a la agricultura y a la actividad textil artesanal en pequeña escala. Sin embargo, a fines de la década de los 60, la entidad había implementado sus propias políticas de fomento industrial, aprovechando su localización e infraestructura. La diversificación y la descentralización transformaron a la entidad; respecto a ello el mismo autor afirma que la razón por la que los campesinos elevaron su calidad de vida (acceso a servicios públicos y bienes de consumo), fue que, a partir de 1960, eran trabajadores asalariados de tiempo completo.

Sin embargo, en su análisis Rothstein (1989) es consciente de que existe otra estructura que sirve de base a la vida de los pobladores del sur de la entidad, que aún es significativa a cierto nivel en la vida cotidiana en los municipios de la región. Se trata, evidentemente, de aquella que se basa en el cultivo de autoabasto en pequeña escala. Como se verá en las entrevistas en la siguiente sección, el aumento demográfico trajo consigo, y lo seguirá haciendo, el fraccionamiento de tierras para los hijos que no necesariamente han utilizado la tierra para el cultivo, la erosión, menor productividad, mientras la venta o donación de tierras para fábricas ha traído como consecuencia la necesidad de complementar las actividades económicas con otras diferentes al trabajo de la tierra. Lo anterior es evidencia de la pluriactividad y la multiplicidad en el origen del ingreso

familiar. El autor afirma que en el periodo de estudio (1940 – 1980) esta situación continúa y los tlaxcaltecas probablemente han complementado desde siempre su propia agricultura de autoabasto en pequeña escala con una variedad de otras actividades económicas [...] los sueldos del trabajo fabril se convirtieron en una importante fuente complementaria de ingresos y, posteriormente en el caso de muchas familias, la fuente principal (Rothstein, 1989: 129).

Rothstein (1989) afirma que la industrialización del país por sustitución de importaciones creó movimientos migratorios particulares y novedosos para los tlaxcaltecas a partir de los años 70 hacia Puebla y el Distrito Federal. Sin embargo, afirma que se trata de una migración centrada en la comunidad, es decir, de retorno y arraigo marcado hacia su lugar de nacimiento, con la “idea” de regresar e invertir en la compra de tierras para vivienda o labor, lo que a su vez creó la necesidad de una variedad de establecimientos en el lugar de origen. Rothstein (1989: 133) afirma que en la entidad se incrementaron ocupaciones como carnicerías, músicos, albañiles, médicos y taxistas, y se establecieron tiendas y mejoras técnicas agrícolas.

Los conocimientos y formas tradicionales de los migrantes temporales tlaxcaltecas, son un ejemplo de una ruralidad que permanece, adaptándose, conservándose por sus propios habitantes, activos social y económicamente, encadenados generacionales y longevos pobladores, muestra de ello es el retorno de los migrantes, pues “pocos quedan fuera de manera permanente [...] su vida tiene sentido a través de la comunidad y tiene una cosmovisión social y económica orientada hacia la comunidad” (Rothstein, 1989: 130). Lomnitz (citada en Rothstein, 1989: 131) demostró la existencia e importancia de las redes sociales (cuya función es ayudar a encontrar trabajo y alojamiento, entre otras) para los migrantes rurales en el Distrito Federal; situación y ejemplo de ello eran los migrantes tlaxcaltecas en la década de los 70.

Valerdi (2005) y Ramos (1998), mencionan los factores que contribuyeron a la industrialización y dinámica demográfica de la región: ferrocarriles y carreteras, que permiten llegar a centros urbanos importantes; recursos energéticos y estímulos fiscales; mano de obra barata;

la participación de las instancias gubernamentales y empresariales; agua abundante en la parte sur de la entidad; un gasoducto que cruza al estado y terrenos disponibles.

Para 1970, se habían construido 6 parques industriales, entre 1975–1981 se establecieron 250 empresas (figura 3). Ramos (1998) presenta una relación de empresas establecidas por año de constitución entre 1931 y 1980¹¹, que generaron 12,863 empleos, bajo el impulso del gobernador en turno quien consideraba que “no había razón para que Tlaxcala no se hubiera industrializado, sobre todo porque contaba con la infraestructura necesaria y mano de obra barata” (Valerdi, 2005: 151). Esa inversión sería el inicio de la construcción de un contexto favorable para la retención de población primero, pero también de atracción de población (tabla 2), y que aún con ello, el ideal de emigrar permanece entre los jóvenes de los municipios estudiados, pues se trata, precisamente, de históricas en común.

¹¹ De 1970 a 1980 se instalaron 50 empresas de la rama comercial, 25 de servicios, 10 inmobiliarias, 6 referentes a la fabricación de alimentos, 4 dirigidas a la elaboración de bebidas, 36 a la industria textil y 11 a la confección y fabricación de prendas de vestir (Ramos, 1998).

Tabla 2. Movilidad interna e internacional en Puebla y Tlaxcala.

Movilidad	Categorías	Año	México	Puebla	Tlaxcala	
Interna	Población emigrante por entidad federativa según lugar de nacimiento	2000	17,220,424	884,670	179,408	
		2010	19,747,511	999,476	192,026	
	Saldo neto migratorio por entidad federativa según lugar de nacimiento	2000	-	-448,646	-42,904	
		2010	-	-467,980	-2,830	
	Saldo neto migratorio por entidad federativa según el lugar de residencia cinco años antes	2000	-	-19,264	12,863	
		2010	-	-5,378	12,000	
Internacional	Porcentaje de la población migrante internacional por entidad federativa expulsora según grupos de edad	2010				
		0 a 14 años	5.4	4.2	2.2	
		15 a 24 años	41	48.4	40.2	
		25 a 34 años	27	29.7	30.5	
		35 a 49 años	17.3	14.6	23.1	
		50 a 59 años	3.7	1.6	1.9	
		60 y más años	2.13	1	0.9	
		No especificado	3.5	0.5	1.3	
	Porcentaje de la población migrante internacional por entidad federativa expulsora según lugar de destino y sexo	2010				
		Estados Unidos de América	Total	89.4	90.9	91.5
			Hombres	91.6	93	92.1
			Mujeres	82.9	83.3	88.9
		Otro país	Total	7	8.9	8.4
			Hombres	5.2	6.9	7.9
			Mujeres	12.2	16.5	10.6
		No especificado	Total	3.6	0.2	0.1
			Hombres	3.2	0.1	0.1
Mujeres			4.9	0.3	0.5	

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI. (2000 y 2010).

Ramos (1998) menciona a la migración y la pluriactividad como la opción que los tlaxcaltecas han hallado para subsanar la falta de empleo se ha visto obligado a emigrar a los centros urbanos y/o industriales [...] ha

sabido afrontar esta situación al diversificar y combinar sus actividades económicas [sic]; de esta manera [...] desarrollan labores ya sea de agricultores, obreros, peones, artesanos, comerciantes y aún subempleados, observación que parece ser válida no exclusivamente en el lapso histórico de este estudio [1940 – 1980], sino que lo es, posiblemente, para el des-
envolvimiento de la economía desde el siglo pasado (Ramos, 1998: 87).

