

# Altepepaktli

Salud de la comunidad

Volumen 5, No. 10, septiembre 2009



INSTITUTO  
DE  
SALUD  
PÚBLICA / UV

Universidad Veracruzana • Instituto de Salud Pública

# Universidad Veracruzana

Dr. Raúl Arias Lovillo

*Rector*

Dr. Porfirio Carrillo Castilla

*Secretario Académico*

CP. María Antonieta Salvatori Bronca

*Secretaria de Administración y Finanzas*

Dr. Jesús Samuel Cruz Sánchez

*Director General de Investigaciones*

Mtra. Margarita Vela Ruíz

*Directora General del Área Académica de Ciencias de la Salud*

Dr. Mario Miguel Ojeda Ramírez

*Director General de la Unidad de Estudios de Posgrado*

Mtra. Ma. Cristina Ortiz León

*Encargada de la Dirección del Instituto de Salud Pública*

## Comité Editorial

Dra. Dulce María Cinta Loaiza

*Editor*

Dr. Jaime Morales Romero

*Coeditor*

Dra. Edit Rodríguez Romero

Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez

Mtro. Benno George Álvaro de Keijzer Fokker

Mtro. Manuel Salvador Luzanía Valerio

*Comité Editorial*

C.P. Angélica Tapia Vázquez

*Coordinación Administrativa*

Ma. Elena López Vázquez

*Diseño y edición Digital*

Rosa Linda Martínez González

*Corrección de estilo*

*Altepepaktli* es una publicación semestral del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. <http://www.uv.mx/isp/>

Se encuentra indexada en IMBIOMED.

<http://www.imbiomed.com.mx/index3.html>

El contenido de los trabajos es responsabilidad exclusiva de los autores.

Se autoriza la reproducción parcial o total del material si se cita la fuente.

ISSN 1870-2759, Volumen 5, Nº 10, septiembre 2009

Se imprimió en los talleres de

DOCUMASTER S.A de C.V

Av. Coyoacán 1450 Bis Col. Del Valle CP.03220 México DF.

Sobre papel bond de 36 kg. en interiores y cartulina couché en portada. Tiraje de 500 ejemplares.

## Requisitos para la publicación

La revista *Altepepaktli* es una publicación semestral cuyo objetivo es dar cuenta del quehacer científico en el ámbito de la Salud Pública, por medio de artículos originales, derivados de las actividades de investigación, docencia y práctica profesional de la Salud Pública.

TIPOS DE COLABORACIONES:

La revista *Altepepaktli* recibe trabajos en las modalidades de artículo de investigación originales, artículo de revisión o ensayo, nota breve, reseñas de libros y noticias sobre eventos científicos.

ENVÍO DE ARTÍCULOS:

1. Todos los artículos deberán dirigirse a los Editores de la Revista: [saludcomunidad@uv.mx](mailto:saludcomunidad@uv.mx) o al Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, Dr. Luis Castelazo s/n, Col. Industrial Ánimas, C. P. 91190, Xalapa – Enríquez, Ver. Se acusará recibo vía correo electrónico a la recepción de los mismos.

2. Los artículos se acompañarán de una declaración que indique su carácter inédito y el compromiso de que, de aceptarse, no se enviarán a ninguna otra revista a menos que medie la autorización expresa del Editor.

PRESENTACIÓN:

El título del trabajo no debe exceder de 15 palabras y describirá el contenido clara, exacta y concisamente, tanto en inglés como en español. El nombre y el apellido del autor o autores se anotará inmediatamente abajo del título omitiendo el grado académico o profesión. Al pie de la primera página se indicará el nombre del autor o autores, el cargo oficial o académico, el nombre de la institución en que labora(n) el autor o autores y la dirección en que puede solicitarse(s) copias del artículo. Los autores deberán acompañar sus artículos de un resumen de máximo 300 palabras en español e inglés, y utilizando máximo cinco palabras claves que indiquen el contenido temático del texto. El artículo no deberá exceder de 15 páginas (21.59 x 27.94 cm ó 8.5 x 11 pulg. s.) a interlineado 1.5. La fuente será Arial 12.

En los artículos de investigación el texto se divide en Introducción, Método (materiales, sujetos, etc.), Resultados y Discusión. Este modelo no comprende los artículos redactados en forma de ensayo, reseña bibliográfica comentada, crítica o analítica, los que serán divididos en títulos, subtítulos y apartados si fuera el caso.

Los cuadros e ilustraciones deberán ser incluidos en formato JPG, TIFF o PDF, con una resolución entre 150 y 300 DPI y deberán medir entre 7 y 15 cm. en su lado mayor. Los cuadros, tablas o figuras se incorporan al interior del texto y deberán estar identificados con un número correlativo. Se acompañarán de un título breve y claro. Cuando no sean originales del autor, deberá especificarse la fuente de donde han sido tomados.

En caso de requerirse notas al pie de página, se separarán mediante una línea horizontal y se identificarán con letras sucesivas. La citación será en número superíndice en el cuerpo del trabajo. Las referencias bibliográficas deberán citarse de acuerdo al orden de aparición en el cuerpo del trabajo. Se sugiere tomar como base el sistema de Vancouver.

La revisión de los trabajos se realiza por pares participando personal interno y externo de la dependencia.

*Altepepaktli* se encuentra indexada en IMBIOMED.

<http://www.imbiomed.com.mx/index3.html>

# Contenido

**Editorial** 2

## Ensayos y artículos de revisión

**Tecnologías de la Información y de la Comunicación en la prestación de servicios de salud** 3  
Martha Elvia Sánchez Chiñas, Galo Romeo Berzain Varela, Ma. de Lourdes Mota Morales

**Geografía de la salud** 8  
Manuel Salvador Luzanía Valerio

**La mirada inocente: una reflexión sobre el estudio de la Gerontología en Venezuela** 11  
Blanca De Lima Urdaneta, Jorge Jaber Ferretis

**Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez** 19  
Sagrario Garay Villegas, Rosaura Ávalos Pérez

**La investigación etnogerontológica en México** 28  
Laureano Reyes Gómez

**Formación de universitarios educadores para la salud: una propuesta con adultos mayores** 36  
Sandra Areli Saldaña Ibarra, Enrique Hernández Guerson

**Hacia un análisis holístico de la vejez** 43  
Felipe R. Vázquez Palacios

**Sociodemografía de la población anciana: revisión de las perspectivas metodológicas individual y de hogares** 52  
Susana Villasana Benítez

La Salud Pública es un campo del conocimiento en constante cambio debido a las transformaciones sociales que de forma permanente aparecen en la vida colectiva. Los retos a los que se enfrenta van desde las enfermedades infecciosas y parasitarias tradicionales, las emergentes, las no transmisibles, las degenerativas, las carenciales y las lesiones; estos retos involucran a gran variedad de disciplinas y a posiciones metodológicas diferenciadas.

En la actualidad uno de los retos primordiales para la Salud Pública lo constituye el envejecimiento de la población, fundamentalmente porque la presión que ejerce la demanda de servicios sobre el sector salud se modifica radicalmente. Una población envejecida origina serias modificaciones en la familia, en la fuerza de trabajo y en el tipo de servicios de salud, de las cuales derivan necesidades que se hace necesario conocer veraz y oportunamente a profundidad.

Analizar el conjunto de factores que contribuyen a lograr un buen envejecimiento, en donde de manera profunda se vea como prevenir enfermedades y discapacidades, se vuelve esencial para todos los interesados en la salud pública.

Bajo esta reflexión, conocer con detalle el impacto del envejecimiento de la población en el ámbito de lo social, se vuelve de un interés primordial. Altepepaktli consciente de la magnitud y envergadura del problema especialmente para el sector salud, presenta en esta ocasión seis trabajos que apoyándose en la metodología cualitativa abordan el problema de la vejez bajo diferentes perspectivas.

Los trabajos fueron presentados en la mesa temática "Balance y perspectivas teóricas sobre el proceso de envejecimiento", coordinada por Felipe Vázquez y Verónica Montes de Oca, en el 53° Congreso Internacional de Americanistas, desarrollado en la Cd. de México entre del 19 al 24 de julio del presente año.

Si bien los trabajos no abordan problemáticas de orden epidemiológico, proporcionan una aproximación al estudio de la vejez bajo la óptica de diferentes disciplinas como la demografía, la sociología y la pedagogía, las cuales, como se sabe, aportan grandes conocimientos al campo de la salud pública. Creemos que para los salubristas o personas interesadas en la salud pública su lectura puede conducirlos a entender un fenómeno que en nuestro país apenas comienza a ser explorado.

Los otros dos ensayos que integran el presente número de la revista, abordan cuestiones más comunes en el campo de la salud pública, como son las tecnologías de la información y de las comunicaciones en los servicios de salud y la geografía de la salud. En ambos casos los autores ponen de relevancia las temáticas hacia áreas de gran impacto en la salud colectiva, ya que como se sabe por un lado, las llamadas TICS están impactando de manera profunda la manera de proveer la atención a la salud y por otra parte, el estudio de la distribución territorial de los daños a la salud, constituye uno de los elementos esenciales en la formación de políticas públicas que atienden la salud de las poblaciones.

# Tecnologías de la Información y de la Comunicación en la prestación de servicios de salud (Information Technology and Communication for Health Care Services)

Martha Elvia Sánchez Chiñas\*, Galo Romeo Berzain Varela\*\*, Ma. de Lourdes Mota Morales\*\*\*

## Resumen

La evolución de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) ha tenido un impacto trascendental en la salud. Éstas han permitido una mejora en la calidad de los servicios de salud en diversos niveles, al menos así lo demuestra la experiencia en Europa, Estados Unidos, Canadá y en algunos países de Latinoamérica. En el área médica (Telemedicina), procesamiento de datos, almacenamiento y acceso a la información hacen eficientes los servicios y reducen los costos. A su vez facilitan las acciones encaminadas a la educación médica continua (teleformación), a través de videoconferencia en tiempo real o diferido, sin necesidad de movilizar recursos humanos de sus áreas de trabajo. En el área de la salud pública y en concreto en el campo de la epidemiología, con apoyo de la tecnología satelital, han permitido el uso de nuevas aplicaciones en apoyo al control de enfermedades como cólera, dengue, Chagas y otras a través de la Teleepidemiología.

El presente ensayo está basado en la temática "Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) en la prestación de servicios de salud". Se hace una descripción de las utilidades y aplicaciones que las TIC tienen en el ámbito de la salud. Finalmente se plantean algunas ideas respecto de los elementos que influyen en la lenta incorporación de las TIC.

## Abstract

The evolution of Information and Communication Technologies (ICT) has had a significant impact on health. ICT have allowed quality in health services to be improved in some stages, at least this is what experiences in Europe, United States, Canada and some Latin American countries have shown. Processing

data and accessing and storing information allow services to be more efficient and reduce costs in the medical field (Telemedicine). At the same time, they facilitate all the efforts channeled to continuing medical education (teletraining) through real-time or prerecorded video conferences, thus employees can stay at their workplaces. In the public health field, specifically epidemiology and by using satellite technology, new applications have emerged to control diseases such as cholera, dengue fever, Chagas disease and others through tele - epidemiology

This paper is based on the "Information and Communication Technologies for Health Care Services" topic. It describes utilities and applications ICT may have in public health. Finally, we suggest some ideas about the aspects that may influence on ITC being incorporated so slowly.

**Palabras clave:** tecnologías, información, comunicación, salud, aplicaciones.

**Key words:** technologies, information, communication, health, applications.

## Introducción

Las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) son un término que hace referencia a una extensa variedad de servicios, aplicaciones y tecnologías, que usan varios tipos de equipos y programas informáticos, los cuales a menudo se transmiten por medio de las redes de telecomunicaciones. Dichas tecnologías permiten transmitir, procesar y difundir información de forma instantánea; además de optimizar el manejo de la información y el desarrollo de la comunicación<sup>1</sup>.

\* Estudiante de la Maestría en Salud Pública (generación 2007-2009) del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, México. marelsa22@hotmail.com.

\*\* Médico, Especialista en Salud Pública. Universidad Veracruzana. Alumno del Master en Telemedicina. Universidad Oberta de Catalunya. logaedededmtty@hotmail.com.mx.

\*\*\* Maestra en Salud Pública. Área disciplinar Informática Aplicada a la Salud. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana, México. lmota@uv.mx.

La incorporación de las TIC ha representado un cambio de suma importancia en diferentes ámbitos profesionales. En el campo de la salud, no ha sido precisamente así, ya que el ritmo de adopción de las TIC se ha dado en forma lenta y su incorporación se ha usado para procesos administrativos secundarios, tales como admisión o altas de pacientes en centros hospitalarios, agendas de consulta externa y en áreas específicas (laboratorio, imágenes); pero no ha sido así en los procesos asistenciales nucleares (historia clínica)<sup>2</sup>.

En la Cumbre del Milenio efectuada en el año 2000, se establecieron los Objetivos del Desarrollo del Milenio, los cuales engloban compromisos para fomentar la transferencia de tecnología<sup>3</sup>.

En el objetivo ocho se plantea “fomentar una asociación mundial para el desarrollo” y que incluye la meta 18, la cual especifica que “en colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular las tecnologías de la información y de las comunicaciones”. Señala, además, que los avances en el sector salud son importantes, ya que asegurar la salud es un requerimiento previo para el desarrollo económico y la cohesión social. Por tanto, las mejoras en el acceso de las personas a la tecnología sanitaria constituyen un buen indicador de estos procesos de desarrollo<sup>3</sup>.

En México, el Programa Nacional de Salud 2007 – 2012 plantea la estrategia de “desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud”. Dentro de ésta se ubica la línea de acción encaminada a promover la evaluación de tecnologías para la salud, con la finalidad de responder a las necesidades de la población y mejorar la capacidad resolutoria de los servicios de salud; garantizar la continuidad del proceso de atención; y fortalecer la prestación complementaria y cruzada de servicios entre entidades federativas, instituciones y sectores<sup>4</sup>.

Lo expuesto anteriormente sustenta que, tanto en los niveles internacional como nacional, se reconoce la importancia de la incorporación de las TIC como un medio para solucionar los problemas de acceso a los servicios de salud.

## **Tecnologías de la Información y de la Comunicación en la prestación de servicios de salud**

Los sistemas de salud actuales en los países occidentales (hay ejemplos claros en la Comunidad Europea, EUA y Canadá) son el resultado de un modelo de actuación dirigido a la atención de problemas agudos. Dicho modelo de atención es parte de las formas de pensar y actuar de pacientes, profesionales, organizaciones y administración sanitaria. Sin embargo, se ha visto que este modelo es insuficiente para responder a los cambios poblacionales y epidemiológicos<sup>2</sup>. Por tanto, la aplicación de las TIC contribuye de manera importante en la provisión de servicios de salud.

El control de las enfermedades crónicas requiere una participación activa del paciente, en el sentido de que modifique estilos de vida, incorpore nuevos conocimientos y habilidades y mejore su relación con los profesionales sanitarios. La aplicación de las TIC en el control y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas permite a los profesionales de la salud anticiparse a las necesidades o detectar oportunamente un empeoramiento de la enfermedad (Teleasistencia). Asimismo, la Internet es una opción viable para que los pacientes tengan acceso al conocimiento médico más actual y completo<sup>2</sup>.

En este orden de ideas el sistema sanitario requiere una innovación en los aspectos tecnológicos para asegurar y mantener la provisión dentro de las expectativas de un mercado globalizado; pero el logro de este objetivo conocido como transferencia de la tecnología, requiere la participación conjunta de universidades, industria, gobierno, entorno social y usuarios finales<sup>5</sup>.