Bernal (citado en Hernández – Flores *et al.*, 2009) afirma que para 2009 se habían instalado 15 parques industriales sólo en Tlaxcala, que ocupaban 660.7 hectáreas. González menciona la importancia positiva y negativa de la industria textil a partir de 1970 pues la industria textil en Tlaxcala es y ha sido un elemento de cambio desde muchos puntos de vista. A largo plazo no siempre positivos. Ha dado empleo, pero al mismo tiempo ha reforzado la existencia de una agricultura pobre con monocultivo de maíz [...] también, ha favorecido el proceso de contaminación de los principales ríos del estado, que ha sido acentuada a partir de 1970 con la instalación de las fábricas relacionadas con derivados de la petroquímica (González citado por Valerdi, 2005: 186).

Lo anterior demuestra la relación general entre actividades y las consecuencias que de ello se deriva en la actividad agropecuaria. Para un campesino o ejidatario, mayormente personas adultas mayores, es cuestión normal y necesaria combinar actividades en la vida cotidiana, como expresión de adaptación y visos de autonomía en la vejez.

Hablar de población en metamorfosis laboral, que desarrolla habilidades y nuevas costumbres es registrar cambios en la práctica cotidiana y espacial, que forma nuevos y distintos vínculos con el territorio, lo que plantea relaciones y tiempos distintos, un espacio percibido y concebido de forma diferente, automática, calculada, normativizada, controlada por patrones, leyes, horarios y órdenes de trabajo. La práctica espacial, que anteriormente se ligaba en la mayor parte del día y año, a la parcela o pequeña propiedad y que era controlada por el campesino, es ahora medida y modificada, agendada, por agentes externos y extraños a la percepción y razón de esa práctica anterior, la que fue práctica históricamente formada y diferenciada como rural.

El relato, sus imágenes y memoria

Una vez que se ha descrito la vocación regional, y la inserción de una novedad en la tradición, esto es, la industrialización bajo otro interés, el del capital, en esta sección se presenta lo que puede afirmarse como la historia

viva, en el relato, que se guarda en la memoria y se observa en las imágenes, aquellos quienes cuentan la historia de la región, que coinciden en situaciones, que juntos, conforman precisamente una historia regional.

Los puntos en común entre los informantes, adultos mayores y en algunos casos, aún jefes de familia, se pueden agrupar como sigue: por un lado, la presencia de experiencia migratoria, que marca una trayectoria laboral y una peculiaridad en el seno familiar, como ya se vio en el panorama histórico ofrecido en la sección anterior; por otra parte, está la ocupación en múltiples actividades, de diferentes sectores de la economía, que también abrió paso, como se verá, a un desinterés en actividades agrícolas por parte de otras generaciones; por último, lo relacionado a un decadente reemplazo en esa actividad en general, lo cual no solo deja vulnerables a quienes aún se ocupan en esa actividad, el caso de los entrevistados, sino que deja vulnerable un sector económico, que como se vio, ha dinamizado y significado la vida cotidiana de una región.

Respecto a la movilidad espacial, ésta ha sido practicada hacia dos territorios especialmente: Estados Unidos y el Distrito Federal. A continuación, se presenta lo que esta *primera generación*, compuesta por adultos mayores, relata en cuanto a su experiencia migratoria.

El antecedente

La primera generación está conformada por personas cuyas edades oscilan entre los 60 años y 91 años. Algunos tuvieron alguna estancia en Estados Unidos en los años cuarenta del siglo pasado por medio del Programa Braceros.¹² Estos entrevistados han podido hacer el esfuerzo de contar la

¹² Según Durand (2007: 32–35) el Programa Braceros, creado en 1942, a diferencia de programas anteriores, y como política novedosa en su tiempo del control migratorio, gozaba de varias cualidades, entre las cuales se pueden mencionar: 1) “Un cambio radical en el patrón migratorio”, que terminaba con el sistema de enganche; 2) “La migración temporal, como tipo ideal”, con lo que los trabajadores tenían asegurada la ida y vuelta; 3) “Un programa de larga duración”, tomando en cuenta que su estuvo vigente durante 22 años; 4) “Un programa acotado y flexible”, que se refiere a la delimitación justa de sus objetivos, es decir, que buscaba mano de obra sólo para ciertos mercados específicos.

situación de sus padres y en algunos casos, de sus abuelos. Lo cual ofrece un panorama de un siglo de historia regional, ejemplificado en el caso del municipio de Nativitas, aunque no a detalle.

En la tabla 3 se presentan las similitudes y diferencias entre individuos de esta generación de acuerdo a distintos temas que invitan a imaginar, a reconstruir su vida cotidiana, y cómo ha cambiado recientemente. Sin duda, estas características no serán replicadas ni por a segunda o tercera generaciones.

Tabla 3. Primera generación, similitudes y diferencias

Criterio	1 Fam. V.	2 Sr. Hildeberto O.	3 Don Luis S.	4 Don Julián M.
Condiciones antecedentes (padres, abuelos)	Con tenencia de terreno previa. Con ventaja relativa: coronel, comerciante. Situación favorable por ubicación de vivienda	Abuelo caporal, asesinado durante la revolución. Padre con vivienda propia, ejidatarios	Abuelo y padre peones y ejidatarios. Hogar impulsado por trabajo propio. Compra de ejido y vivienda	Matrimonio: clave para el desarrollo de su familia. Ubicación favorable de hogar (comercio). Hijos favorecidos: locales comerciales
Ocupaciones y Pluriactividad	PADRES: Comercio, para la generación de ingreso; y tierras, para el sustento y también para el ingreso monetario. INTEGRANTES: únicamente profesiones	PADRE: peón únicamente. INTEGRANTE: obrero un año en Puebla, fábrica textil, campesino ejidatario	PADRE, TÍOS: peones, ejidatarios. INTEGRANTE: carnicerero, campesino ejidatario	PADRES: peón en haciendas, en Segura, capitán en hacienda, ejidatario (comisario ejidal). INTEGRANTE: bracero, campesino, ejidatario, obrero para la HYLSA. ¹³ SUEGRO: ejidatario
Régimen de propiedad	Propietario	Ejidatario	Ejidatario	Ejidatario
Relaciones sociales / económicas	Alcance: San Martín, basada en comercio de trastes, zapatos, ropa. Hoy, cuñados regresan en las fiestas (desde Guadalupe, Veracruz, México, Tamaulipas)	En Jesús toda su vida, “pero estamos bien revueltos, nada más nosotros nos conocemos (identificamos)”, matrimonio con mujer de Capula. Comercio entre gente del municipio	Comerciante al interior del municipio. Por relación de amistad vendía en el rastro de San Martín Texmelucan, Puebla. Matrimonio en el pueblo de Nativitas	Su matrimonio lo llevó a consolidar una familia en la cabecera municipal. Vendía trigo por medio de medieros con camiones propios
Participación de la mujer en actividades económicas	PADRES: siempre juntos y a la par (en el comercio y con los pocos animales). INTEGRANTES: atienden negocio familiar (tienda de abarrotes)	Hogar	Hogar	Hogar

Criterio	1 Fam. V.	2 Sr. Hildeberto O.	3 Don Luis S.	4 Don Julián M.
Participación en fiestas	Siempre, monetaria. Hermanos y familiares de entidades lejanas visitan en tiempos de fiestas	Participación monetaria. Anteriormente vestidos, participantes activos		
Expectativa del lugar, de la actividad agro-pecuaria	Avances sociales y económicos. La gente saldrá por lo mismo. Más viviendas. Permanencia de la actividad agrícola, aunque en menor cantidad pues se dedican a sus profesiones	Vender la tierra, y con ello olvidarse de la actividad, depende de la ambición y necesidad de cada quien. Minifundismo. "Hay que conservar y seguir teniendo sustento"	"A la juventud no le gusta trabajar el campo, prefieren sus negocios. Futuro propio, venderle a un primo"	Peligro de sustentabilidad energética, alimentaria. "El que no trabaje la tierra la va a vender"

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas.

A partir de lo anterior, en la figura 4 se presenta un esquema de lo que se puede llamar, "generaciones tipo", pues son situaciones que se capturaron y casi generalizables, lo que marca la tendencia y lo observado en recorridos de campo y en entrevistas. Es la representación de lo que se puede marcar como un escenario tendencial, distinto a la vocación local e incluso, regional.

¹³ Siderúrgica cuyas siglas significan Hojalata y Lámina S.A. (Hylsa), se localiza en San Miguel Xoxtla, Puebla.

Figura 4. Generaciones tipo

Primera Generación	Segunda Generación	Tercera Generación
Dedicados al campo. Algunos ejemplos de complementariedad de actividades.	Migrantes. Casos de retorno e inversión en el municipio.	Alumnos de primaria, secundaria o preparatoria.
	Profesionistas. Dentro y fuera del municipio.	Proyección: salir del municipio o permanecer en él (ideal).
	Casos en los que continúa la labor agropecuaria.	Migrar a Estados Unidos o Canadá. Redes ya establecidas.

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas realizadas en el municipio.

La tabla 4 presenta a las tres generaciones con relación a temas en común. Es importante mencionar que es difícil afirmar lo que sucederá con la tercera generación, por tanto, lo que se describe, a diferencia de las dos primeras, es la interpretación de sus proyectos de vida y de la situación y posibilidades del lugar, no lo observado y realizado.

Tabla 4. Las generaciones en relación

Generación	Trabajo	Ingreso	Relaciones sociales	Expectativas
1era.	Dedicación completa al campo. Complementariedad de actividades, por necesidad, para sacar adelante a los hijos.	Surge del comercio de ganado. Sustento familiar de la tierra. Comercio de artículos como trastes.	El matrimonio, llevó incluso a constituir un hogar con ventajas comparativas (Localización).	Al crecimiento urbano (de automóviles como un indicador), al olvido y envejecimiento, junto con ellos, de la tierra.
	Sacarlos de la pobreza que ellos mismos sufrieron.	Algunos oficios. Reciben remesas, apoyos.	Ayuda mutua para el trabajo de la tierra. Crecimiento de la sociedad.	A la insustentabilidad.
2da.	No agrícola en ningún caso. Fuera del municipio e incluso fuera del país. Remesas.	Generado con base en el conocimiento o en el comercio o servicios. Algunos ejemplos: médicos, o restauranteros o tenderos. Envío de remesas.	Se mantienen aún a pesar de la distancia, por lazos familiares y culturales (fiestas patronales). Retornos constantes dependiendo de las fechas y celebraciones.	Continuo progreso del municipio en cuanto a los servicios (salud, infra-estructura) y del crecimiento demográfico. Dirigidos a actividades no agrícolas
3ra.	Orientación a migrar, a salir del municipio a estudiar o trabajar. Expectativas en la ciudad.	Su origen sería el empleo no agrícola. ¿Continuidad de remesas y redes de migrantes?	Participan en celebraciones, las consideran propias e identitarias. ¿Matrimonio al interior y fuera?	Salir del municipio. Hacer su vida fuera de él, "como lo han hecho otros" (tíos, conocidos).

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas realizadas en el municipio.

Al descender en la lectura de la tabla 4, se evidencia la manera en que ocurre el desarraigo, una tendencia a alejarse del municipio, tal vez por ser visto como atrasado, como lugar sin oportunidades, sin ventajas, comparativamente con las ciudades cercanas o lejanas, mayores o medias. La movilidad espacial de la primera, pero en especial de la segunda generación, abrió la brecha para que la tercera generación observara ejemplos de casos exitosos de progreso individual fuera de la entidad y del país.

Sin embargo, ese “desarraigo” no es total o permanente. Familiares que viven a muchos kilómetros de distancia, por ejemplo, miembros de la familia V., continúan asistiendo y procurando a su familia desde Guadalajara, desde la Ciudad de México y no sólo eso, continúan participando en las fiestas del pueblo, pues queda en la memoria la incansable participación de los padres¹⁴ y el gusto por las mismas. Del mismo modo, algunos participan en las fiestas con ánimo y esperanza. Otros ejemplos, los nietos de Don Joaquín C. o de Don Luis S., quienes se visten y se ilusionan con los símbolos y los bailes de las festividades, mientras que otros los critican porque “no saben en realidad las razones de las fiestas, es puro relajo nada más”.¹⁵

Es un hecho que, debido al envejecimiento de la población ocupada en la histórica y significativa actividad agrícola, al ser las personas que más la desarrollan, no hay prácticamente reemplazo evidente para la continuidad de dicha actividad. Es también, un fenómeno demográfico inevitable y que, a la par, como ya se estableció, conlleva el envejecimiento de la tierra, que por un lado se ha olvidado su papel histórico en el lugar y, por otro, está a disposición de “renovarse” dando oportunidad a otras actividades y/o usos a desarrollarse sobre ella.

La movilidad hacia centros urbanos o Estados Unidos, las profesiones no ligadas a la agricultura, las actividades no agrícolas y los proyectos y expectativas hacia la ciudad e industria, son el presente joven -condición observable en sus habitantes-, y futuro del municipio. ¿Qué destino tiene, a partir de sus habitantes, el territorio? La historia regional parece cambiar a partir de sus mismos habitantes, aparentemente, sin estar conscientes de ello.

¹⁴ En la “Casa V”, negocio familiar ubicado a un lado de la Presidencia Municipal, se puede observar una foto de Don Maurilio V., padre de Isabel V., entrevistada, quien, aún a edad avanzada, todavía participaba vestido y con ánimo notable en el carnaval de Nativitas. La fotografía muestra su andar y detrás de él, a muchas personas con vestidos también. El rostro de Don Maurilio se observa seguro, con experiencia en la festividad, en su papel con responsabilidad en la festividad.