Las universidades son las encargadas de iniciar la transferencia de las nuevas tecnologías, a través de la investigación y la generación de productos. El primer paso es fortalecer la currícula de todas aquellas áreas del conocimiento en que las TIC juegan hoy un papel preponderante para su desarrollo y para el caso que nos ocupa, la salud, esto no ha sido considerado en lo absoluto, al menos en nuestro país. El hacerlo asegurará que los nuevos profesionales del campo de la salud y de áreas del conocimiento que apoyan al desarrollo de ésta tendrán la preparación suficiente para entender, aceptar y facilitar su incorporación en los sistemas sanitarios.

El gobierno desempeña un papel importante, dado lo complejo del interés público en las nuevas tecnologías médicas. El objetivo final de cualquier política sanitaria es garantizar el acceso a los cuidados y tratamientos adecuados a los usuarios en cualquier lugar del país. Por otro lado, las decisiones políticas están muy influenciadas por el presupuesto disponible, en que las nuevas tecnologías sólo tienen oportunidad de verse apoyadas si se intuyen adecuadas desde los puntos de vista costo-beneficio y costo-efectividad<sup>5</sup>.

El entorno social es económicamente resistente a los cambios, se requiere un gran esfuerzo para que las viejas generaciones asimilen la cultura de la sociedad de la información, de manera que se cuente con un capital social capaz de manejar de forma eficiente, en la vida diaria, las nuevas tecnologías<sup>5</sup>.

Los usuarios finales, tales como hospitales o médicos generales, desempeñan un papel relevante en la transferencia tecnológica, pues se requiere que estén convencidos de su utilidad. La tecnología no está limitada al equipamiento, puesto que abarca el conocimiento, la comprensión y la capacidad de control y explotación de los principios y procesos subyacentes<sup>5</sup>.

Hoy día la Telemática en Salud o Telesalud se entiende como la provisión de servicios de salud por profesionales, para los cuales la distancia constituye un factor crítico. Por tanto, utilizan las TIC con el objetivo de intercambiar información válida para efectuar diagnósticos, preconizar o realizar tratamiento y prevención de enfermedades y accidentes; para actividades de investigación y evaluación; para formación continua del personal de salud; y, en general, para mejorar la calidad de la salud en el individuo y de las comunidades<sup>6</sup>.

Es importante resaltar que la definición señala que el uso de la Telesalud se da cuando la distancia constituye un problema para suministrar servicios de salud, pues al no considerar esta condición se genera una duplicidad de acciones y, en consecuencia, un uso ineficiente de recursos económicos humanos y tecnológicos.

La Telesalud, que en un primer momento estuvo limitada a demostraciones costosas de la atención médica para pacientes en regiones lejanas, está convirtiéndose rápidamente en un componente integral en la prestación de la atención sanitaria

moderna, sin importar la situación geográfica o socioeconómica. Los últimos adelantos en las telecomunicaciones; el costo menor de la tecnología; y el establecimiento de redes públicas y sistemas basados en la Internet, son factores que influyen en el crecimiento de las aplicaciones de información y comunicaciones sanitarias, con efectos profundos y revolucionarios en la prestación de la atención médica en todo el mundo<sup>6</sup>.

La Telesalud tiene diversas áreas de aplicación, tales como: Telemedicina, Teleeducación sanitaria, redes de investigación y Teleepidemiología, así como redes de administración y de gestión sanitaria<sup>7</sup>.

La Telemedicina hace referencia a la parte clínica de la Telesalud, como prevención, diagnóstico, tratamiento y monitoreo, es decir, "la provisión de servicios médicos a distancia usando comunicaciones electrónicas. Las principales aplicaciones de la Telemedicina son: Telerradiología, Telepatología, Telecitología, Telecardiología, Teleoncología, Telecirugía, Teledermatología, Telepsiquiatría, Telefisioterapia, Telediagnóstico, Teleconsulta y Telecuidados domiciliarios<sup>7</sup>.

Es importante resaltar que la progresión de la Telemedicina depende de las posibilidades en términos de comunicaciones, pero principalmente de la cooperación del personal de salud para intercambiar información entre profesionales de la salud y entre médicos y pacientes. Por tanto, el elemento que determina en gran medida el éxito o fracaso de los proyectos de Telemedicina es el factor humano<sup>6</sup>.

México comparte con la mayoría de los países del mundo escasez de médicos especialistas, insuficiencia de recursos, crecimiento en la demanda de servicios y centralización de éstos. Aparte de la gran extensión del país, las características accidentadas de su territorio, así como las dificultades geográficas y de comunicación<sup>8</sup>.

La mayor parte de los recursos de salud están concentrados en las grandes ciudades y lograr que lleguen al resto del país resulta muy difícil e incoachable. En este contexto, la Telemedicina tiene una contribución significativa, pues su función es ayudar a derribar barreras geográficas; transformar los escenarios establecidos; motivar a las autoridades sanitarias y a los proveedores de servicios, tanto públicos como privados, a tomar



decisiones estratégicas. Dichas decisiones impactan fundamentalmente en la forma en que se proveen los servicios sanitarios, así como en la distribución de los recursos humanos y materiales<sup>8</sup>.

La Teleeducación tiene diversas aplicaciones. Permite realizar a distancia prevención primaria, secundaria y terciaria; capacitación curricular; formación médica y profesional continuada<sup>6</sup>.

La Teleadministración se aplica en los sistemas de gestión de salud para realizar a distancia la administración de procesos como control de citas, facturación, inventario y planeación estratégica<sup>6</sup>.

En la actualidad se ha incorporado el término de e-Salud, traducción directa de *e-Health*. También se conoce como salud en línea, salud electrónica y salud en red. La e-Salud hace referencia a la infraestructura y aplicaciones sanitarias utilizando tecnologías digitales de comunicación de datos multimedia, fundamentalmente Internet<sup>9</sup>.

Las características del Internet, tales como su capacidad de amplia cobertura y conectividad entre los usuarios, lo hacen un medio idóneo para facilitar la comunicación entre agentes múltiples. Un ejemplo es la práctica sanitaria, en que una gran diversidad de personal de salud y pacientes, requieren intercambiar información de forma fiel y a tiempo para la provisión de los servicios de salud. La Internet brinda un modo económico y sencillo para conectar a todos los participantes y facilita compartir información, independientemente de la ubicación de éstos<sup>9</sup>.

En América Latina y el Caribe, la penetración de Internet y las computadoras personales es relativamente baja, producto de la brecha digital, la cual plantea la desigualdad en la difusión "relativamente lenta e irregular" del progreso tecnológico de los países de origen hacia el resto del mundo, así como las brechas originadas por las desigualdades socioeconómicas, demográficas y geográficas. También es importante resaltar que la falta de educación es un factor decisivo en el incremento de la brecha digital, ya que el analfabetismo es una de las barreras principales para participar en la sociedad de la información<sup>10</sup>.

Como un ejemplo del uso de las TIC, por parte del gobierno en México, existe el portal e-Salud, el cual está

disponible para toda la población<sup>6</sup> y ofrece información sobre cuidados para la salud, profesionales de la salud, salud familiar, niños, jóvenes, mujeres, hombres y adultos mayores. Sin embargo, no se ha realizado una difusión adecuada de su existencia hacia la población en general, con lo cual, a pesar de existir el medio electrónico, se hace un uso limitado de este recurso.

Si bien es cierto que en México ha habido un avance en el campo de la Telemedicina y que el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC)<sup>11</sup> ofrece información tecnológica sobre eficacia, seguridad, costo-efectividad y normatividad para facilitar la toma de decisiones en la adquisición y utilización de equipo médico, no todos los estados de la República, ni las instituciones de seguridad social han avanzado a la par en la instrumentación de las aplicaciones telemédicas y de la educación. Katz y Hilbert<sup>10</sup> señalan que la digitalización de los sectores no se produce de la noche a la mañana, y las demoras y la falta de flexibilidad institucional dificultan el proceso y limitan sus posibles beneficios.

En México, el aspecto político desempeña un papel importante en el avance de la incorporación de las TIC. Esto se refleja, en primer lugar, en el escaso presupuesto asignado al sector salud y en la inadecuada distribución de los mismos en cada uno de los estados del país. Asimismo, los grupos de interés ejercen una gran influencia en las decisiones gubernamentales, tanto en los niveles nacional como estatal, imponiendo sus intereses minoritarios al interés general de la población. Razones por las cuales la incorporación de las TIC en salud se ha dado a pasos lentos en los ámbitos nacional y estatal.

Otro aspecto de vital importancia en el uso de las TIC lo constituye el capital humano del sector salud, el cual demanda conocimientos, habilidades y actitudes que favorezcan y faciliten la incorporación y el uso eficiente de las TIC. En este sentido, la participación de las universidades formadoras de los profesionales de la salud y de las instituciones del sector salud, en la incorporación de las TIC en sus planes y programas, se hace imprescindible para formar una cultura laboral que facilite y agilice su uso. Vélez<sup>12</sup> argumenta que el problema en sí no son las tecnologías, ya sean de información, comunicación o de otro tipo, el problema lo constituyen las personas en los diferentes niveles de la sociedad, cuando, debido a sus paradigmas, no permiten el ingreso de innovadoras metodologías para plantear solución a viejos problemas de escasez



de recursos en salud y de limitación en desarrollo humano.

Consideramos que la utilización de las TIC implica tener en cuenta infraestructura, inversión y personal capacitado para lograr resultados óptimos. Es importante señalar que la inversión destinada al sector salud resulta esencial para promover y sostener el proceso de desarrollo y contribuir al bienestar y calidad de la vida de los habitantes de un país. Las decisiones que se tomen respecto del uso de las TIC deben estar respaldadas en un análisis previo de la congruencia entre su uso y las necesidades de la población, con el fin de utilizar eficientemente los recursos destinados a este sector.

Para finalizar, exponemos que todas las decisiones y acciones del sector salud deben tener como base fundamental el garantizar el derecho constitucional de protección a la salud, así como disminuir las inequidades sociales y lograr el acceso a los servicios de salud y la cobertura universal.

## Referencias bibliográficas

1. Comisión de las Comunidades Europeas. Tecnologías de la información y de la comunicación en el ámbito del desarrollo. El papel de las TIC en la política comunitaria de desarrollo. Bruselas: 2001.
2. Alonso A. Nuevos modelos de salud en la sociedad de la información. Barcelona: EdiUOC; 2007.
3. Organización Mundial de la Salud. Compromisos internacionales asumidos en la Cumbre del Milenio. En Informe sobre la salud en el mundo 2003. Ginebra, Suiza: OMS; 2004.
4. Programa Nacional de Salud 2007 -2012. [sitio en internet] Disponible desde: [www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns\\_version\\_completa.pdf](http://www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf) [revisado 4 de octubre de 2008].
5. Ferrer O, Miringo T. Aspectos sociales de la transferencia tecnológica. En Olga Ferrer Roca. Telemedicina. 1ª edición. México: Med. Panamericana; 2001.
6. Organización de Estados Americanos (OEA). Telesalud en las Américas. CITELOEA; 2003.
7. Ferrer O. Principales aplicaciones de telemedicina En Olga Ferrer Roca. Telemedicina. 1ª ed. México: Med. Panamericana; 2001.
8. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). Telemedicina. Serie Tecnologías en Salud. 1ª ed. Vol. 3. Secretaría de Salud. CENETEC; 2001.
9. Monteagudo JL. El marco de desarrollo de la e-Salud en España. Madrid, España: Instituto Carlos III; 2001.
10. Katz J, Hilbert M. Los caminos hacia una sociedad de la información en América Latina y el Caribe. Naciones Unidas. Julio de 2003.
11. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. México [revisado 5 de diciembre de 2008] Disponible en: [http://www.salud.gob.mx:8080/JSPCenetec/web\\_consulta/html/institucion/terminos.html](http://www.salud.gob.mx:8080/JSPCenetec/web_consulta/html/institucion/terminos.html).
12. Vélez J. Acerca de las tecnologías de información y comunicación en el escenario de salud de LAC. Canadá: IDRC; 2005.

# Geografía de la salud (Health Geography)

Manuel Salvador Luzanía Valerio\*

## Resumen

Los términos geografía médica y geografía de la salud han resultado ampliamente debatidos; pero también se aceptan para identificar aquella rama de la geografía que, surgida a finales del siglo XIX, se ocupa de la aplicación del conocimiento geográfico, técnicas y métodos de investigación en salud, para la prevención y el monitoreo de enfermedades, donde los avances tecnológicos ampliaron las fronteras de la medicina con resultados importantes.

## Abstract

The terms medical geography and health geography have been extensively debated. However, they have been accepted in order to identify that branch of geography, which arose in late XIX century, dealing with the application of geographical knowledge, research techniques and methods for health sciences to prevent and monitor illnesses where technological advances expanded medicine knowledge, achieving important results.

**Palabras clave:** geografía, salud, sistemas de información geográfica.

**Key words:** geography, health, geographical information systems.

## Introducción

Entre 1930 y 1970 la geografía médica se consideraba el estudio de la distribución de los complejos patógenos para explicar las relaciones ecológicas de la enfermedad<sup>1</sup>. Se analizaban las áreas de extensión de una enfermedad endémica o epidémica, centrándose en el estudio de las diferencias en la distribución de patologías sobre el espacio. Prácticamente sólo eran estudiadas las enfermedades infecciosas y parasitarias y la escala de análisis era primordialmente mundial, enfocada a países en desarrollo<sup>2</sup>.

A partir de 1970 la mayoría de los trabajos publicados en el tema ya no se refieren a países y enfermedades tropicales, sino a enfermedades infecciosas que afectan a las zonas templadas (hepatitis, gripe, brucelosis, tuberculosis). Las enfermedades no infecciosas, las crónicas, se convirtieron en objeto prioritario y comienza el interés por estudiar el cáncer. No sólo cambian las enfermedades que se analizan, los países desarrollados son ahora los más estudiados y se modifica igualmente la escala de análisis. Comienzan los estudios urbanos e intraurbanos<sup>2</sup> y se empieza a considerar el nivel local como el territorio donde se materializan y llevan a cabo las acciones planteadas desde los niveles políticos. Allí se identifican los impactos de las necesidades de salud, las condiciones de vida, la enfermedad, la mortalidad, las grandes diferencias generadas por la estructura y donde se debe provocar mayor y más específico compromiso social<sup>3</sup>.

En 1976 surge el concepto de geografía de la salud, una rama integral de la geografía que estudia la distribución de la mortalidad y la morbilidad de la población, los servicios y el equipamiento en salud. Su interrelación con los factores físicos, geográficos, ambientales, demográficos, socioeconómicos, culturales y políticos<sup>2</sup> se apoya en modelos predictivos que permiten simular situaciones ambientales para encontrar mejores soluciones<sup>1</sup>.

Esta rama presentó un fuerte despegue a partir de 1980, principalmente en los países desarrollados como Estados Unidos, Reino Unido, Australia y Alemania. En América Latina la aplicación de esta rama de la geografía es diferenciada, destacando Brasil, Cuba, Argentina, Puerto Rico y México

## Geografía de la salud: perspectivas

En la actualidad los contenidos de geografía de la salud se han extendido en temáticas sobre adap-

\*Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. México. mluzania@uv.mx

tabilidad al medio, espacios interiores y microescalas de análisis y la realidad cotidiana presenta un abanico de nuevos factores de riesgo (ruido, contaminación, accidentes de tráfico, autotoxicidad, envejecimiento de la población) que es necesario analizar<sup>2</sup>. El sector salud ha acudido a la geografía para llevar a cabo diversos procesos como la regionalización de servicios, los sistemas locales de salud, la planificación en salud y el diagnóstico de salud, acciones que implican una forma de localización de necesidades, recursos y servicios con raíz en la comunidad<sup>3</sup>.