¹⁵ Jóvenes alumnos de Conalep entrevistados en el zócalo del municipio de Nativitas, el día 30 de marzo de 2011.

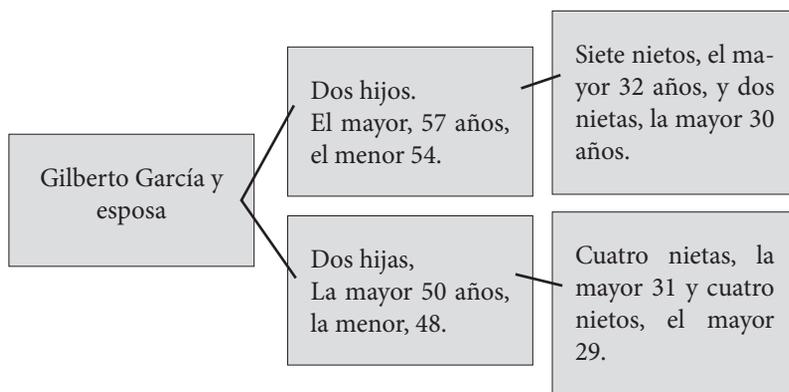
Permanecer en el lugar, como lo manifestó un joven de preparatoria técnica, suena más bien a un idealismo y a una simplicidad de la situación y contexto del lugar. La preparación de los jóvenes no va acorde con su medio ambiente, con su entorno, con las características de éste y las condiciones bajo las cuales crecieron ellos y sus familiares mayores. El retorno a la educación agrícola (parcialmente en las actividades curriculares o extra curriculares de primaria, secundaria y preparatoria) podría ser una opción para que los jóvenes, además de conocer la labor, continúen, al menos de forma complementaria, el trabajo y arraigo a la tierra.

La cuestión aquí es ¿Quiénes y cuántos permanecerán en el lugar? “Quiénes”, porque, como decía el Sr. Hildeberto, depende de “si eres ambiciosito [...] ya es cuestión de cada quien [vender la tierra]”, depende de las intenciones, capacidades, facilidades u oportunidades de cada quien, permanecer y continuar la labor agropecuaria; y “cuántos”, porque de ahí que se convierta en un común denominador entre los jóvenes y con ello, la cantidad de producción que se genere y así, una vida cotidiana que se adapta, no que cambie por completo dejando vulnerable una actividad significativa en la historia de esta región.

En las figuras 5 y 6 se presentan la estructura de un par de familias con una descripción de su trayectoria, su ocupación o relación y rol en la familia y en la comunidad.

Figura 5. Familia Gilberto García.

Primera generación	Segunda generación	Tercera Generación
Trayectoria laboral en industrias, en Puebla, en Cholula; como peón en Chipilo, migrante una vez EUA (1962) y como campesino desde 1970 aprox. Edad 84. Viudo.	Un hijo con trayectoria laboral en fábricas. Despido= Vuelta al campo. El otro, sólo el campo. Una hija en Estados Unidos.	Murio uno de sus nietos. Tiene nietos en EUA; ninguno ve el trabajo en el campo como ocupación para formar familia.

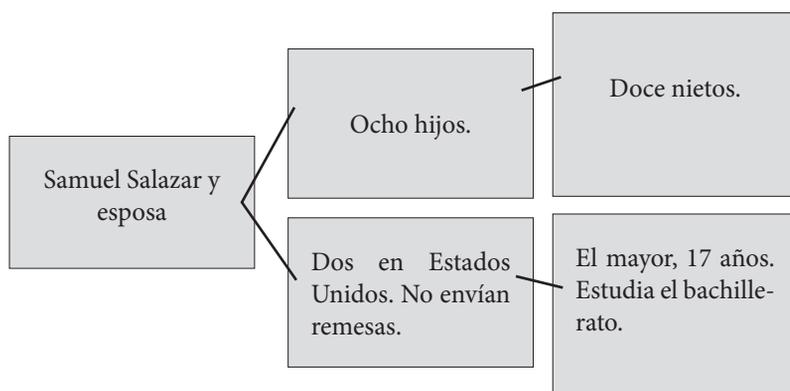


Fuente: Elaboración propia con base en entrevista a Gilberto García.

La ocupación laboral y la estructura de las familias son similares en los casos que se presentan: multiocupación en la trayectoria laboral de jefe de familia, ligada al mercado laboral local-regional o, en su caso, a redes y/o programas migratorios, pero siempre ocupación en el campo. Por otro lado, familias numerosas.

Figura 6. Familia Samuel Salazar

Primera generación	Segunda generación	Tercera Generación
30 años trabajando como obrero en textiles y VW. Jubilado por VW. Combinó ocupación con trabajo en el campo. Edad: 76 años.	Dos de los ocho hijos, sólo uno le ayuda en el campo, dos viven en Estados Unidos, los demás se ocupan como albañiles o en las fábricas.	-



Fuente: Elaboración propia con base en entrevista a Samuel Salazar.

En un caso de Xicohtzinco, particularmente el caso de la familia del Sr. Adán Muñoz, demuestra tres cosas conocidas del campo y sus problemas y/o dilemas. Primero, el afirma que sí hay acceso y existen programas de apoyo al campo, pero, en segundo lugar, se requiere de habilidad política para acceder a ellos y, en tercero, el campo es demandante, precisa de atención diaria, de jornadas largas, de sudor e incluso de administración, de la inversión y de los recursos, requiere de verdadero conocimiento y experiencia. Mientras los jóvenes, herederos en tercero o cuarto nivel del reparto agrario, se alejen de ese conocimiento, en definitiva, no habrá reemplazo y, como es común que suceda en el campo mexicano, estas tierras terminarán sepultadas bajo concreto o pavimento, casas de interés social o debajo de algún tipo de fábrica que continúe dinamizando la región en su cara industrial, como ya sucede.

Aquí la movilidad espacial es también un tema de cada día. Además de en la práctica, así también en el recuerdo y memoria de los habitantes, configuración de una vida cotidiana marcada, pues algunos de los entrevistados manifestaron tener al menos algún familiar en Estados Unidos. Sin embargo, las remesas no son un medio de vida para los que se quedan, no hay una dependencia económica tal cual de las remesas. El cuantioso número de hijos sigue siendo, muchas veces, una solución a la crisis del campo o de los bajos salarios o precios de los productos.