El estudio de las crecientes desigualdades entre países desarrollados y en vías de desarrollo, de los desequilibrios internos que se agravan dentro de los países occidentales, exige un conocimiento de las condiciones de vida y niveles de bienestar o grados de desarrollo. Los indicadores sanitarios, tanto los de salud como los de servicios de salud a la comunidad, se convierten en datos fundamentales para entender la realidad socioeconómica en el planeta y sus regiones que, junto a los indicadores económicos, de educación y seguridad, forman parte de los índices compuestos de desarrollo humano<sup>3</sup>.

Hoy coexisten estudios sobre ecología de las enfermedades; cartografía de las áreas de incidencia de determinadas patologías y mortalidades específicas; así como análisis asociativo, para identificar factores de riesgo en diferentes escalas geográficas. Contrastando frecuencia de coincidencia espacial de enfermedades, procesos generadores y agentes, distribución de los niveles de salud y enfermedad como indicadores sociales, difusión de enfermedades en el espacio, análisis de los equipamientos y servicios sanitarios<sup>2</sup>. En el aspecto epidemiológico, el sector salud se enfrenta al desafío de combatir padecimientos propios de países en vías de desarrollo, donde predominan los problemas de enfermedades transmisibles ligadas a la pobreza, la malnutrición y la precaria higiene ambiental, laboral y personal. Al mismo tiempo trata de reducir los casos de cáncer, trastornos mentales, enfermedades crónicas y las originadas por el riesgo ambiental<sup>3</sup>.

La geografía automatizada presenta un panorama digital del mundo para su tratamiento y análisis, mediante las tecnologías computacionales. A principios de la década de los ochenta, del siglo pasado, aparece la primera reflexión sobre su rol en la geografía. Su consideración como "revolución tecnológica" traería un notable impacto a partir de la automatización de las tareas geográficas<sup>4</sup>.

## Aplicaciones informáticas en geografía de la salud

Las aplicaciones computacionales, como los sistemas de información geográfica, son de gran ayuda para la toma de decisiones, ya que proporcionan a los usuarios la automatización de estadísticas descriptivas, el despliegue de distribuciones de frecuencia y el cálculo de tasas<sup>5</sup>, además de monitorear los fenómenos salud-enfermedad, siendo de gran ayuda para el análisis espacial y temporal de los eventos<sup>6</sup>.

En algunos países de América Latina las aplicaciones recientes de esta tecnología ha contribuido a un mayor control de enfermedades infecciosas como malaria, dengue y leishmaniasis. Aunque el desarrollo de dichas aplicaciones están limitadas a la investigación, los institutos previenen que en algunos años estén al servicio de las agencias de salud gubernamentales en sus niveles local, regional y nacional<sup>7</sup>.

Evaluar una población potencialmente expuesta y determinar si tiene una variación en la exposición a partir de un área en estudio<sup>8</sup>, llega a ser un instrumento de gran importancia en asociaciones reveladoras entre exposiciones ambientales a sustancias peligrosas y su impacto en la salud humana. Las bases de datos, creadas con estas aplicaciones, manejan información de varias fuentes y hacen las correlaciones espaciales con datos epidemiológicos acerca de la distribución temporal de una enfermedad en particular. Por ejemplo, es posible correlacionar los datos sobre el uso de pesticidas, la proximidad a campos agrícolas y la contaminación de tierra/agua, con la ocurrencia de ciertas formas de cáncer o defectos al nacer<sup>9</sup>.

Otro ejemplo ocurre al ligar información de registro de enfermedades con el monitoreo del abastecimiento público del agua y datos de ubicación para determinar áreas potenciales de estudio y evaluar la relación entre la exposición a productos de desinfección con la presencia de algún tipo de cáncer<sup>8</sup>.

A pesar de las ventajas obvias de la tecnología SIG, sólo unas cuantas investigaciones han utilizado este método para estudios epidemiológicos en gran escala<sup>9</sup>. El uso de mapas y de herramientas geográficas para el análisis de las situaciones de salud prácticamente desapareció por un tiempo, aunque actualmente la geografía juega un papel importante para comprender la distribución espacial de los estados de salud-enfermedad dentro de un territorio o región<sup>3</sup>.

Los mapas de enfermedades se utilizan para definir y controlar una epidemia, proporcionar una línea base con los datos en salud y mostrar los cambios en el tiempo del patrón de enfermedades. El mapeo de enfermedades también es útil para la exploración inicial entre la exposición y la enfermedad, especialmente los efectos en la salud de la población<sup>10</sup>.

Un ejemplo lo constituyen los mapas de la incidencia del cáncer y la mortalidad, los cuales son analizados en la escala global por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer y son interpretados rápidamente. Otros mapas en gran escala, como los atlas de la mortalidad del cáncer, producidos por el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, también son relativamente fáciles de interpretar<sup>10</sup>.

En un estudio realizado en Nueva Jersey, Estados Unidos, a finales de los años 90<sup>11</sup>, se identificaron a través de mapas, las áreas y características geográficas que presentaban una elevada proporción de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. La finalidad era tener información que permitiera detectar este tipo de cáncer en etapas tempranas y reducir la mortalidad en esa área en particular, la cual presentaba un gran porcentaje de mujeres afroamericanas e hispanas. El estudio evidencia que este tipo de análisis proporciona información relevante para medidas de intervención por parte de las dependencias encargadas de brindar atención a la salud de la población.

Los sistemas de información geográfica y la percepción remota tienen capacidades idealmente convenientes para su uso en la vigilancia de enfermedades contagiosas y el control, especialmente muchas enfermedades transmitidas por vector y que a menudo se encuentran en poblaciones pobres ubicadas en áreas rurales remotas. Este tipo de sistemas son sumamente convenientes en donde la pronta ubicación de casos, la comunicación inmediata de información y la cartografía rápida de la dinámica de la epidemia, son esenciales. Sin embargo, hasta hace algunos años el uso de estos instrumentos en salud pública fueron limitados, debido en gran parte a dos problemas: el costo prohibitivo de hardware y la gran complejidad de software que hizo muy costoso extraer información pertinente a las demandas prácticas de la prevención y el control de la enfermedad<sup>12</sup>.

## Referencias bibliográficas

1. Pickenhayn J. Geografía para la salud: una transición [On line]. [Consultado 2009 septiembre 15]. Disponible en: <http://www.ffha.unsj.edu.ar/GeoMed/archivos/Documentos/Geograf%EDa%20para%20la%20salud.%20Una%20transici%F3n.pdf>.
2. Olivera A. Geografía de la salud. Madrid: Síntesis; 1993.
3. González M, Macías M, Andrade M. Relación entre geografía y salud pública. En Revista Sincronía Universidad de Guadalajara. Primavera del 2007.
4. Buzai G. La exploración geodigital. Buenos Aires, Argentina: Lugar; 2000.
5. Fernández P. Las técnicas SIG aplicadas al análisis de la distribución espacial de las enfermedades de declaración obligatoria. Boletín epidemiológico del Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. España: 2004.
6. Luzanía MS. Los sistemas de información geográfica como herramientas para la vigilancia epidemiológica. En Revista Altepepaktli: Salud de la comunidad. Marzo-septiembre 2005; 1 (1-2).
7. Delgado L, Córdova K, Rodríguez A. Contribution of geospatial technology in tropical medicine and International health applications. *Informedica journal*. Junio 2004; año III (IV).
8. Nuckols J, Ward M, Jarup L. Using Geographic Information System for exposure assessment in environmental epidemiology studies. *Environmental health perspectives*. 2004.
9. Kaminska I, Oldak A, Turski W. Geographical Information System (GIS) as a tool for monitoring and analysing pesticide pollution and its impact on public health. *Ann agric environ med*. 2004.
10. Jarup L. Health and Environment Information system for exposure and disease mapping and risk assessment. *environmental health perspectives*. 2004.
11. Roche L, Skinner R, Weinstein R. Use of a Geographic Information System to identify and characterize areas with high proportions of distant stage breast cancer. *Journal of public health management and practice*. Marzo.
12. Organización Mundial de la Salud. GIS and Public Health Mapping. [On line]. [Consultado 2005 diciembre]. Disponible en: [http://www.who.int/health\\_mapping/gisandphm/en/index.html](http://www.who.int/health_mapping/gisandphm/en/index.html).

# La mirada inocente: una reflexión sobre el estudio de la Gerontología en Venezuela

## (The Innocent Look: A Reflection on the Study of Gerontology in Venezuela)

Blanca De Lima Urdaneta\*, Jorge Jaber Ferretis\*\*

### Resumen

Este ensayo tiene como finalidad mostrar que la gerontología se nutre de dos discursos: el que exalta y valora la ancianidad y el que la estigmatiza. Se presenta la noción bíblica patriarcal del anciano y la noción heredada del pensamiento griego, mostrando cómo desde el advenimiento de la modernidad el anciano deja de ser percibido como sujeto y pasa a ser sólo un cuerpo en el cual se resume la exclusión. Todo el esfuerzo que culmina en la sobrevivencia de un número cada vez mayor de personas desemboca en su estigmatización. Sin embargo, el cuerpo anciano todavía vive, por tanto es objeto del imperativo moral vigente en occidente que obliga a cuidarlo. Este desarrollo es la base de una aproximación crítica a la práctica de los estudios universitarios de gerontología en Venezuela, revisando cuatro horizontes del problema: la semántica, la crítica metafísica, la crítica simbólica y la crítica política. Esta última permite dar cierre al ensayo y nos dice que el anciano ha comenzado a morir y que como tal debe aceptar su condición posthumana, es decir, convertirse en parte dócil de una dinámica social que resulta excluyente respecto de la vejez misma. En suma, se le exige asumir actitudes pasivas en respuesta a las de los profesionales encargados de velar por su integridad, y que en el caso venezolano resumimos en lo que llamamos "la mirada inocente": una actitud política asistencialista enraizada en lo académico que elude la problemática del geronte so capa de volcarse a él con una mixtura de conocimiento especializado y sentimientos de empatía, omitiendo los aspectos dolorosos y reduciendo el tránsito del envejecimiento a un proceso exitoso si el geronte, su familia y el gerontólogo logran una actitud positiva y predomina la prevención en materia de salud.

### Abstract

The purpose of this essay is to show that gerontology is supported by two ideas. The one that praises and appreciates old people and the other that stigmatizes. Both patriarchal biblical notion of old people and the notion inherited by the Greek are introduced in this paper, showing how since the advent of modernity old people are not longer perceived as a person and just becomes an excluded body. All the effort that culminates in the survival of a growing number of people leads to stigmatization. However the body of old people is still alive, that is why it is object of a standing moral imperative in west that compels to take care of it. This development is the basis of a critical approach to the practice of gerontological studies in Venezuelan universities, reviewing four problems: semantic, metaphysic criticism, symbolic criticism and political criticism. The latter allows us to finish the essay and tells us that old people have begun to die, so they must accept their posthuman condition. They have to accept becoming a docile part of a social dynamic turning out to be excluding with respect to aging itself. Simply put, old people are demanded to assume passive attitudes towards the professionals in charge of ensuring their integrity. In Venezuela this is called "the innocent look": an assistance political attitude originated in the academic aspect the ignores the problematic of old people under the guise of turning to them with a mixture of expertise mixture and feelings of empathy, excluding the painful aspects and reducing the aging transition to a successful process if old people, their families and gerontologists achieve a positive attitude and health prevention prevails.

**Palabras clave:** viejo, anciano, biopsicosocial, metafísica, política.

**Key words:** old, old people, biopsycosocial, metaphysics, political.

\* Docente asociado tiempo completo en el Programa de Gerontología. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Coro, Venezuela. [blancadelima@hotmail.com](mailto:blancadelima@hotmail.com).

\*\* Docente asistente tiempo completo en el Programa de Gerontología. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Coro, Venezuela. [jorgejaber@yahoo.com](mailto:jorgejaber@yahoo.com).

## Introducción

El presente ensayo es producto de un trabajo nacido tras años de participación como docentes en el Programa de Gerontología de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM), Coro, estado Falcón; única universidad que gradúa gerontólogos en Venezuela. Esta carrera, de nivel licenciatura, ha realizado un esfuerzo encomiable para construir una posición teórica que sin duda cristalizó en un discurso coherente. El Programa no mantiene polémica académica alguna con instituciones similares ni en su interior, situación que ha conformado un escenario que presenta la posición teórica del Programa como la única posible o cuando menos la óptima.

Este panorama, donde ningún argumento es refutado y donde todo aparece como solucionado, hace difícil profundizar, matizar y encontrar nuevos caminos al desarrollo teórico. La idea de que el planteamiento académico ofertado por el Programa está más allá de cualquier cuestionamiento, además de dificultar el enriquecimiento teórico, conlleva a la trivialización de la gerontología.

La finalidad principal de este ensayo es mostrar que la gerontología se nutre de dos discursos que aparecen como diametralmente opuestos, pero que –debido a un diálogo ya milenario– han terminado por mezclarse de manera tan abigarrada que en ocasiones resulta difícil distinguir uno del otro. Sin embargo, hay que recordar una y otra vez que la gerontología se nutre de una rica y apasionada discusión que enfrenta posiciones encontradas.

Así, este ensayo fija su atención en la unidad de contrarios formada por el binomio de las leyendas blanca y negra de la vejez, relacionadas con el estudio de dos palabras contrapuestas: vejez y ancianidad, que a su vez nutrirán los discursos antagónicos en la actual gerontología. Sin duda, se podrá objetar lo difuso que resulta el estudio de estas dos palabras, en realidad el estudio de una ambigüedad.

En nuestra defensa citamos a David Le Breton quien eligió como hilo conductor de su estudio sobre la modernidad al cuerpo. El sociólogo explica así su estrategia: se tomó –nos dice– un desvío por la etnología y la historia “...para poder investigar desde un ángulo insólito, y por lo tanto más

fértil, cierto número de prácticas, de discursos, de representaciones y de imaginarios relacionados con el cuerpo en la modernidad”<sup>1</sup>. Esperamos que la aproximación hecha a partir de este ensayo resulte tan fructífera como insólita.

## 1. El problema

El Programa de Gerontología de la UNEFM sustenta su práctica en lo que llamamos “la mirada inocente”, una actitud política asistencialista enraizada en lo académico que elude la problemática del geronte venezolano, a so capa de volcarse a él con una mixtura de conocimiento especializado y sentimientos de empatía que omiten los aspectos dolorosos y obliga a pensar el tránsito del envejecimiento como un proceso exitoso, siempre y cuando el geronte, su familia y el gerontólogo se sintonicen en una actitud positiva y predomine la prevención en materia de salud. Esta posición, lejos de contribuir a subvertir el orden social que menosprecia a la vejez, refuerza la condición de dependencia de los ancianos a la vez que potencia la visión de la juventud como un estadio omnipotente, concepción propia de la modernidad.

La base teórico-conceptual del Programa de Gerontología, siendo una carrera de corte social, se ha construido con conceptos tomados de la medicina y de los organismos internacionales relacionados con el tema de la vejez. El Programa entiende que los conceptos sancionados por instituciones internacionales como la ONU y la OMS son suficientes, por tanto no dialoga en su interior ni en el exterior y concibe innecesaria la maduración de un aparato crítico que no rebasa la polémica de la medicalización en la atención gerontológica y, a partir de ella, la crítica al accionar del Estado venezolano.

Por lo antes planteado, evita o reduce al mínimo la incorporación a su *pensum* de temas provenientes de disciplinas como la filosofía, la antropología, la economía, la historia y la sociología; eludiendo la crítica interna y la problematización del cuerpo teórico. Lo que resulta de esta perspectiva es una mirada inocente que oculta la tragedia que significa envejecer en Venezuela para un amplio sector de la población.

Para comprender lo que oculta la mirada inocente es necesario revisar cuatro horizontes del problema. En primer lugar la semántica, pues las palabras con que se enuncia el concepto ya contienen –en



potencia– los diversos discursos sociales. En segundo término la crítica metafísica, que contiene todos los horizontes y desde la cual se problematiza el supuesto básico del que parte la gerontología más tradicional: la escisión de lo humano en cuerpo y alma. En tercer lugar la crítica simbólica, que se funda en la concepción de que el ser humano se constituye como tal por mediación del trabajo con los símbolos, y que este trabajo se desarrolla con él y a través del cuerpo; siendo el cuerpo envejecido un instrumento y un símbolo que enuncia que el individuo ha comenzado a morir. Por último la crítica política, sustentada en la existencia de una política de edades que determina el concepto y significado de la vejez; esto es, que la sociedad controla “...el desenvolvimiento de los individuos en relación con el concepto de edad, en forma análoga a como pauta y determina el concepto de género”<sup>2</sup>.

## 2. La semántica

### 2.1. El sentido de las voces vejez/ancianidad

En una primera mirada el concepto vejez aparece como algo homogéneo y simple. Se trata de una voz circunscrita a cotas cronológicas: la senectud es lo que sobreviene a la adultez y es producto del paso por la infancia y la juventud, siendo la diferencia básica entre los extremos que al momento del nacimiento el ser carece de pasado; mientras en el momento de la muerte, la vida sólo es pasado y no posee ya posibilidad futura. Al indagar un poco en los dominios de la filosofía, la biología, la historia y la antropología aparece un campo signado por contrastes excluyentes que parecen coexistir bajo el paraguas de esa mirada superficial y en apariencia inocente.

En la medida en que el estudio de las palabras sea tarea compleja, sobre todo para quienes no somos versados en el campo, es razonable empezar por lo más simple: la sinonimia. Abordamos la serie ancianidad, vejez.

Para la Real Academia Española de la Lengua, la palabra anciano remite, entre otras acepciones, a una persona de mucha edad, a algo antiguo (que existe desde hace tiempo)<sup>3</sup>. La palabra viejo remite a la persona de edad, la que cumplió 70 años, a lo antiguo o del tiempo pasado, pero también a lo deslucido y estropeado por el uso<sup>4</sup>.

En el Diccionario de Sinónimos Castellanos, Roque Barcia distingue con mayor claridad; así, viejo se refiere a la edad y anciano a las cualidades del espíritu. El viejo se asocia con achaques, defectos, descalificaciones y temor; el anciano a la experiencia, a las cualidades del espíritu y personalidad, a la veneración y la virtud<sup>5</sup>.

Gili Gaya, a finales del siglo XX, también señala como sinónimo de anciano a viejo y acota que la primera: “...sólo se dice de las personas, no de los animales ni de las cosas”<sup>6</sup>. Cuando el autor razona vejez insiste en que ésta y vetusto se emplean para personas y cosas, pero amplía lo dicho con un elemento muy interesante para el presente estudio: “Ancianidad –dice– añade un matiz respetuoso”<sup>6</sup>.

Desde el campo de la etimología, Joan Corominas resume en forma admirable el sentido general de ambos términos: si la palabra anciano, que deriva de “ante” y se utiliza desde mediados del siglo XIII, transmite la noción de sabio y respetable; la voz vejez, en cambio, deriva del vocablo *vetus*, y tiene como sinónimos “deslucido” y “estropeado por el uso”, asociándose con el verbo vejar y sus derivados<sup>7</sup>. Con lo cual el DRAE se pliega a estas definiciones.

Este juego de espejos que une al anciano venerable y al viejo estigmatizado es motivo de reflexión para Simone de Beauvoir al estudiar la condición del anciano en el siglo XX. Ella explicó así esta dicotomía: “La imagen sublimada que se propone de ellos es la del sabio aureolado de pelo blanco, rico en experiencia y venerable, que domina desde muy arriba la condición humana; si se apartan de ella, caen por debajo: la imagen que se opone a la primera es la del viejo loco que chochea, dice desatinos y es el hazmerreír de los niños”<sup>8</sup>.

Resumiendo, tenemos que la palabra viejo está en relación con el orden físico en tanto se refiere al tiempo; anciano es un hecho social en relación con el orden político e implica una jerarquía superior. En suma, la primera se refiere al orden de lo material y la segunda a lo espiritual. Y como en tantos otros aspectos medulares de la cultura occidental esto nos retrotrae, una vez más, al pensamiento de Platón.

### 2.2. El vocablo “viejo” en Venezuela

Cabe precisar que en el ámbito venezolano se utiliza viejo (a) como apelativo de afecto. El Diccionario



de Venezolanismos precisa, en primer lugar, que sustituye a padre o madre; en segundo que "se usa en términos cariñosos entre amigos, familiares, etc., aunque sean jóvenes o para dirigirse a personas mayores a quienes se trata con familiaridad"; y, en tercero, que en los llanos es una "...criatura fantástica con que se asusta a los niños"<sup>9</sup>.

Por lo demás, encontramos que los derivados de vejez, cuando son referidos al ámbito sexual, tienen un sentido despectivo, tal como reporta el Diccionario Erótico de Venezuela; en éste, lo primero que llama la atención es la ausencia de voces derivadas de ancianidad, y que las varias provenientes de vejez: vejarana, vejestorio, viejo baboso, viejo (a) verde; sean notoriamente descalificadoras<sup>10</sup>.

A juicio nuestro, el uso de viejo tanto en el sentido afectivo como despectivo, en Venezuela en particular así como en Latinoamérica en general, lejos de desdecir la antinomia ancianidad-vejez se explica en el sentido de que, por giros propios del castellano en tierras americanas, la voz vejez recogió en sí misma la ambigüedad ancianidad-vejez. Sin embargo, cuando el hablante debe elegir entre las dos voces, vejez conserva su adscripción al orden físico espacial y ancianidad al social político.

### 2.3. Otras acepciones

En la conformación de las leyendas blanca y negra son importantes otras acepciones no directamente relacionadas con la semántica. En primer lugar la noción judía de anciano. Al respecto, lacub señala que la Enciclopedia Judaica Castellana indica que la palabra "anciano" es utilizada en el Talmud como "...expresión poética para designar a Dios (...), o para indicar que ÉL es anterior a Todo"<sup>2</sup>. Así, explica lacub, el pueblo judío entendía por vejez un saber sobre el colectivo mismo; sobre sus orígenes y modos de organización comunal: elementos primordiales de la cohesión étnica. Recuérdese que según sus anales descienden de una pareja de ancianos.

Por otra parte, en la Biblia una larga vida es una bendición. Dicho de otro modo, una vejez feliz era la recompensa que obtenía el individuo por el debido acatamiento de los principios comunitarios. Vista más de cerca esta problemática tenemos que las bondades implícitas en la noción anciano estaban enmarcadas en el modelo patriarcal, que suponía una estructura política en la cual el anciano o grupo

de ancianos estaban a la cabeza del pueblo. Hay que tener en cuenta que el significado literal de patriarcado es gobierno del padre. Al hablar de la ancianidad en los libros sagrados, Simone de Beauvoir nos dice que éstos: "...describen una sociedad patriarcal donde los grandes antepasados, a quienes atribuyen edades fabulosas, eran los elegidos y los portavoces de Dios"<sup>8</sup>.

Esta noción bíblica, previa a las voces castellanas de ancianidad y vejez, se desplegará en la patrística, en la alta y baja Edad Media y llegará a la actualidad, no sin antes transformarse incluso en extremos opuestos, siempre dependiendo del diálogo étnico y político de los pueblos.

### 3. La crítica metafísica

Desde el advenimiento de la modernidad la percepción común reduce a quien envejece a su cuerpo, al tiempo que lo desliga de su biografía. El anciano deja de ser percibido como sujeto y pasa a ser sólo un cuerpo en el cual se resume la exclusión. El cuerpo anciano todavía vive, por lo tanto es objeto del imperativo moral vigente en Occidente que obliga a cuidarlo. Obligación moral de gran importancia en el pensamiento judeo cristiano. De esta manera, la historia del envejecimiento oscila entre la reprobación y la conmiseración.

Es necesario precisar que a lo largo de la historia de Occidente la concepción del envejecimiento ha cambiado. Los primeros versículos de la Biblia establecen que la vida es buena por sí misma, de lo que una larga vida era consecuencia de la voluntad divina. De la tradición judía se heredó la noción del anciano venerable y el imperativo moral de cuidar su vida hasta el último instante. El pensamiento griego establece la conocida ecuación que iguala belleza con bondad y estas cualidades con juventud; se asiste a la exaltación de lo joven, de la cual se desprende un cuerpo de tensiones bipolares que conforman las nociones básicas del proceso juventud-senescencia.

Como fundamento de todo el aparato conceptual está la escisión entre cuerpo y alma, donde el erotismo y el amor de pareja se conciben como un llamado del cuerpo y el pensamiento filosófico como reclamo del alma. De aquí se considera que la vejez puede ser dichosa a condición de abandonar con prudencia los llamados placeres sensuales; será desventurada si persiste en el intento de satisfacer

placeres considerados juveniles. Otro eje imbricado es el representado por lo joven como símbolo de lo bello y la vejez de lo antiestético. De esta matriz se desprenderá, unida al pensamiento cristiano, la noción de que los viejos no desean ni aman y, por tanto, la prohibición social del anciano como sujeto deseante.

Un eje más es el de la dicotomía entre dioses y humanos, en que los primeros son perfectos en tanto no envejecen ni mueren, mientras los humanos están sujetos a la degradación por efecto del tiempo: degradación que conduce a la condición de estigmatizado. De aquí la noción del alma inmortal en oposición al cuerpo mortal, que instauró la ya muy larga tradición de desprecio al cuerpo envejecido.

Estas nociones se desplegarán tanto en la patrística como en la escolástica y sobrevivirán a la Revolución Industrial; perviviendo y ajustándose a los principios de la modernidad, llegando potenciados a nuestros días, aunque siempre en diálogo con la idea del anciano como un ser venerable.

De la misma manera, este juego de contraposiciones está en la base del actual criterio etario y de los postulados reductores de la vejez. En la medida en que envejece su experiencia y su memoria dejan de ser bienes apreciados por sus congéneres: "El anciano se desliza lentamente fuera del campo simbólico, deroga los valores centrales de la modernidad: la juventud, la seducción, la vitalidad, el trabajo. Es la encarnación de lo reprimido". Termina por ser ubicado al margen y en un lugar impreciso por una modernidad que "ya no sabe simbolizar el hecho de envejecer o de morir"<sup>1</sup>.

Por lo demás, este proceso tiene matices de género: la mujer vive de manera más acendrada este proceso. En ellas el eclipse corporal comienza con la infertilidad menopáusica; la mujer debe iniciar la convivencia con un juego de fachadas sociales y personales cada vez menos prometedoras en imagen y más difíciles de alcanzar y mantener. Los varones que envejecen suelen conservar un excedente de atractivo social.

Frente a este problema la gerontología tiene dos posibles caminos. El primero, partir de considerar que la vejez es la etapa de la vida en que la unidad de lo biológico y lo psicológico es más evidente y determinante que en cualquier otra etapa. Etapa en que, más que nunca, se hace conciencia del cuerpo:

"En el envejecimiento yo soy mediante mi cuerpo, y en contra de él; en la juventud, yo estaba sin mi cuerpo y con él. Cuando supere el estado de envejecimiento y entré a formar parte del ejército de los viejos, seré tan sólo cuerpo y nada más, cuerpo como progresiva pérdida de energía y como aumento de sustancia: hasta que, en el momento en el cual incluso la sustancia llegue a descomponerse en sus elementos, yo ya no seré yo ni ninguna otra cosa"<sup>11</sup>.

El otro camino posible, el elegido por el Programa de Gerontología, consiste en pensar la vejez desde la escisión: cultivar un alma joven en un cuerpo envejecido; cuerpo que, a efectos prácticos, queda bajo el poder de lo gerontológico, que en este caso se asume como un apéndice del saber médico, el cual termina por ser ejercido con los parámetros de vigilancia y castigo descritos por Foucault. De esta manera, la idea de la inmortalidad del alma se convierte en la esclavitud voluntaria del anciano, quien convencido de que posee un espíritu eternamente juvenil, delega en los otros el cuidado de su cuerpo, tal vez sin reparar en que quien delega en otro el cuidado de su propio cuerpo renuncia a su condición de sujeto.

### 3.1. La crítica metafísica y el Programa de Gerontología

Paradójicamente, el discurso académico del Programa de Gerontología parte de una postura que dice ser crítica de las políticas y los programas sociales que el Estado venezolano ha aplicado a lo largo de décadas; y crítico con las distorsiones que desde el campo de la medicina se ciernen sobre la gerontología. Para esto muestra cifras reveladoras de la transición demográfica y asegura avanzar hacia una visión transdisciplinaria para instalarse en un modelo nacido y desarrollado en el área médica: el biopsicosocial<sup>a</sup>, al que se han adicionado de manera no estructural y en forma progresiva otros conceptos como ética, equidad, bienestar, espiritual y envejecimiento exitoso.

<sup>a</sup> El modelo biopsicosocial se presenta como un modelo holístico de salud-enfermedad, que busca superar el llamado modelo biomédico. Tiene su basamento macro en la teoría general de sistemas. Procede del campo de la psiquiatría, siendo su creador Georges L. Engel (1913-1999), quien propuso una explicación para la enfermedad psicosomática que rebasara los términos bioquímicos, cuestionando así el modelo biomédico.

Esta herencia teórico-conceptual se comprende por haber sido creada la carrera por médicos y estar inserta, desde sus orígenes, en el área de Ciencias de la Salud, aunque el profesional tenga un perfil social. La adición progresiva de categorías intenta un deslinde infructuoso con la matriz que marcó su nacimiento y la orienta hasta la actualidad, deslinde que fracasa porque no se reflexiona la pertinencia de las categorías, los paradigmas que las soportan, ni la forma en que se utiliza académicamente el modelo biopsicosocial, ante el cual nunca se ha asumido una actitud de reflexión, como sí se ha hecho ya en el área médica<sup>b</sup>.

La propuesta del Programa de Gerontología se soporta en el envejecimiento con bienestar o envejecimiento exitoso, unido al envejecimiento activo; todo ello para configurar un envejecimiento sano que se administra a través de programas abiertos diseñados, ejecutados y evaluados por los gerontólogos. Pero las nociones de bienestar, éxito, salud y actividad, tal como se administran en la formación del gerontólogo venezolano, en realidad significan lo contrario a la restitución del sujeto.

El gerontólogo niega al ser deseante que hay en cada anciano y lo reduce al cuerpo como proceso. Queda limitado a un profesional muy útil en función de las necesidades del Estado, pero incapaz de reflexionar el problema de la vejez en toda su complejidad. Así, el gerontólogo en Venezuela está impedido para ver que: "La imagen del cuerpo no es un dato objetivo, no es un hecho, es un valor que resulta, esencialmente, de la influencia del medio y de la historia personal del sujeto. No hay nunca apreciación bruta de las sensaciones del cuerpo, sino desciframiento, selección de los estímulos y atribución de un sentido"<sup>1</sup>.

El resultado final ha sido un discurso contradictorio, donde los conceptos se definen, pero no se estudia su significado, se obvian los cambios que en el nivel subjetivo marcan la vejez –ocultos en la idea de la mente siempre joven–, y se traslada el problema corporal al campo de la promoción de la salud y la medicina preventiva –el envejecimiento saludable–. El cuerpo del placer se olvida y se impone el cuerpo de la salud.

<sup>b</sup> Un reciente y valioso aporte al área médica lo hace Juan Manuel Gasulla Roso en su artículo *Crítica y alternativa formal al modelo biopsicosocial de enfermedad según Engel, ubicable en psiquiatría.com*.