A manera de conclusión. Otros destinos, otros intereses. “No quieren trabajar”

Como se ha visto, para la continuación de un *residir*, de un *trabajar* histórico y significativo en los lugares, hace falta también una continuidad en variables contextuales, estructurales que animen a otras generaciones a emular lo que generaciones mayores hicieron. Como sustituto, la *movilidad* es ahora clave en la vida cotidiana, no sólo de larga duración, como ya lo hicieron generaciones longevas, sino también de corta distancia y duración, toda vez que esa movilidad ha hecho posible la permanencia de personas en la región de estudio, es decir, ha mantenido cierta atracción en el lugar de origen, pero al mismo tiempo es razón de ser de una conversión tanto en la vida cotidiana como en el residir y en el trabajar.

La opinión general de los entrevistados respecto al campo, es que faltan apoyos y acceso al agua, así como unión entre ejidatarios para “bajar” apoyos; de igual manera, falta que la sociedad y el gobierno reconozcan esta actividad como una con potencial y fortaleza para producir y ser económicamente viable y beneficiosa para el país y las comunidades; falta también inversión y proteger los precios de productos nacionales, puesto que luego se vende tan barato que el producto se pierde y se deja en una barranca a pudrirse. Tal vez la coyuntura actual y la difícil relación con el país del norte, logre de alguna manera, del tipo de victoria pírrica, que en los gobiernos se voltee al campo como generador de empleos,

de soberanía y de opción para generar economías regionales y locales, incluso hacia el exterior.

Dicen los ejidatarios y trabajadores agrícolas entrevistados, que los jóvenes opinan que esta actividad “no es redituable, es mucho trabajo”, que están a favor de regresar a escuelas con educación rural, donde les enseñen a trabajar el campo, sembrar y ser autosustentables. Otro opina que la industria vino a perjudicar al municipio, puesto que trajo otra ocupación y formó “campesinos de medio tiempo”. Uno más indicó que sí hay jóvenes trabajando el campo, pero al preguntarle la edad de dichos jóvenes, indicó que son mayores de 40, 50 o hasta 60 años. Ven a los jóvenes trabajando en el campo, sólo si los despiden de las fábricas. Por ello, asegura uno de ellos, van a regresar al campo. Otros jóvenes, como sus padres o tíos, piensan en emigrar, ya sea a una ciudad grande o a otro país... esa ilusión podría llegar a su fin por la delicada situación geopolítica, incluso, con Canadá.

El papel de la industria, como ya se ha manifestado, ha sido el de consolidar una zona metropolitana creciente en importancia y atractiva. Además de ello, en términos territoriales, también tiene un papel en términos sociodemográficos, puesto que no sólo es una zona de atracción para industrias, sino también para personas, familias, jefes de familia y, más aún, hasta cierto punto es la razón por la cual jóvenes y familias completas deciden seguir viviendo ahí, antes de decidir una nueva vida en otro país o territorio. La industria atrae población y hace que se mantenga ahí, pero al tiempo, aleja a jóvenes del trabajo en el campo, los aleja de la esencia y vocación de la región. El paisaje ha cambiado, aunque físicamente es casi el mismo, los puntos de atracción, de implosión, son: la química, la siderúrgica/metalúrgica, la VW.

De ese modo, el espacio se produce bajo otros términos. El tiempo, se mide bajo contrato, de tres o seis meses, bajo el reloj de la industria y sus demandas, ya no bajo ese espacio tiempo que se asociaba con el campo y los tiempos agrícolas. Ese cambio en la concepción espaciotemporal da significados completamente diferentes a los lugares y de esa manera, a las identidades, a la vida cotidiana. Tal vez sea esa la razón por la cual los

jóvenes deciden trabajar en la industria, a pesar de que, según un entrevistado, en el campo les iría mejor.

De nuevo, la inversión en industria, vialidades, caminos y transporte para los bienes y servicios, ancló a algunos jóvenes y familias a esta región; sin embargo, la mirada es otra, el destino, los intereses son otros. Tal vez una de las mayores razones por las cuales los jóvenes no prefieren el campo es la cuestión del retiro, la seguridad social y el ahorro. Esa situación fue mencionada por casi todos los entrevistados como una que, aparentemente, hace que los jóvenes prefieran trabajar en las fábricas por encima del campo, o en su caso, trabajar como empleados en algún comercio establecido.

No hay punto para comparar entre sectores económicos, puesto que en México nunca se ha beneficiado con ese tipo de prestaciones a los ejidatarios y/o campesinos. Existe el seguro popular, con una cobertura creciente, pero no es visto de buena manera por los entrevistados, tampoco hay centros de salud, clínicas u hospitales que ofrezcan atención especializada a personas de la tercera edad que siempre han trabajado en el campo, cuestión nada prescindible cuando se trata de un número importante en esta región, puesto que implica ciertos padecimientos específicos. Esta situación, a lo que se suma la constante movilidad de sus familiares, deja a personas adultas mayores, aún más vulnerables.

El riesgo, la incertidumbre, la especulación, la desprotección estatal para con el campo, así como los matrimonios y la natalidad, hacen que los jóvenes volteen a los sectores secundario y terciario, puesto que es ahí donde recibirán protección social y acceso servicios de salud.

No está de más recordar la contraparte de esta situación: en un altísimo porcentaje de los empleos de los sectores secundario y terciario, los contratos son temporales, impiden que el empleado desarrolle antigüedad, el empleado está siempre a expensas del despido y/o no recontratación. En un tercer nivel, la precariedad de los empleos hace que los jóvenes y las familias, emigren.

Ese proceso de deconstrucción del espacio rural, que se hace explícito en la precariedad de los trabajos, su corta temporalidad, la incertidumbre que los caracteriza, crea incluso maneras de manifestación social sin

precedentes. Llámense estrategias, adecuaciones al ambiente socioeconómico y laboral, opciones, el tránsito de espacios rurales a espacios megalopolitanos, implica que las familias vivan este tipo de transición, esa transición se observa y evidencia en la vida cotidiana, eso se palpa a partir de la segunda visita de campo, es claro que hay una transformación de la vida en esta región y sus territorios específicos.

En el caso del campo mexicano, y para los dueños y/o ejidatarios de los que se ha hablado, caracterizados por contar con poca tierra, y en plena transición demográfica, el futuro es desolador, dirigido al abandono, a la urbanización de las tierras y los modos de vida.

Como lo indicaba uno de los entrevistados, ante la evidente falta de apoyos para pequeños propietarios o ejidatarios, “así está difícil”. Mientras el avance e inversión en tecnología, industria, servicios, venta y especulación inmobiliaria continúe, esta región está destinada a una conversión inevitable.

La ilusión de más de uno de los entrevistados fue “sembrar el gusto por el campo en los jóvenes”; mientras las condiciones de este espacio estén por debajo de lo que la precariedad del trabajo en los sectores secundario y terciario ofrece, a pesar de esa misma precariedad, la opción “más segura”, para los jóvenes jefes de familia será la industria en primer lugar, los servicios y el comercio en segundo y la emigración, en tercero, o bien, éstas dos últimas, en paridad.