#### 4. La crítica simbólica

Decía Montaigne que "El fruto más acabado de mi salud es el placer"; sin embargo, acota Savater: "...hoy parece que se han invertido las tornas, no se considera sano lo que produce placer, sino más bien placentero lo que produce salud"<sup>12</sup>. ¿Y salud para qué sino para vivir más? ¿Y cuál es el sentido de vivir más si al final se debe soportar la vejez como un estigma?

Asegura Gil Calvo, cuando discute qué indicadores de desarrollo y modernización se tienen para mostrar el cambio ocurrido de fines del siglo XIX a nuestros días, que sólo dos cuentan en su haber con casi total unanimidad: "el crecimiento exponencial de la población y (...) el asombroso incremento de la longevidad humana"<sup>13</sup>. En los países más industrializados la esperanza de vida pasó de los 30 o 35 años a comienzos del siglo XX, a cifras actuales de 77 años en promedio, siendo de 74 años para los hombres y 81 para las mujeres. Ello ha incrementado de manera notoria el porcentaje de ancianos, que alcanza a 16% contra apenas 17% de menores de quince<sup>14</sup>.

Y, precisamente, en estos escuetos datos está encriptada buena parte de la contradicción. Por un lado todo el esfuerzo humano que culmina en la sobrevida de un número cada vez mayor de personas y, por el otro, la estigmatización de esas mismas personas. Se trata del sinsentido del esfuerzo médico y sanitario mundial, ahí donde éste es exitoso, que al parecer lo único que logra es producir ancianos que pasan a considerarse estorbos. Goffman los califica de "desviados normales"<sup>15</sup>.

Así, tenemos por un lado una sociedad que exalta y valora la juventud por sobre todo: el cuerpo atlético y sano, asociado al desarrollo vital y fachadas sociales aprobatorias, a lo que se suma el imperativo de suprimir todo lo que llame al envejecimiento. El anciano se enfrenta a una imagen de su cuerpo, es decir, a una representación personal que no concilia con su esquema corporal: "El modelo cultural vigente condiciona desde dónde el individuo buscará satisfacer el requisito narcisístico de ser reconocido y valorado (...) Ese cuerpo decepciona al sujeto en la medida que supone la desilusión del otro"<sup>16</sup>.

Pero como el paso de la adolescencia a la adultez y de ésta a la vejez es por demás difuso, lo que

resulta determinante es cuándo se deja de ser percibido como joven por los demás; pues se parte –sobre todo después del triunfo de la modernidad– de que el ideal supremo es mantener la apariencia juvenil hasta el momento mismo de la muerte. Y ese tránsito, que puede durar décadas, suele vivirse de modo angustioso, pues el ser humano se constituye como tal por mediación del trabajo con los símbolos; y este trabajo se desarrolla con él y a través del cuerpo. De esta manera, el cuerpo envejecido es ya un instrumento y un símbolo que enuncia que el individuo ha comenzado a morir. Se trata, entonces, de un viejo –ese ser instalado en la posthumanidad de que nos hablan Dutch y Mèlich– que sufre y que simboliza la vejez asociada al dolor<sup>11</sup>. Y es este el dolor que cubre con delicados eufemismos la mirada inocente.

En suma, las actitudes compasivas que reducen al anciano a receptor pasivo sólo de ternura, apoyadas en la mirada inocente, en realidad excluyen al anciano de la esfera de las pasiones y lo presionan para que acepte nuevas reglas de juego. Quien envejece libra una permanente lucha entre el deber ser social y sus capacidades y potencialidades. Bien dice Jankélevitch que el envejecimiento es una muerte diluida<sup>11</sup>.

## 5. La crítica política

La política de edades coloca a cada cohorte etaria en su lugar específico; le asigna derechos y deberes, le dice a qué acceder y a qué no. La edad es uno de los lugares privilegiados del ejercicio del poder.

Buena parte de la teoría social gerontológica gira alrededor de proponer con base en analizar y/o criticar la política de edades. Sólo rescataremos dos ejemplos que cubren un amplio tramo histórico de su desarrollo. La teoría del retraimiento, de Cummings y Henry, es, tal vez, la más clásica justificación de la segregación a partir de la edad y cómo esta renuncia del viejo a todo lo que no sea prepararse para morir es deseable y aceptada en forma mutua por la sociedad y el individuo que avanza en la edad. La teoría del intercambio en la vejez, de James Dowd, nos propone visualizar el problema a partir de una sociedad cuya dinámica arroja un viejo con menos recursos (ingresos, educación, salud...), –es decir, menos poder–, interactuando en desventaja contra jóvenes que concentran los recursos que él ha perdido, trayendo como resultado la retracción social de la gente mayor.

La política de edades puede visualizarse como una campana de Gauss, ubicándose en sus extremos la infancia y la vejez. Pero a diferencia del niño, ser pleno de derechos que se incrementan a medida que avanza hacia la juventud y adultez, la política de edades es reductiva respecto a la vejez. Recordemos en este sentido a Goffman y su análisis del paso de desacreditable a desacreditado, culminando en el estigma social<sup>15</sup>. Nosotros agregamos el concepto de renuncia.

La edad reflejada en el rostro y cuerpo es uno de los ejemplos más gráficos sobre la política de edades y el concepto de desacreditado; el individuo tratará de ocultarla porque la edad avanzada niega posibilidades para la educación, el trabajo, la sexualidad y otras. A diferencia de otros desacreditados, que devienen en dicha categoría por circunstancias fortuitas (accidentes, enfermedades) o porque desde su nacimiento poseen la desventaja biológica o social que los enmarca en dicha categoría (color de la piel, pobreza), el adulto mayor viene de una prolongada condición de “normalidad” social. Ha vivido todas sus edades bajo la condición de individuo socialmente aceptado y posee una autoimagen en cuya construcción ha invertido toda su vida. Diversos sucesos de distinto orden le van haciendo transitar hacia la categoría de desacreditado, en la medida que no puede ocultar su vejez, que tiene un alto grado de visibilidad social y corporal.

La visibilidad social se relaciona en forma directa con la identidad social y la adquisición de ciertos estatus. La visibilidad corporal con los cambios que la imagen del cuerpo vivencia a medida que se avanza en la edad. Muchos de ellos son cambios graduales y que pueden anticiparse, pero los hay también inesperados; y siempre influyen sobre la autoimagen y la autoestima. La tendencia del medio social es hacia el reflujo en función de la política de edades. Al extremo, lo que deberían ser cambios parciales de tipo orgánico o social, son elevados por la dinámica social a cambios totales y anulatorios.

La crisis es obvia: el anciano se ve a sí mismo de una forma, mientras la sociedad lo ve de otra y le exige comportarse acorde con su edad. ¿Y qué es comportarse en la edad avanzada? Comportarse es renunciar. Quien envejece va sumando desventajas de todo orden, que provienen de un discurso de renuncia a lo que fue –según la sociedad– y a lo

que es –según él mismo–. La política de edades impone centrarse en el estado de salud y retraerse de placeres, funciones y derechos que, debe entenderse, son propios y sólo propios de las edades juveniles y adultas. El espacio vital se empequeñece.

En la política de edades, los viejos renuncian a las pasiones para centrarse en placeres espirituales y corporales centrados en la preservación de la salud. Se les exige prudencia y ésta debe entenderse como la renuncia a los llamados placeres sensuales y el acatamiento de su condición de gente mayor.

La política de edades nos dice que el individuo ha comenzado a morir y que como tal debe aceptar su condición posthumana, sólo le queda al anciano aceptar convertirse en parte dócil de una dinámica social que resulta excluyente respecto de la vejez misma. En suma, se le exige asumir actitudes pasivas en respuesta a las actitudes compasivas de los profesionales encargados de velar por su integridad. Los gerontes omitirán su tragedia y los gerontólogos le mirarán con la mirada inocente.

## Referencias bibliográficas

1. Le Breton D. Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Nueva Visión; 2006.
2. Iacub R. Erótica y vejez. Perspectivas de occidente. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós; 2006.
3. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vol. 1. 22ª ed. España: Real Academia Española; 2001.
4. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vol 10. 22ª ed. España: Real Academia Española; 2001.
5. Barcia R. Sinónimos castellanos. 13ª ed. Argentina: Sopena S.A.; 1974.
6. Gili S. Diccionario de sinónimos. 7ª ed. España: Bibliograf S.A.; 1978.
7. Corominas J. Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. 1ª reimpresión. Madrid: Gredos; 1976.
8. De Beauvoir S. La vejez. 3ª ed. Buenos Aires: Sudamericana; 1980.
9. Tejera MJ. Directora. Diccionario de Venezolanismos. Vol. 3. 2ª ed. Caracas: UCV-Academia Venezolana de la Lengua-Fundación Edmundo y Hilde Schnoeggass; 1993.
10. Salazar M. Diccionario Erótico de Venezuela. Caracas: Vadell Hermanos; 2001.
11. Duch L, Mèlich JC. Escenarios de la corporeidad. Antropología de la vida cotidiana. Vol. 1. España: Trotta; 2005.
12. Savater F. Las preguntas. En Gil Calvo, Enrique. Editor. Los placeres. Éxtasis, prohibición, templanza. España: Tusquets; 1992.
13. Gil E, Homo Faustus. En Gil Calvo, Enrique. Editor. Los placeres. Éxtasis, prohibición, templanza. España: Tusquets; 1992.
14. Population Reference Bureau. Cuadro de datos de la población mundial 2008. EUA: Edición PRB; 2008.
15. Goffman E. Estigma. Argentina: Amorrortu Editores; 1970.
16. Fajn S, Knopoff L, Picoli C, Zarebski G. Psicología de la función del cuerpo en la vejez. Página 12 [periódico on-line] 2000 oct. 26 [acceso 07-01-2009].
17. www.Pagina12.com.ar/2000/suple/psico/00-10/00-10-26/psico01.htm.

# Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez\* (Self-perception of Aging in Elderly People)

Sagrario Garay Villegas\*\*, Rosaura Ávalos Pérez\*\*\*

## Resumen

El objetivo de este artículo es aproximarse a los significados y las percepciones que tienen los adultos mayores sobre esta etapa de su vida. Para ello utilizaremos herramientas de carácter cualitativo y cuantitativo. Nuestra pretensión de usar ambos métodos es contar con la visión de la población con 60 años o más sobre aspectos relacionados con su salud física y mental, pero también indagar los factores que estarían influyendo en dicha percepción. Los resultados encontrados revelan que existe una asociación muy cercana entre la percepción sobre la salud física y el estado mental de las personas adultas mayores.

## Abstract

The objective of this paper is to approach to the meanings and perceptions that oldest people have about their age. Qualitative and quantitative methods were used. The reason why both methods were used is because we want to know the viewpoint of people 60 old years or older, the aspects related to their physical and mental health. We also want to determine those factors that could be influencing their perception. The results show a closer association between the perception about physical and mental health of the oldest.

**Palabras clave:** vejez, significados, salud mental, salud física, felicidad.

**Key words:** aging, meanings, mental health, physical health, happiness.

## Introducción

En los estudios que abordan los temas de la vejez y el envejecimiento, desde diferentes perspectivas

se ha hecho énfasis en la heterogeneidad de ésta según edad, género, clase social, etnia/raza, lugar de residencia, entre otros. Lo anterior nos ha dado la pauta para ser conscientes de que la forma de mirar y entender la vejez, tanto para las personas adultas mayores como para quienes los rodean, dependerá de diversas condiciones económicas, de salud y del contexto en el que se encuentra la población con 60 años o más.

Asimismo se ha señalado que la concepción que tenga cada persona de sí mismo se reflejará en el comportamiento del individuo tanto en el presente como en el futuro. De la misma manera, el significado que le atribuyamos a la vejez se asocia estrechamente con nuestra propia experiencia, que se deriva de la de otros y de nosotros mismos<sup>1</sup>.

En este trabajo nos enfocaremos al análisis de la percepción que tienen hombres y mujeres adultos mayores sobre la etapa en la que se encuentran actualmente. Cuestión que abordaremos a partir de dos situaciones centrales: la primera se refiere a algunos rasgos en el debate teórico acerca de las representaciones sociales, la autopercepción y la autoconcepción que se tienen sobre la vejez. En segundo lugar, nos aproximaremos, a través de algunos testimonios y datos cuantitativos, a la autopercepción que tiene la población mexiquense con 60 años y más sobre su vejez.

## El sentido social e individual de la vejez

El estudio del envejecimiento y de la vejez han sido ampliamente abordados desde diferentes disciplinas; sin embargo han quedado vetas sin explorar en torno a esta temática. Una de ellas es la percepción que se tiene sobre la vejez, en

\* Agradecemos los valiosos comentarios a versiones preeliminares de este documento realizados por la Dra. Verónica Montes de Oca.

\*\* Profesora investigadora en el área de posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano. Universidad Autónoma de Nuevo León. sgarayv@colmex.mx.

\*\*\* Estudiante del doctorado en Antropología Social de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional Autónoma de México. rosaura\_avalos@hotmail.com.



ese sentido quizá sea importante preguntarnos dos cosas: en la condición de viejo en nuestra sociedad ¿qué elementos interactúan en la generación de la autopercepción? y ¿cómo se autoperceben los viejos como viejos?, de manera concreta en la población del Estado de México.

El primer cuestionamiento nos lleva a incursionar en los elementos teóricos sobre la manera en que los aspectos sociales propician o determinan, en su conjunto, las creencias compartidas de ser viejos – sobre todo entre ese conjunto de personas a las que se les ha considerado como adultas mayores–. La segunda interrogante implica adentrarse en el mundo subjetivo de las concepciones individuales y explorar la imagen que cada persona tiene de sí misma, siempre teniendo en cuenta que ésta dependerá de aspectos cognoscitivos y afectivos, mismos que influyen en el comportamiento y la actitud que se tiene ante la vida<sup>2</sup>. En ambos casos, sin pretender una disertación exhaustiva, apuntaremos algunos elementos que nos permitan entender con mayor claridad la situación de autopercepción en la vejez.

#### *La vejez y los aspectos sociales*

El ser humano no puede pensarse a sí mismo sino como un miembro de una colectividad que constituyen sus grupos de referencia y de pertenencia; así, apunta que el propio individuo depende del grupo que le rodea. En ese sentido, sus referencias están circunscritas a su grupo y, en sí, a sus grupos de los cuales forman parte las personas adultas mayores. En esa lógica resulta muy acertado que en algunos estudios se señale que el problema no es la edad sino lo que la gente hace con ella<sup>3</sup>.

Monchietti y Sánchez<sup>4</sup>, en un estudio realizado en la ciudad de Mar de Plata, Argentina, sobre la génesis de la representación social de la vejez, señalan que se ha acordado en las diferentes teorías y tradiciones investigativas la existencia de conocimientos, ideas, creencias, que en su conjunto pertenecen a la experiencia socialmente compartida y que se plasma en un mundo simbólico asimilable por el psiquismo individual desde muy temprano. No dejamos de señalar que en ese mundo simbólico se ven involucrados dos cuestiones: un proceso sociohistórico; y el curso de vida que las personas experimentan incorporando con ello ese conjunto de ideas, conocimientos y creencias en torno a la vejez de los otros y de la propia.

En la temática de las representaciones, Moscovici (1979) plantea que las representaciones sociales son un repertorio de conceptos, creencias, valoraciones y actitudes que se van originando en el intercambio discursivo y que conforman un saber común. Además de que ciertos contenidos les dan estabilidad, pero que al mismo tiempo les confieren rigidez. Todo ello es sometido a un proceso de continua transformación, mediante el diálogo y las prácticas sociales que orientan a los sujetos en sus transiciones del presente hacia el futuro. De ahí que las representaciones sociales reflejen prácticas sociales y, al mismo tiempo, determinen la aparición de nuevas prácticas.

El discurso que los viejos dan a conocer acerca de ser viejo permite dos cosas. La primera, darnos cuenta de las creencias y valores que tienen ante la vejez de sus antecesores (si es que los hubo); y la segunda, las actitudes que toman ante este proceso de su vida. Ambos fenómenos están ampliamente incididos por los cursos de vida que les ha correspondido experimentar y que dan cuenta de la heterogeneidad de las formas de asumirse como viejos.

Beauvoir (1983; citado en Proust, 2002) apunta que para cada individuo la vejez significa una degradación que él teme; de ahí que señala que la actitud inmediata es negar la vejez. La reacción que existe en diferentes culturas contra la presencia de la enfermedad, del dolor, de la pérdida de la fuerza, de la impotencia y demás, trata de ocultarse mediante diferentes prácticas culturales que llevan a cabo sus miembros.

Es importante mencionar que en esta configuración de las representaciones entran en juego la configuración subjetiva de la vejez a la luz de un contexto sociohistórico en el que las prácticas socioculturales marcan las pautas para entenderse, verse y asumirse como viejos dentro de un grupo social.

De manera particular se ha observado que los viejos piensan que los jóvenes los perciben como personas no útiles y molestas, por lo que prefieren ignorarlos y marginarlos. Pero también están aquellos que encuentran manifestaciones de respeto y actitudes afectivas por parte de los más jóvenes<sup>5</sup>.



## *La apreciación de la vejez por los viejos*

Desde una perspectiva psicogerontológica se ha señalado que “en la vejez se intensifica el declive del yo, derivando en una pérdida de identidad, baja autoestima y descenso en las conductas sociales”<sup>6</sup>. Otros estudios sugieren que si no existen alteraciones drásticas de la vida y en las actividades cotidianas, entonces no tendría por que presentarse una autopercepción negativa<sup>7</sup>. Inclusive se sugiere inmiscuirse en actividades de recreación o de convivencia para autoconceptuarse de forma positiva.

La vejez también es vista como la etapa de las pérdidas, tanto físicas como mentales; surge además, la necesidad de depender de otras personas para realizar actividades que antes hacían de manera independiente. Al respecto se pueden señalar varios ejemplos de pérdidas: el retiro de la actividad económica, la muerte de la pareja o seres queridos, el deterioro de la salud, entre otras. Acontecimientos que están muy ligados con la forma en cómo se perciben las personas mayores.

Es decir, uno de los principales problemas entre la edad, la autoconcepción y la autopercepción que tienen las personas es la idea de concebirse como viejos, sobre todo porque esta etapa se estereotipa con la disminución de capacidades, posibilidades y actividades<sup>8</sup>.

En un estudio realizado a un grupo de personas con 50 años o más, se observó que al pasar los 75 años los niveles de autoestima negativa son mucho más altos en comparación con edades menores. Es posible asociar este resultado con eventos tales como la situación económica, los conflictos familiares y personales, la muerte de personas cercanas, la soledad, la enfermedad, la jubilación; todas ellas son cuestiones que se vuelven de difícil solución para los adultos mayores<sup>1</sup>.

Por otro lado se ha indicado que existen algunas personas adultas mayores que ven cosas positivas en esta etapa de su vida como el tiempo libre y el descanso. A su vez, entre los aspectos más importantes en su vida está su salud, la pérdida de la memoria, la soledad y la falta de independencia. También se encuentra que las mujeres perciben de manera más negativa su situación en comparación con los hombres. A esto se suma el que los adultos mayores perciban que el resto de la sociedad les

asocie connotaciones negativas al concebirlos como no productivos y dependientes<sup>5,8,9</sup>.

Diversos estudios, de corte antropológico, se han realizado con la finalidad de profundizar en el conocimiento de la vejez; pero aquellos que exploran la autopercepción son los menos y con muy poca profundidad. Se podría considerar entre ellos el realizado por Cantú (2003), en el que hizo referencia al análisis del curso de vida de varios ancianos pertenecientes a una misma generación, para indagar y discernir acerca de la manera de enfrentar el envejecimiento y los apoyos sociales con los que se cuenta en esa etapa de la vida. En este estudio se cuestionó sobre qué ha significado envejecer entre la caña y el café para un grupo de viejos pobladores de una localidad del estado de Veracruz. Nos brinda elementos en tanto resultados como el que los viejos experimentan la disminución en varios sentidos de recursos; de relaciones sociales; de actividades a causa de las enfermedades, entre otras. Aspectos que no son de peso para saber puntualmente qué le ha significado al adulto mayor envejecer entre la caña y el café.

De ahí, la necesidad de contar con estudios que permitan explorar y comprender la manera en que se auto perciben los viejos, desde su propio testimonio o bien, como en este caso, con el uso de palabras claves que se acerquen a lo que consideran su propia imagen de ser viejos.

La vejez, aun siendo parte del proceso de vida del ser humano, se enfrenta a la construcción de estereotipos fuertemente caracterizados por atributos negativos, asociados con improductividad, ineficiencia, enfermedad, decrepitud, fragilidad, dependencia y exclusión<sup>5</sup>. Ante ese escenario, la posibilidad de que exista una situación de igualdad, de integración y de cohesión social, se ve cada vez más lejana. El reto es doble, pues primero se debe conocer que es ser viejo en el Estado de México; el segundo es hacer frente a la injusticia y a la falta de oportunidades generadas por imágenes negativas que el colectivo estructura hacia las personas adultas mayores.

## **“Como me ves te verás”: significados, percepciones y concepciones de los actores sociales sobre su vejez**

Como hemos visto la vejez es una etapa de la vida en la cual se hace frente a diversas circunstancias

personales, familiares, laborales y culturales, mismas que afectan la percepción de los hombres y mujeres adultos mayores. Es decir, no se puede tener una única autoconcepción de la vejez, pues dependerá de las vivencias y los aspectos socioculturales de cada individuo<sup>2</sup>.

En la entidad mexiquense buscamos aproximarnos de manera cuantitativa y cualitativa a algunas de las representaciones subjetivas que tienen las personas con 60 años o más sobre su condición de vejez. A través de la Encuesta Sobre el Envejecimiento Demográfico en el Estado de México (2008) rescatamos cuestiones asociadas con la percepción sobre el estado físico y emocional de dicha población; ambos aspectos nos aportarán elementos importantes para el análisis de este tema, mismo que se conjuntará con algunos testimoniales de la población adulta mayor<sup>a</sup>.

#### *La percepción sobre la salud física y emocional*

El estado de salud (físico y mental) es un elemento que ha mostrado tener efectos importantes en la vida personal y de sus familias<sup>11</sup>. Desde el punto de vista médico se ha observado que la coexistencia de un estado psicológico deteriorado con algún tipo de enfermedad acelera la muerte. Por ejemplo, se menciona que las personas que han sufrido infartos tienen mayores probabilidades de fallecer cuando padecen depresión. Además, la población con depresión tiende a ser más propensa al suicidio y esto es más común en la gente en edad avanzada que en la más joven<sup>12</sup>.

La percepción<sup>b</sup> de hombres y mujeres con 60 años y más en el Estado de México sobre su estado de salud es gozar una salud regular y buena, aunque destaca que 20% declaran malas

condiciones de salud. Los altos porcentajes en las primeras dos categorías no necesariamente implica que correspondan a personas sin padecimientos diagnosticados médicamente. Recordemos que la declaración de los adultos mayores sobre su estado físico a veces subestima ciertas enfermedades. Un ejemplo es el testimonio obtenido de una persona adulta mayor cuando se le preguntó sobre las enfermedades que padece: “[¿Tiene alguna enfermedad?] Ah no [...], ahorita la diabetes” (Carmen, 60 años). Como vemos en un primer momento se omiten los problemas de salud y después se reconoce algún padecimiento sin otorgarle mayor importancia, esto es más frecuente cuando sólo se pregunta sobre el estado de salud en general.

Esto nos lleva a pensar dos cosas. La primera, en la falta de un diagnóstico temprano para la atención de los diferentes padecimientos que pudiesen presentar las personas adultas mayores. La segunda, en tanto al tratamiento y a la propia enfermedad, conforme pasa el tiempo, son más complejos ante el proceso natural del padecimiento o las múltiples enfermedades. Todo ello repercute en la calidad de vida y en la economía familiar.

Pero ¿cuál es la percepción que las y los viejos del Estado de México tienen en cuanto a su salud? En la ESEDEM (2008) se estipuló cierta escala en la cual ellos asignarían, desde su perspectiva, su estado de salud. Se obtuvieron los siguientes resultados (cuadro 1).

Cuadro 1. Percepción de la población adulta mexiquense mayor sobre su estado de salud actual

<p>7.3 % DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES MEXIQUENSES DECLARARON TENER UN EXCELENTE O MUY BUEN ESTADO DE SALUD</p>
<p><i>“Doy gracias a Dios de que pues no estoy enferma de nada, no tengo nada, camino, corro, hago todo muy bien gracias a Dios. Pero veo, de aquí donde estoy veo personas que de mi edad a veces ya no pueden ni moverse, pobrecitas ya no se pueden mover, tienen enfermedades, no sé si será la calidad de vida que llevaron o no sé, pero si a veces yo digo bendito Dios yo a mi edad me siento joven”. (Angélica, 64 años.)</i></p>

<sup>a</sup> Los testimonios presentados se derivan de artículos realizados por las autoras y la Dra. Verónica Montes de Oca, el Dr. Telésforo Ramírez, la Lic. Ana Lilia Zarco, Mariana Madrigal y Ana Iris Hernández. A todos ellos les agradecemos su confianza en proporcionarnos las entrevistas realizadas en sus investigaciones individuales. Cabe decir que los estudios de caso se llevaron a cabo en distintos municipios del Estado de México pero no son representativos de algún universo.

<sup>b</sup> Hablamos de percepción sobre la salud porque la pregunta que se realiza (¿su salud es...?) se asocia principalmente a la declaración de las personas y no a un diagnóstico médico. Lo mismo sucede con la cuestión mental, ésta no se visualiza desde una postura médica sino más bien es un acercamiento sobre las percepciones, los estados de ánimo y la situación emocional que visualizan los adultos mayores.

33 % DE LA POBLACIÓN CON 60 AÑOS O MÁS MENCIONARON QUE CONTABAN CON BUENA SALUD

*"Gracias a Dios yo hasta ahorita estoy bien de salud, tengo achaques, claro como todos, lo que si digo, es que la vejez la noto, en mí, porque los años ya no lo dejan hacer lo que hace uno cuando es joven, pero que sí, sí, sí pues sí, el cargar bultos pesados que con fuerzas lo hace uno, pero ya no como entonces..." (Angélica, 64 años.)*

42 % DE LOS HOMBRES Y MUJERES ADULTOS MAYORES CONSIDERARON QUE SU SALUD ERA REGULAR

*"La verdad voy sufriendo, sintiendo más cansancio, qué será de mí en dos o tres años; si Dios me da licencia serán más años encima de mí. Voy a sentir más cansancio, estaré vencida, sentada ya no podré moverme. Es triste o alegre, según cómo usted la tome, sólo Dios sabe cuánto tiempo más me dará licencia de vivir, lo voy a tomar como Dios lo mande". (María, 72 años.)*

SÓLO EL 17.5 % DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES RECONOCIERON TENER MALA SALUD

*"... Pues este... viera que el dolor así, no me deja dormir el ardor, me volteo para un lado, me volteo para el otro y me sigue el ardor, entonces hasta hago un lado mis cobijas para que me pegue poquito el airecito, así ya pa' poder dormir tantito, pero ya me cala el frío, me vuelvo a tapar y de vuelta los dolores". (Polo, 56 años.)*

Como se observa, es alto el porcentaje de adultos mayores que señalan un deteriorado estado de salud, en comparación con aquellos que lo indican como excelente. Por otro lado, existen ciertos aspectos que denotan el estado mental en el que se encuentran las personas adultas mayores mexiquenses. Destacándose que más de 40% de población con 60 años o más declare sentir algunas veces nerviosismo o depresión (gráfica 1). Situaciones muy relacionadas con sus condiciones y experiencias pasadas y presentes: "Muchos yo creo ven que este [...] como adultos mayores se ven como yo, que le estoy platicando, se sienten útiles, se sienten que [...] puede uno hacerla. Hay otros compañeros jubilados de la tercera edad, que según sus problemas yo pienso, según su vida, se sienten mal, están mal, por esa razón, porque ¿qué lo motiva a uno a ser así? Se sienten solos, deprimidos pero eso es, yo [...], yo, no dejarse decaer" (Justino, 78 años).



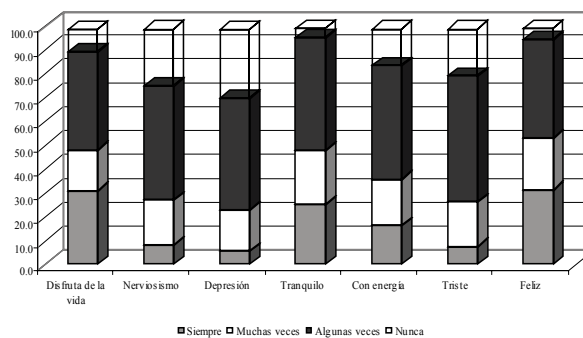
Foto tomada por: Sagrario Garay

De la misma manera resalta la proporción de personas con 60 años o más que algunas veces se sienten tristes (gráfica 1). Es posible que exista un mayor reconocimiento sobre la tristeza en contraste con la depresión, lo cual en parte se debe al entendimiento del primer término y a que el segundo es una condición que debe diagnosticar el personal médico.

*Qué es para mí la vejez y el envejecimiento, una etapa donde ya va a tener un término, ya no hay 'retrocedencia'. Las condiciones de vida de aquel ser que ya está viejo y que ya no tiene fuerzas para mantenerse, donde no se puede hacer nada. (Beto, 60 años.)*

La vejez no siempre se asume de manera negativa, también existen personas que viven esta etapa con gusto y optimismo. 31% de estas personas disfrutaban a menudo de la vida (gráfica 1), inevitablemente esta forma de percibir la vejez se asocia muchas veces con el estado de salud en el que se encuentran las personas adultas, mismo que al ser óptimo les permite mantenerse activos e influir en su visión sobre esta etapa de su vida: "...yo voy a seguir viviendo igual, sé sembrar la cosecha, toda la verdura. Mientras yo tenga esa sabiduría sé que no voy a sufrir. Sé sembrar chile, cebolla, jitomate, tomate, sé que aunque sea dos o tres matitas, sé que voy a tener que comer". (Sabino, 60 años.)

Gráfica 1. Percepción de las personas con 60 años o más sobre diversos aspectos de su vida, Estado de México, 2008



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Sobre Envejecimiento Demográfico en el Estado de México (ESEDEM), 2008. Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población (CIEAP), Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM).

A su vez, más de 50% se sienten felices con frecuencia, quizá por el contexto en el que viven y por la forma en cómo se fueron aproximando a esta etapa.