Bibliografía

- Buve, R. (1979) Movilización campesina y reforma agraria en los valles de Nativitas, Tlaxcala (1917-1923): Estudio de un caso de lucha por recuperar tierras habidas durante la revolución armada. En E. Frost; M. Meyer y J. Vázquez. *EL trabajo y los trabajadores en la historia de México* (págs. 533-565). México, El Colegio de México—University of Arizona Press.

- Buve, R. (1986) La revolución mexicana: el caso de Tlaxcala a la luz de las recientes hipótesis revisionistas. En *Historia y sociedad en Tlaxcala. Memorias del Primer Simposio Internacional de Investigaciones SocioHistóricas sobre Tlaxcala, México*. México, Gobierno de Tlaxcala–Instituto Tlaxcalteca de Cultura–Universidad Autónoma de Tlaxcala/Universidad Iberoamericana, pp. 119-134.
- Buve, R. (1989) Agricultores, dominación política y estructura agraria en la Revolución Mexicana: el caso de Tlaxcala (1910-1918). *Revista Mexicana de Sociología* (2), pp. 181-263.
- Corona, L. (2004) *La tecnología, Siglos XVI al XX*. México, Universidad Nacional Autónoma de México–Océano.
- Durand, J. (2007) El Programa Bracero (1942-1964). Un balance crítico. *Migración y desarrollo* (9), zacatecas, México. Red Internacional de Migración y Desarrollo. pp. 27-43.
- Fabila, G. y A. Fabila. (1955) *Tlaxcala. Tenencia y aprovechamiento de la tierra*. México, Centro de Investigaciones Agrarias.
- Garza, G. (1992). *Desconcentración, tecnología y localización industrial en México. Los parques industriales, 1953-1988*. México, El Colegio de México.
- González, I. (1969) *Haciendas y ranchos en Tlaxcala en 1712*. México, Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Hernández, J.; B. Martínez; B.; J. Méndez; R. Pérez; J. Ramírez y H. Navarro. (2009) Rurales y periurbanos: una aproximación al proceso de conformación de la periferia poblana. *Papeles de Población*, 15(61), Toluca, México. Universidad Autónoma del Estado de México. pp. 275-295.

- Lamartine, P. (1965). *El desarrollo regional de México*. México, Banco de México, S.A.
- Lindón, A. (2000) La espacialidad como fuente de las innovaciones de la vida cotidiana. Hacia modos de vida cuasi fijos en el espacio. En A. Lindón, *La vida cotidiana y su espacio-temporalidad*. Barcelona, Anthropos, pp. 187–209.
- López, C. (2014) Cartografía de Nativitas. En H. Salas y L. Rivermar, *Nativitas, Tlaxcala: la construcción en el tiempo de un territorio rural*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas, pp. 225-267.
- Ramírez, M. (1990) *El sistema de haciendas en Tlaxcala, México*. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Ramos, S. (1998) *Tlaxcala: 1960-1980, monografía histórica*. México, Master Print.
- Rothstein, F. (1989) La industrialización en Tlaxcala: 1940-1980. *Memorias del segundo simposio internacional de investigaciones socio-históricas sobre Tlaxcala*. México, Gobierno de Tlaxcala–Instituto Tlaxcalteca de Cultura–Universidad Autónoma de Tlaxcala–Universidad Iberoamericana, Tlaxcala.
- Salas, H. y L. Rivermar. (Eds.) (2014) *Nativitas, Tlaxcala: la construcción en el tiempo de un territorio rural*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas.
- Salas, H.; L. Rivermar. (eds.) (2014) *Nativitas, Tlaxcala. La construcción en el tiempo de un territorio rural*. México, México, Universidad Nacional Autónoma de México–Instituto de Investigaciones Antropológicas.

Salas, H.; L. Rivermar y P. Velasco. (eds) (2011) *Nuevas ruralidades. Expresiones de la transformación social en México*. México, Universidad Nacional Autónoma de México–Instituto de Investigaciones Antropológicas–Juan Pablos.

Tannembaum, F. (2003) *La revolución agraria mexicana*. México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana–Secretaría de Gobernación.

Tyrakowski, K. (2003) Historia colonial en detalle: progreso y decadencia de la España Chiquita, del pueblo de Santa María Nativitas Yancuitlalpan en Tlaxcala. *Revista española de antropología americana* (33), México, pp. 157-181.

Valerdi, M. (2005) *El tiempo libre en condiciones de flexibilidad del trabajo: caso Tetla, Tlaxcala*. (Tesis de doctorado). Puebla: México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Warman, A. (2001) *El campo mexicano en el siglo XX*. México, Fondo de Cultura Económica.

Conclusión general

Felipe R. Vázquez Palacios

265

Hacer una reflexión de los trabajos aquí presentados es una labor complicada, pues implica no sólo pensar en los trabajos de cada quien, sino en buscar un hilo conductor que lleve a encontrar verdades nuevas y dar un paso más en la construcción del conocimiento sobre la situación de las personas ancianas, por lo que en estas líneas se presenta un recorrido por las distintas propuestas, entendidas como una muestra representativa de los esfuerzos que se realizan en nuestro país por analizar la vulnerabilidad.

En lo que se refiere a los aportes teóricos de este conjunto de trabajos, se puede observar que se ha reflexionado en torno a los distintos usos y significados de la vulnerabilidad, lo que condujo a una rica discusión metodológica. Se planteó por un lado la posibilidad de analizar vulnerabilidades específicas, segmentando la realidad en fenómenos cuya complejidad exige que se estudien por separado, para después establecer relaciones entre ellos. Se habló de la posible relación entre la vulnerabilidad climática y la vulnerabilidad a determinadas epidemias y enfermedades, sin ignorar el papel de los hábitos, costumbres y formas de organización de las personas y las comunidades. En contraparte, también se abordó la necesidad de analizar la vulnerabilidad como una experiencia de vida, partiendo de los actores sociales; desde este punto de vista, se considera que la vulnerabilidad debe analizarse como un momento único que puede ser superado a través de costumbres, conocimientos, actitudes y aprendizajes que adquieren los ancianos a lo largo de sus vidas, en otras palabras, desde este enfoque la vulnerabilidad no debe analizarse como un hecho o una situación aislada, más bien debe analizarse partiendo de la vida en su conjunto, pues de otra manera no podrá comprenderse en toda su profundidad ni podrá dársele solución. Así que será la realidad la que muestre cuál es la postura o método más eficaz, que permita explicar mejor la realidad de nuestros ancianos.

La complejidad de la vulnerabilidad se puso de manifiesto en cada uno de los trabajos presentados, especialmente al exponer que la experiencia del envejecimiento no se limita simplemente al cuerpo cansado o la disminución de capacidades mentales y físicas, pues hay otras variables que se entrecruzan como la etnia, el acceso a la protección social y a los servicios. Desde esta perspectiva se planteó el problema de la inequidad como un aspecto que debe ser abordado desde la ética, pues si bien la diferenciación social y la desigualdad se dan como producto de las diferencias de desarrollo individuales, la inequidad hace referencia al acaparamiento de recursos a costa de los más necesitados, es producto de la explotación y la exclusión y, así, puede desmenuzarse el análisis de la vulnerabilidad como un fenómeno dinámico que toma en consideración las características de los actores sociales, el contexto y la dinámica en la que están insertos, lo cual remite a experiencias harto específicas en las que se entrecruzan diversas problemáticas que afectan a la sociedad.