*Pues la vejez yo siento que es el proceso de la vida, es lo que tenemos que llegar todos y hay que aceptarla con dignidad, hay que aceptarla con gusto, hay que vivir el mañana, el hoy y el mañana. Pues que la espero, la estoy viviendo y la espero con gusto, como me va llevando la vida, claro, no reniego de que voy a ser vieja no, al contrario digo que bueno que Dios me está dando la oportunidad de llegar a esta edad y sabrá Dios si más adelante llegue más, no sé si yo, no sé ¿Cómo te puedo decir? Estoy satisfecha con mi edad y como la estoy viviendo". (Ángelica, 64 años.)*

*"Pues la vejez, yo le voy a decir sinceramente pero yo no me he sentido viejo, yo me siento igual, yo pienso igual, yo no me dejo llevar por la palabra vejez ni por sentirme viejo. Para mí el envejecimiento [...], pues yo lo veo como pasajero para mí, porque no lo he tomado en cuenta, como le digo yo me siento bien, pero hay otros que si sienten que ya tienen ¿Cuántos años? Y ya están viejos, y yo no, me siento bien, mejor que me lleguen a decir ¡ya estás viejo! ¡Ah pues está bien! Pero nunca sentirme yo ¿Quién es el que se debe sentir viejo, ellos o yo?". (Justino, 78 años.)*

*"Debemos de estar conscientes de esta edad, darnos valor, ánimos, siempre y cuando podamos valernos por sí mismos. Si vamos a empezar a tristear, ya la jodimos. Sí me doy ánimos, me arreglo, bailo en el grupo de la tercera edad; ayer bailamos en la iglesia después del rosario de la fiesta de San Antonio". (María, 72 años.)*



Foto tomada por: Sagrario Garay

El panorama mostrado da cuenta de algunos aspectos sobre la forma en qué se perciben los adultos mayores; sin embargo, también deseamos

contar con un referente más amplio en el que observemos algunos de los factores intervinientes en dicha autopercepción. Esto nos interesa de gran manera porque algunos estudios, principalmente desde la perspectiva médica, muestran que la salud mental suele estar influenciada por variables como el sexo, la edad, la escolaridad y el tipo de localidad de residencia<sup>10</sup>. Cuestiones que retomaremos en la siguiente sección.

#### *La felicidad desde la perspectiva de los viejos y las viejas mexiquenses*

Dado que en este trabajo buscamos acercarnos a la percepción que tienen los adultos mayores sobre la etapa que están viviendo, nos surgía la gran interrogante de cómo aproximarnos a una cuestión subjetiva a partir de los datos. Es decir, cuál o cuáles de las variables nos darían cuenta de dicha percepción.

En primera instancia pensamos en construir un indicador con todas aquellas variables que nos aproximaran a la autopercepción sobre la vejez por parte de las personas adultas mayores. Nos encontramos con que existía una alta correlación entre las diversas variables, por ejemplo la depresión, la tristeza, el cansancio y el sentirse nerviosos se encuentran altamente relacionados; de la misma manera ocurría con el disfrutar de la vida, la energía, la tranquilidad y la felicidad.

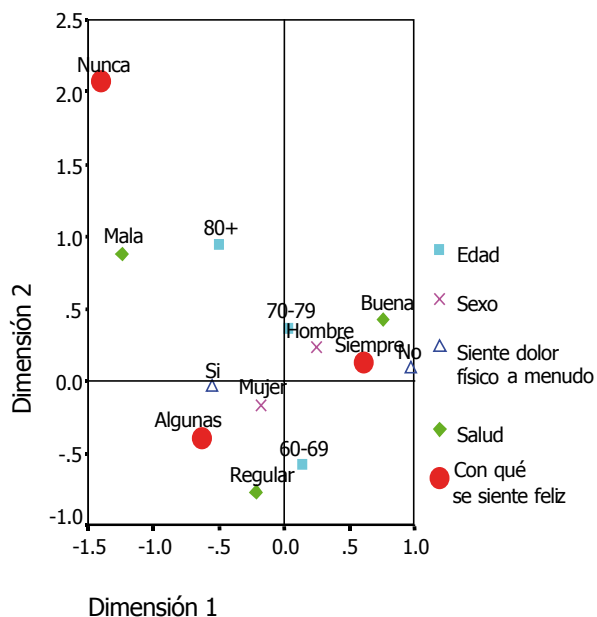
Lo anterior nos llevó a considerar sólo una de estas variables, ya que cualquiera nos aproximaría tanto a una autopercepción positiva como negativa. Específicamente utilizamos la variable relacionada con la frecuencia con la cuál las personas adultas mayores se sienten felices. La elección de esta condición se debe a que esta pregunta era más clara y entendible para las personas de esa edad y nos aproximaba a su percepción sobre la salud mental.

Al mismo tiempo se consideraron variables como el sexo, la edad y algunas asociadas con la percepción sobre su estado de salud físico y la frecuencia con la que presentan dolor físico, dado que se observó una relación significativa entre éstas y la felicidad de las personas adultas mayores (ver al final de la bibliografía). A través de las variables elegidas y con un análisis multivariado de datos denominado

de correspondencia múltiples<sup>o</sup> se buscó establecer la relación que guardan las categorías de éstas con la frecuencia con la cuál se siente feliz la población con 60 años o más.

A partir de los resultados del análisis multivariado se observa que la autopercepción positiva de la población adulta mayor en el Estado de México se asocia con un buen estado de salud y con no sentir dolor físico a menudo. El ser hombre y el tener 70 a 79 años son condiciones que también se relacionan estrechamente con sentirse siempre felices (gráfica 2).

Gráfica 2. Autopercepción de la población adulta mayor mexiquense, por sexo y edad, 2008



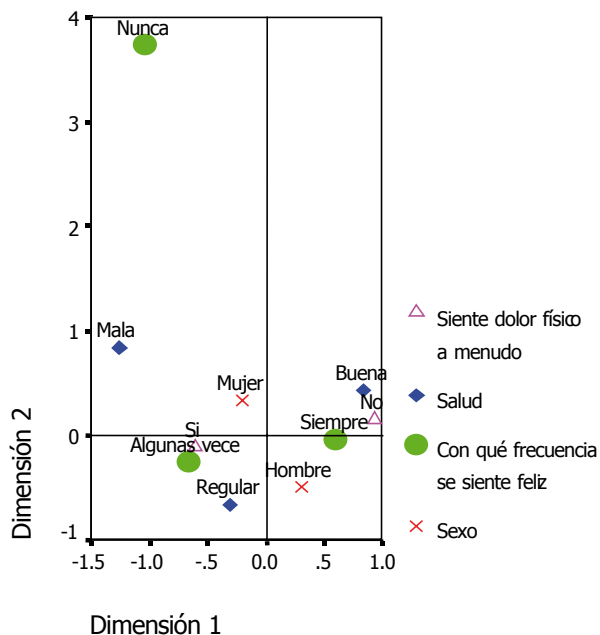
Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Sobre Envejecimiento Demográfico en el Estado de México (ESEDEM), 2008. Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población (CIEAP), Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM).

La edad ha mostrado ser un factor relevante en diversos aspectos de la vida de las personas con 60 años o más, tanto económicos como de salud física y emocional. Utilizando las mismas variables que antes se procedió a la aplicación del análisis de correspondencias múltiples para los grupos de

<sup>o</sup> El análisis de correspondencias múltiples u homogeneidad permite enriquecer el panorama observado con las tablas de contingencia que sólo muestra la relación entre variables a través de prueba Chi-cuadrada (Giraldo, 2006). Este tipo de análisis establece la asociación entre las categorías de múltiples variables no métricas, proporcionando la información de manera gráfica (Pérez, 2004).

edad de 60 a 69, 70 a 79 y 80 o más años. Los resultados muestran un comportamiento similar a lo que ocurre para la población adulta mayor en total, ya que tener buena salud, no sufrir de dolores y ser varón son las categorías que siguen guardando una relación importantes con el sentirse felices.

Gráfica 3. Autopercepción de la población adulta mayor mexiquense con 60 a 69 años, 2008



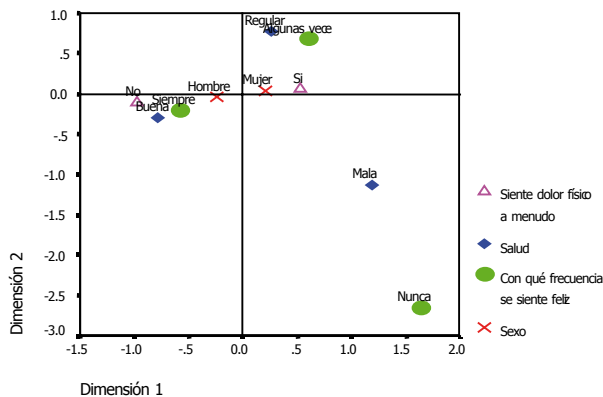
El comportamiento observado sobre sentirse felices y el buen estado de salud persiste para los grupos de mayor edad (70 a 79, 80 o más). El sentirse solo y algunas veces felices se asocia principalmente con tener una salud regular, sobre todo para los de que tienen entre 70 y 79 años de edad. Un aspecto que llama la atención para el grupo de 80 o más años es que ser mujer u hombre no guarda relación con la felicidad de las personas; sin embargo, en edades previas hemos visto que los hombres tienen autopercepciones más positivas en comparación con las mujeres (gráficas 4 y 5).

La percepción sobre sentirse felices está muy vinculada con la forma en qué conciben las personas su estado de salud físico, principalmente los varones, lo cual probablemente se deba a que su estado de salud físico es mejor en comparación con el de las adultas mayores. De acuerdo con los padecimientos diagnosticados médicamente para la población con 60 años o más, las mujeres muestran tener en mayor proporción enfermedades como hipertensión arterial, pérdida de la vista y diabetes mellitus. Además recordemos que estas generaciones de mujeres

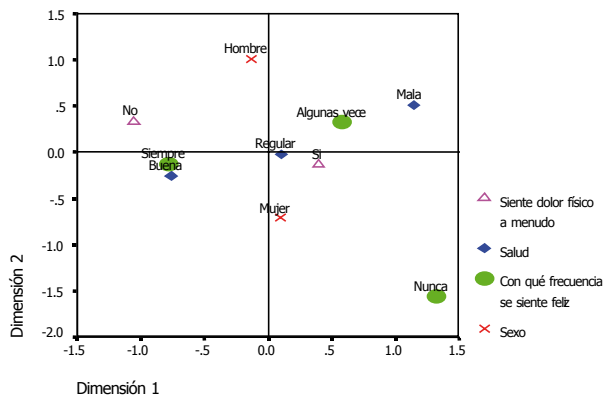


tuvieron altas de fecundidad que con el paso del tiempo se traducen en problemas de osteoporosis, que les provocan dolores e incluso fracturas. Todas estas cuestiones determinan la percepción sobre su vejez.

Gráfica 4. Autopercepción de la población adulta mayor mexiquense con 70 a 79 años, 2008



Gráfica 5. Autopercepción de la población adulta mayor mexiquense con 80 o más años, 2008



## Reflexiones finales

La vejez es vista por los individuos y la sociedad como una experiencia positiva, negativa y/o ambas. De ahí que pudiésemos hablar de diversas maneras de ver y de asumir la vejez, de la manera en que en lo colectivo se va construyendo la categoría de "viejos".

Estudios como éste contribuyen al debate y al cúmulo de conocimientos sobre este fenómeno, y en este caso particular en los mexiquenses. La percepción sobre la vejez dependerá de las circunstancias vividas en el pasado pero sobre todo de las actuales, como lo es su estado de salud. Existen cuestiones que requieren un análisis más

profundo sobre las construcciones sociales sobre las relaciones de género y sus posibles implicaciones en las condiciones físicas y psicológicas que viven los hombres y las mujeres adultas mayores en la actualidad.

Asimismo cada vez más se hace necesario cambiar los estereotipos negativos sobre la vejez, cuestión que implica un esfuerzo conjunto de individuos, tanto en las familias como en los que otorgan los servicios a la población adulta mayor y, por supuesto, en la sociedad. Se deben generar programas intervinientes que orienten a los individuos sobre los cambios naturales que impone la edad tanto física como socialmente, de manera que tenga conocimiento de la realidad que le tocará vivir y que haya un menor impacto en su autopercepción.

## Referencias bibliográficas

- Meléndez JC. La autopercepción negativa y su desarrollo con la edad. En *Geriátrika*. 1996;12 (8).
- Fornós M. El estereotipo social de la vejez, I Congreso Virtual de Psiquiatría. 1 de Febrero-15 de Marzo 2000 [consultado el 10 de diciembre de 2008]; Conferencia 13-CI-G: [6 pantallas]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa13/conferencias/13\\_ci\\_g.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa13/conferencias/13_ci_g.htm).
- Atchley RC. A continuity theory of normal aging. En *The Gerontologist*. 29, 1989. Citado en Meléndez Moral JC. La autopercepción negativa y su desarrollo con la edad. En *Geriátrika*. 1996; 12 (8).
- Monchietti A, Sánchez L. Acerca de la Génesis de la Representación Social de la Vejez. En *Revista Argentina de Sociología*. Mayo-Junio de 2008; 6 (10).
- Candás S, García O. Perspectiva de la tercera edad acerca de la mirada de los 'otros' sobre la vejez. En *Revista Electrónica de Psicología Política*. Octubre 2006; 4 (12).
- Meléndez JC. La autopercepción negativa y su desarrollo con la edad. En *Geriátrika*. 1996; 12 (8).
- Knox AB. *Adult development and learning*. Jossey Bass, San Francisco, 1977. Citado en Meléndez Moral JC. La autopercepción negativa y su desarrollo con la edad. En *Geriátrika*. 1996; 12 (8).

8. Hunter KI, Linn MW, Harris R. Characteristics of high and low self-esteem in the elderly. International. En Journal of Aging and Human Development. 1982; 14(2).
9. Brandtstadter J, Greve W. The self in old age: Adaptive and protective mechanisms. En Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie. 1992; 24(4).
10. IMSERSO, Informe 2000. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Tomo I. Colección Documentos. Serie Documentos Estadísticos. 2000.
11. Belló M et al. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta mayor en México. En Salud Pública de México. 2005; Vol. 47. Suplemento 1.
12. NRTA (2004). Depression. En Staying Sharp. Current advances in brain research. [Consultado el 10 de diciembre de 2008]. Disponible en: <http://www.dana.org/default.aspx>.
13. Giraldo L. Malos tratos hacia las personas adultas mayores: una caracterización sociodemográfica en la Ciudad de México. Tesis de maestría. Centro de Estudios, Demográficos, Urbanos y Ambientales. El Colegio de México. 2006.
14. Pérez C. Técnicas de Análisis Multivariante de Datos. Aplicaciones con SPSS. Madrid, España: Pearson- Prentice Hall; 2004.

	<b>Frecuencia con la que se siente feliz</b>			Chi-cuadrada	Sig.
	Siempre	Algunas veces	Nunca		
<b>Salud</b>					
Buena	50.9	29.1	19.3	217.702	.000
Regular	38.8	47.0	37.6		
Mala	10.2	23.9	43.1		
Total	100.0	100.0	100.0		
<b>Edad</b>					
60-69	48.5	48.6	36.0	63.82	.000
70-79	37.7	33.3	42.3		
80+	13.8	18.1	21.6		
Total	100.0	100.0	100.0		
<b>Dolor físico</b>					
Sí	53.1	75.8	82.9	145.47	.000
No	46.9	24.2	17.1		
Total	100.0	100.0	100.0		
<b>Sexo</b>					
Hombre	45.6	38.9	31.5	15.51	0.001
Mujer	54.4	61.1	68.5		
Total	100.0	100.0	100.0		



# La investigación etnogerontológica en México (Etnogerontological Research in Mexico)

Laureano Reyes Gómez\*

## Resumen

Este trabajo da cuenta del desarrollo de la investigación en el campo de la etnogerontología en México desde una perspectiva de las Ciencias Sociales. Está dividido en dos grandes periodos, el primero va de 1940 a 1988; el segundo, de 1999 a la actualidad. Se interesa en el desarrollo de la investigación del envejecimiento en poblaciones indígenas, desde una perspectiva antropológica.

## Abstract

This essay deals with the development of etnogerontological research in Mexico from a social science perspective. It is divided in two periods. The first one is from 1940 to 1988. The second one is from 1999 to present time. It focuses on researching aging among indigenous population from an anthropological perspective.

**Palabras clave:** etnogerontología, vejez indígena, envejecimiento.

**Key words:** ethnogerontology, indigenous aging, aging.

## Introducción

Las investigaciones sociales en México respecto del tema de la vejez indígena son incipientes. Para su análisis dividimos en dos grandes momentos su estudio.