Con relación a la forma en que las imposiciones culturales tienen una incidencia sobre la vulnerabilidad en el envejecimiento, se hizo una fuerte crítica a los ideales promovidos y perseguidos por el modelo neoliberal, en el que los viejos parecen no tener lugar ni como depositarios de conocimientos, ni como formadores de las generaciones más jóvenes. En otras palabras, se relaciona a la vulnerabilidad con el estigma social que acompaña a los adultos mayores y se resaltan las desventajas en la vejez y las demandas del modelo de desarrollo económico vigente, donde pensar la vulnerabilidad parece ser sinónimo de discapacidad y desprotección, sin meditar que todo esto tiene un trasfondo histórico, social y cultural que no puede reducirse a lo que se considera evidente, como los achaques o la pobreza.

Si bien la vulnerabilidad es experimentada de manera diferente según el contexto geográfico, histórico y espacial en el que se presenta, es erróneo señalar que existen contextos que son más o menos vulnerables que otros. La vulnerabilidad, según lo que se ha podido observar, se experimenta con la misma intensidad tanto en el campo como en la ciudad, pues, aunque tiene distintos matices no deja de ser una situación que compromete el bienestar de los individuos y que los pone en riesgo

de ser afectados o dañados en distintas áreas de sus vidas. Lo anterior, condujo a los autores a mirar a la demografía como herramienta de análisis para adentrarse más en las distintas formas en que se experimenta la vulnerabilidad, considerando aspectos como las redes sociales, el acceso a la protección social, las diferencias en la administración del ingreso, las necesidades o las trayectorias laborales. En este orden de ideas, también se hizo notar que el malestar social que viven los adultos mayores se manifiesta incluso en la esfera doméstica y se ve perpetuado por una cultura de lealtad en el hogar, que hace que muchas veces no se denuncien las problemáticas y se tornen invisibles a los ojos del análisis social.

En los trabajos presentados también se observan los vínculos entre las dinámicas migratorias y las formas en que las personas obtienen recursos. Se muestra cómo la insuficiencia y falta de constancia de las remesas, orilla a los ancianos a transitar entre los modos de cultivo tradicionales y los modernos para garantizar su alimentación y su sustento. En este tenor también se observa que la dinámica migratoria impone formas de interacción que buscan mantener relaciones con la tierra de origen, independientemente de la distancia, pero que esto se ve imposibilitado por los requerimientos legales que se imponen día a día a los migrantes. Esto resulta interesante porque las personas se ven vulnerables y desprotegidas por las decisiones que toman sus parientes de alejarse, porque sus comunidades no ofrecen las oportunidades de crecimiento que las generaciones más jóvenes buscan.

Todo esto, es una pequeña muestra de la forma en que se viene trabajando la vulnerabilidad en México y de cómo este enfoque permite adentrarse en experiencias y vivencias particulares de las personas mayores, como actores sociales en un contexto de carencia, desigualdad, desprotección y marginación, para así poder reflexionar sobre problemáticas como la exclusión o la discriminación de forma integral.

Incluso el enfoque de vulnerabilidad permite reflexionar sobre el papel que juega la construcción social; se pasa de hablar de indicadores demográficos a hablar de trayectorias y experiencias de vida, así como de luchas cotidianas contra la carencia y la incertidumbre, de actitudes y estrategias; se deja de hablar de carencias como un hecho aislado y se

comienza a adentrarse en la forma en que la etnicidad, el género o la edad, hacen que determinados actores sociales sean excluidos; se reconocen los prejuicios que se tienen hacia los ancianos en distintos ámbitos de la vida social. En este sentido, la vulnerabilidad como enfoque no sólo remite a lo que es la indiferencia del Estado, también remite a las acciones, a pensamientos, a preceptos culturales que se comparten y a estrategias cotidianas. Además, el enfoque de la vulnerabilidad invita a profundizar en las formas de resistencia o de resiliencia de las personas, a reconocer su papel como actores sociales, como constructores y transformadores de la realidad y, en este sentido, es que a través del enfoque de la vulnerabilidad tienen cabida las propuestas desde las acciones de las personas y no desde las disposiciones de los organismos gubernamentales, desde el Estado o desde lo que arrojan los indicadores de pobreza y marginación.

Pese a todo lo anterior, aún existen severos desafíos para que el enfoque de vulnerabilidad pueda darnos mejores aportes. Aún no existe una definición clara u operativa de lo que es la vulnerabilidad y frecuentemente se la confunde con otros fenómenos o procesos como la pobreza, el empobrecimiento, la marginación o la exclusión, además, es sumamente complejo distinguir lo que significa estar vulnerado, entre ser propenso al daño y ser dañado. Por otro lado, en nuestro país, en este contexto de riesgo e inmediatez, se demandan estudios con indicadores que obedecen a fines partidistas, utilitaristas y asistencialistas que los análisis de vulnerabilidad pasan a segundo término. En nuestro contexto, parece que lo que importa es definir a quién ayudar, a dónde destinar los apoyos, cuánto presupuesto es requerido y para qué; parece, pues, que lo que más preocupa ha sido cuándo y qué le falta a la gente, de qué se enferma, a cuántos se maltrata y cuántos viven solos, pero rara vez se piensa en cómo se viven esas experiencias de carencia y desventaja en las que el bienestar se ve comprometido, ni mucho menos en cómo se superan, y así se ignora un recurso activo que son los propios actores sociales.

Se sigue viendo a la vulnerabilidad desde la visión del asistencialismo o como un problema que exige soluciones inmediatas y materiales, como algo que se soluciona con dinero, y lo que se hace, entonces, es seguir reproduciéndola, pues se está pasando por alto la fuerza de las acciones

de las personas, la cual es su recurso más valioso, pues sin ella no podrían resistir o hacer frente a la dura realidad del día a día. Las cifras, la demografía, las predicciones y proyecciones son herramientas útiles, pero sólo si se les da significado. No tiene caso hablar de vulnerabilidad, personas vulnerables o poblaciones vulnerables como si fueran un mal a erradicar, como si se pudiera cortar de raíz la problemática de la vulnerabilidad, más bien, se debe reconocerla como parte de la realidad, pues sólo así se podrá profundizar en la forma de afrontarla.



Sobre los Autores

Vejez y vulnerabilidad. Retratos de casos y perfiles de estudio en contextos diversos: grandes regiones, localidades rurales y territorios migrantes.

271

Andrés Méndez Palacios Macedo. Es Maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Docente de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y de la Universidad Tecnológica de México. Participa en el desarrollo de líneas de investigación dentro de los temas: vejez, inseguridad alimentaria, adolescencia y determinantes sociales de la alimentación en colaboración con la FES Iztapalapa y el Instituto Nacional de Psiquiatría “Juan Ramón de la Fuente”. Actualmente se desempeña como director de la Licenciatura de Nutrición en la Universidad Justo Sierra.

Blanca Mirthala Tamez Valdez. Es Doctora en Trabajo Social con orientación en Políticas comparadas de Bienestar Social por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), obtuvo la Maestría en Ciencias con orientación en Trabajo Social por la misma universidad. Actualmente se desempeña como profesora investigadora de tiempo completo, titular “A” en la UANL. Sus líneas de investigación son: Familia, Envejecimiento y Política Social. Es autora de los siguientes libros: *La Solidaridad familiar hacia el adulto mayor en Monterrey, Nuevo León* (2008) y *Autonomía y Bienestar en las mujeres divorciadas* (2012). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

Blanca Estela Pelcastre Villafuerte. Doctora y Maestra en Psicología Social por la Universidad Autónoma de Barcelona; Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora-investigadora en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública. Miembro del SNI, nivel 2 y es líder de la línea

de investigación institucional “Salud y Grupos Vulnerables”. Sus grupos de interés son: los adultos mayores, grupos indígenas y los migrantes, estudiando aspectos como identificación de necesidades de salud, exploración de prácticas en salud, acceso y utilización de servicios de salud y evaluación de programas y servicios de salud.

Felipe R. Vázquez Palacios. Es Doctor en Antropología Social por la Universidad Iberoamericana. Investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Miembro del SNI Nivel 1. Es autor de los siguientes libros: *Contando nuestros días* (2003); *La fe y la ciudadanía de la práctica evangélica veracruzana* (2007); *Historias de gente grande* (video) (2009) y *Construyendo la vida a partir de la muerte* (2009).

Itzel Hernández Lara. Es Licenciada en Sociología por la Universidad Autónoma de México (UNAM). Obtuvo la Maestría en Estudios Regionales por el Instituto Mora. Es Doctora en Ciencia Social con especialidad en Sociología por El Colegio de México. Actualmente es investigadora en el Centro de Investigación y Estudios en Movilidades y Migraciones Internacionales de la Universidad Autónoma del Estado de México, donde realiza investigación sobre procesos migratorios, género y vida familiar en comunidades rurales del noroeste del Estado de México. Sus líneas de investigación son: migración internacional, género, vida familiar transnacional y emociones. Pertenecer al SNI

Laureano Reyes Gómez. Doctor en Ciencias Sociales por El Colegio de La Frontera Norte de Tijuana, Baja California. Es investigador adscrito al Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad Autónoma de Chiapas. Su línea de investigación es la Etnogerontología. Pertenecer al SNI, nivel I.

María Guadalupe Ruelas González. Es Doctora en Ciencias de la Salud Pública con área de concentración en Sistemas de Salud (INSP), Ha sido investigadora y consultora en áreas de Salud Pública en las líneas de grupos vulnerables, adultos mayores, género, factores sociales, violencia/

maltrato, utilización de servicios de salud y calidad de la atención. Ha recibido distinciones a nivel nacional e internacional por sus trabajos en adultos mayores. Actualmente es investigadora en el INSP, Miembro del Sistema Estatal de Investigadores y Miembro del SNI.

Norma Baca Tavira. Es Doctora en Geografía por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), maestra en Estudios Urbanos y Regionales y Licenciada en Economía por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM). Especialista en Migración internacional por El Colegio de la Frontera Norte. Es Investigadora-Profesora de tiempo completo y docente en las facultades de Ciencias Políticas y Sociales, Geografía y Humanidades de la UAEM, asimismo es integrante del Comité Académico de la Especialidad en Género, violencia y políticas públicas, en la misma universidad. Miembro del SNI.

Oscar Gerardo Hernández Lara. Es Doctor en Geografía por la Universidad Nacional Autónoma de México. Ha realizado estancias de Investigación en Estados Unidos y en la Universidad de Sao Paulo, Brasil con los temas de envejecimiento de la población y migración internacional como interés e intercambio. Ha publicado capítulos y artículos sobre temas de envejecimiento en el espacio rural mexicano, turismo rural e historia regional y agraria en el centro de México. Sus líneas de Investigación son: geografía del envejecimiento en espacios rurales, turismo rural y sus implicaciones sociales, económicas y territoriales.

Rosa Patricia Román Reyes Doctora en Estudios de Población por El Colegio de México. Profesora Investigadora de la Universidad Autónoma del Estado de México en el Centro de Investigación y Estudios en Movilidades y Migraciones Internacionales. Miembro del SNI. Líneas de investigación: familias y hogares, mercados de trabajo, migración.

Rodrigo Tovar. Doctor en Geografía por el Instituto de Geografía de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es Maestro y Licenciado en Geografía por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM.

Profesor investigador del Instituto de Investigaciones sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Candidato a SNI, principales líneas de investigación: geografía ambiental, vulnerabilidad y desastres.

Shany Vázquez. Es Doctorante del Instituto de Investigaciones Históricas y Sociales de la Universidad Veracruzana. Licenciada en Geografía por la misma institución. Principales líneas de investigación: geografía del envejecimiento, vulnerabilidad y desastres.

Susana Villasana Benítez. Es Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios de Población por el Colegio de la Frontera Norte. Investigadora vigente del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Durante 31 años Investigadora del Instituto de Estudios indígenas de la Universidad Autónoma de Chiapas. Entre sus publicaciones destacan diversos artículos, capítulos y el libro: *Diagnóstico sociodemográfico de los Adultos Mayores Indígenas de México* (2006).

Verónica Murguía Salas. Doctora en Antropología Social por la Universidad Iberoamericana; Maestra en Población y Desarrollo por FLACSO-México; Licenciada en Antropología Social por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM). Actualmente realiza la Estancia Posdoctoral en el Centro de Investigación y Estudios en Movilidades y Migraciones Internacionales y es Profesora en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la (UAEM). Líneas de investigación: Antropología del trabajo, estrategias de sustento y sociedades rurales. Integrante del SNI.

Zoraida Ronzón Hernández. Doctora y Maestra en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ciudad de México, dentro de la línea de especialización de Estudios del Lenguaje. Licenciada en Antropología por la Universidad Veracruzana. Profesora Investigadora de la Universidad Autónoma del Estado de México en el Centro de Investigación y Estudios en Movilidades y Migraciones Internacionales. Miembro del SNI. Líneas de investigación: vejez y envejecimiento, migraciones intergeneracionales, familia y género.



Este libro terminó de imprimirse en noviembre de 2017,
en los talleres de la Editorial Gedisa en la Ciudad de México.
El tiraje constó de 1000 ejemplares.