El primero de ellos lo hemos llamado “Los trabajos de corte etnográfico” y abarca de 1940 a 1988. En esta primera etapa los estudios son de carácter descriptivo o tocan el tema en forma tangencial en investigaciones sociales relacionadas con la familia y la sociedad. Algunas veces los viejos aparecen como referentes secundarios y, en el mejor de los casos, especialmente en investigaciones cuyos

temas describen las formas de gobierno indígena, en roles protagónicos y en su papel gerontocrático. Bajo esta perspectiva homogénea los viejos – varones– son descritos llenos de poder, sabiduría y liderazgo, viviendo en un paraíso de vejez idílica, donde teóricamente tienen muchos de sus problemas resueltos de cuidados y atención en la senectud, a diferencia de sus similares mestizos.

El segundo periodo de investigación lo hemos denominado “Los trabajos de corte etnogerontológico social” y se identifica del año 1999 a la fecha. Es a partir del nuevo milenio cuando poco a poco los estudios sobre la vejez cobran importancia académica, social y política, sea en investigación demográfica, en perfiles de salud y cuestiones sociales. La vejez se percibe en forma heterogénea, como un fenómeno mundial, con profundos conflictos intergeneracionales y problemas en la relación salud-enfermedad y atención en la edad adulta mayor.

A pesar de los pocos estudios realizados en ambos periodos, se advierte la particularidad de estudiar la vejez en grupos indígenas que la etnogerontología geriátrica señalaba en su definición. Nueva disciplina que está influenciada por: “Factores étnicos que afectan el envejecimiento, la salud y la aparición de enfermedades en las personas mayores [...] también hay barreras lingüísticas o culturales, pobreza y bajo nivel educativo que disminuye el acceso al cuidado en la salud”<sup>1</sup> e influye en forma distintiva el estudio de la vejez étnica respecto del resto de la sociedad nacional o la desarrollada en países industrializados. Es decir, hay varias “carreras” o formas de envejecer. El fenómeno es analizado en forma transversal por la cultura, la economía, la política y una buena dosis de psicología.

El trabajo tiene la siguiente estructura: i) Los trabajos de corte etnográfico, ii) Los trabajos en etnogerontología social, y iii) Consideraciones

\* Investigador del Instituto de Estudios Indígenas. Universidad Autónoma de Chiapas. reylau2001@hotmail.com.

finales. Sin mayores preámbulos pasemos al tema en cuestión.

## Los trabajos de corte etnográfico (1940-1988)

En las ciencias sociales tradicionalmente la etnografía se ha dado a la tarea de realizar investigación gerontográfica, haciendo diversos registros respecto de la vida en la edad adulta. Sobre el particular, Ferigla advierte que “en la mayoría de los pueblos ágrafos los individuos no saben con exactitud su edad cronológica, y generalmente tampoco tienen interés en saberla, ya que en los contextos culturales en los que viven carece de importancia”<sup>2</sup>. También debemos considerar la percepción del etnógrafo, que ha llamado “ancianos” a los miembros del último tramo de edad que participaban activamente en la vida social y, por lo general, prestaba muy poca atención a hombres y mujeres que por sus condiciones físicas, psíquicas o sociales de dependencia, dejaban de ser elementos operantes y de interés en el ordenamiento social y resultaban periféricos a él<sup>3</sup>.

Bajo esta perspectiva, “Los primeros estudios antropológicos que se referían a la vejez habían destacado las actividades y roles, así como las formas de cómo son tratados los ancianos en las sociedades ‘simples’ y primitivas. Dentro de la variedad de etnografías de los grupos indígenas se resaltan las actividades y papeles que jugaban los ancianos y la forma en que la sociedad los trataba, como personas respetadas y veneradas por su conocimiento no sólo de la comunidad, sino básicamente por su conocimiento del ritual religioso y las costumbres del grupo étnico”<sup>4</sup>.

Considerando los criterios etnográficos anteriores, referimos los primeros trabajos de investigación antropológica que dan cuenta de la participación de los ancianos en la vida social comunitaria en grupos indígenas. Éstos datan de principios de 1940. Veamos el primer ejemplo.

### a) *La mujer indígena anciana*

Un trabajo pionero en este rubro es el libro de Rosa María Lombardo Otero. En la monografía hace una breve descripción del ciclo de vida de los tzeltales de Oxchuc, Chiapas. En la introducción de la obra “La mujer tzeltal”, la autora contextualiza el ambiente de pobreza e insalubridad donde realiza

el estudio: “El aspecto que se observa dentro de la casa es de miseria y suciedad; en todos los rincones se ve la tragedia y el abandono en que viven estos indios.”

El capítulo XIV de la obra en referencia, escrita en página y media, hace mención del papel de la mujer en una sociedad primitiva, especialmente en el periodo de viudez, como una desheredada. Al respecto dice: “Esto trae como consecuencia social, que la mujer, en muchas ocasiones, se convierta en un ser sin casa fija, teniendo que trabajar con alguna familia, para que le den en pago un poco de pozole para comer y un rinconcito en la humilde choza para pasar la noche y protegerse un poco del intenso frío que hay en la montaña [...] La vida de la mujer en la vejez es todavía más llena de sufrimientos, pues vive única y exclusivamente de la compasión de los miembros de la comunidad, debido a que por su edad ya no puede desempeñar casi ningún trabajo con el cual pagar su alimento y el rincón de una choza donde dormir”<sup>5</sup>.

La cita anterior es un ejemplo de la desmistificación de la vejez idílica (donde el viejo masculino aparece bajo la figura de respetado, venerado, líder, consejero, y muchos otros atributos de la vejez indígena); por otro lado, generaliza la vejez femenina del grupo tzeltal como catastrófica. Sin embargo, debemos considerar que este trabajo es pionero en este rubro, y como dato gerontográfico es de sumo interés.

En general, respecto al rol femenino en la vejez, las investigaciones señalan a partir de que es casada hasta de edades avanzadas es descrita sólo en actividades propias del hogar y del campo. En la mujer zoque, por ejemplo, se advierte que desde las tres de la mañana hasta las veintiún horas, entre otras actividades, se dedica a la cocina, lava la ropa, atiende a los animales domésticos, corta y traslada leña del campo a su hogar, atiende a los hijos, zurce, platica con el marido y los familiares. En las notas etnográficas suele mencionarse que los hombres (de todas las edades) comen primero –y más– que las mujeres<sup>6</sup>.

La mujer vieja prácticamente ha pasado desapercibida en los estudios etnográficos, pues el poder en la familia se le ha atribuido casi exclusivamente al hombre. La abuela pasa entonces a ser vista como figura materna pasiva; otras veces, como consejera. En los pueblos donde aún conservan

tradición artesanal como la alfarería, la tarea tanto en ritos de iniciación como de enseñanza es confiada a las mujeres de mayor edad, es decir, a las viejas. En el ramo terapéutico sólo algunas mujeres de edad avanzada practican el oficio de curanderas, sobre todo en la atención del embarazo, el parto y el puerperio. Según los reportes etnográficos la peor parte la ha sufrido la mujer, quien no ha sido considerada en ningún rol protagónico en la vejez; por el contrario, el rol ha sido de desprestigio desde edades tempranas al ser excluida de las reglas de herencia, imposición del matrimonio, subordinación al esposo, entre otras muchas limitaciones.

#### b) *La gerontocracia*

La forma de gobierno indígena es otro de los tópicos que ha llamado poderosamente la atención de etnógrafos, etnólogos y antropólogos. Han puesto énfasis en el "Consejo de Ancianos", órgano máximo de decisión política y religiosa que aún mantienen algunas comunidades; de otras, sólo quedan en el recuerdo. Uno de los grandes precursores fue Alfonso Caso, quien analiza los rasgos culturales de los grupos indígenas que han permitido y "explican la supervivencia de los indígenas a pesar de cuatro siglos de abandono y explotación. Por ejemplo: su sentido de comunidad, que implica una amplia cooperación y ayuda entre todos sus miembros de un pueblo [...] Otro de estos aspectos positivos es el respeto que sienten por sus propias autoridades que tienen el mando en el poblado por la voluntad misma del pueblo, y se tienen confianza en el buen juicio de los ancianos y se apoyan unánimemente las resoluciones a las que llegan a sus consejos"<sup>7</sup>.

Aguirre Beltrán, por su parte, mostró especial interés por estudiar las formas de gobierno indígena comparando tres variantes de gobierno local indígena tarahumara, tzeltal-tzotzil y tarasco (respectivamente) y su inclusión dentro del sistema político mexicano<sup>8</sup>.

Una experiencia más nos la brinda, en 1969, la versión castellana del libro de Henning Siverts, *Oxchuc*, un estudio monográfico de un municipio de Los Altos de Chiapas, de habla tzeltal. El autor, cuando habla de la organización política del grupo, se refiere a ella como el consejo tribal. "El cual es una jerarquía formal de cargos nominados. A éstos se hallan ligadas labores y zonas de autoridad limitada y para algunos de ellos existen trajes e insignias especiales [...] El consejo se forma, a

saber, por el mismo número de representantes de cada calpul (barrio del pueblo)"<sup>9</sup>.

Un estudio que ejemplifica el poder del anciano en la sociedad indígena nos la ofrece Neiburg, quien en 1988 estudia la identidad y el conflicto de los mazatecos del norte del estado de Oaxaca y cómo interviene el Consejo de Ancianos en la vida política de ese grupo indígena. En la opinión del autor, en la zona norte de la sierra mazateca sí se ejerce la gerontocracia, pues "el Consejo de Ancianos posee injerencia sobre todos los problemas de la comunidad, siendo la función más importante a su cargo la elección del presidente municipal y de todas las autoridades que conforman el municipio, como también el control sobre las autoridades para que ejerzan 'un buen gobierno' [...] la relación que existe entre las autoridades tradicionales [indígenas] y las formales [oficiales], indica que el verdadero poder de la comunidad está ejercido por los viejos, quienes controlan en todo momento las actividades y las acciones de los presidentes municipales"<sup>10</sup>.

Otros ejemplos ya más recientes de algunos estudios de la experiencia mexicana respecto al rol que juega el viejo en estas sociedades tenemos, ya dentro de la teoría de la modernización, el trabajo pionero de Oscar Lewis<sup>11</sup>, quien en 1963 dedica un apartado al estudio de la vejez, la enfermedad y la muerte, en Tepoztlán, Morelos.

Estudios sobre el rol del viejo nos los brinda Adamas Mc Aleavey<sup>12</sup>, quien en 1982 colaboró en la edición que prepararon Donald O. Cowgill & Lowell D. Holmes en la obra *Aging and Modernization*, con un trabajo analítico sobre el rol del anciano en Santo Tomás Mazaltepec, una comunidad indígena zapoteca del Valle de Oaxaca. En su colaboración, Mc Aleavey señala que el anciano (considerado entre otros atributos, de 65 y más años) es visto como el jefe de familia y tiene un rol de autoridad y poder sobre los jóvenes de su parentela, quienes le deben respeto y obediencia. También en 1982, contagiados por la teoría de la modernización, Jay & Joan Sokolovsky<sup>13</sup> analizan los acelerados cambios de modernización y cómo afectan al rol que juega el anciano en la familia. El estudio se llevó a cabo en la comunidad indígena nahua de San Gregorio Amatango, en la parte serrana de Texcoco.

Las investigaciones etnográficas de este primer periodo, al ser de corte meramente descriptivo,

omiten características muy importantes. Por ejemplo, no existe un criterio etario que determine cuándo se es anciano; la frontera que delimita el ingreso a la vejez no sólo es arbitraria, sino una percepción no discutida ni argumentada, sólo construida socialmente o autopercibida por el etnógrafo. Describen la vejez como un bloque homogéneo, sin hacer distinciones de rangos de edad, pues no es lo mismo ser viejo de 60, 70, 80, 90, 100 o más años de edad. Al percibirla así, es común que tampoco adviertan los profundos conflictos que generan las desigualdades socioeconómicas como la mendicidad, la conducta criminal en la vejez y muchos otros problemas sociales. Generalmente hacen referencia a la gerontocracia, es decir, al poder ejercido por los viejos, principalmente varones, excluyendo, en consecuencia, al resto de los ancianos, aquellos que están enfermos, los que sufren alguna discapacidad, los que tienen demencia senil. Los ancianos, bajo esta percepción idealizada, viven en un paraíso gerontocrático. Hay una marcada tendencia a estudiar la vejez masculina, pero poco o nada se conoce de la vejez femenina.

Los trabajos se reducen a la esfera comunitaria y muchas veces están basados en pocos casos o uno solo, sin mayores implicaciones como fenómeno mundial y con énfasis en la vejez “exitosa”. A partir de ello formulan grandes generalizaciones culturales respecto de la vejez; en consecuencia, la imagen que dibuja del viejo es la de una vejez idílica. Lo cual presupone que no hay problemas intergeneracionales y el anciano vive sin conflictos su vejez. Este tipo de sociedad nunca ha existido, pero se evidencia como cierta en los estudios gerontográficos.

### **Los trabajos en etnogerontología social**

Es a partir de 1999 cuando los estudios sobre vejez toman un giro etnogerontológico social. Desde ese año las investigaciones han sido basadas, primordialmente, en la influencia de la etnogerontología geriátrica norteamericana, que desde una perspectiva médica la concibe con una fuerte carga de las Ciencias Naturales: “el estudio de las causas, procesos y consecuencias de la raza, el origen nacional y la cultura sobre el envejecimiento individual y nacional. De acuerdo con Bengtson hay cuatro preguntas centrales en etnogerontología. La primera, establecer qué es etnicidad; la segunda se enfoca en que si la etnicidad merece ser considerada una dimensión de la organización y conducta sociales dentro de la sociedad americana

contemporánea. La tercera se enfoca en dirigir la pregunta «¿qué diferencia, si hay alguna, hace la etnicidad en atenuar patrones o problemas al envejecer?» La cuarta y más importante en el examen de esta área de cuestionamiento, busca identificar posibles aplicaciones que se puedan hacer en políticas de atención, práctica e investigación para responder a las tres primeras preguntas. Cuando la etnogerontología surgió por primera vez en los últimos años de la década de 1960, se concentró sobre todo en comparaciones raciales entre negros y blancos”<sup>14</sup>.

Bajo esta percepción ya no es posible estudiar más la vejez indígena con parámetros y teorías, por ejemplo, de sociedades industrializadas. Implica buscar las particularidades socioculturales que la distinguen como tal. Es preciso, entonces, guardar las proporciones correspondientes. En la sociedad indígena, por ejemplo, la escolaridad en la población anciana, especialmente en mujeres, es casi nula. Más de 60% de los adultos mayores indígenas son analfabetas. La lengua nativa es otro elemento particular de la vejez rural en áreas indígenas. Son sociedades distintas y hay que analizarlas desde otra perspectiva teórica. En este sentido hay experiencias de investigaciones realizadas tanto en México como de otros países<sup>a</sup>. En principio, Vázquez y Reyes distinguen la vejez rural de la vejez urbana en México. Al respecto dicen:

“La vejez urbana se diferencia porque en este contexto se concentran los servicios médicos y asistenciales –independientemente de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios–, la relación laboral es asalariada, y el retiro de la actividad productiva es más factible que se establezca bajo el sistema de jubilación y pensión; asimismo, existen clubes o asociaciones de la ‘tercera edad’, que cuentan con programas para la atención del sector envejecido, tales como el reparto de despensas, o instauran festividades como el ‘día del abuelo’, existen, además, ‘casas de día’ particulares u oficiales y asilos de ancianos que subsisten básicamente con ayuda filantrópica; en tiempos electorales cobra importancia el sector envejecido, y algunas veces son objeto de bandera política. En cambio, en la vejez rural se presume más ‘tradicional’ en términos culturales, los servicios médicos son generalmente de

<sup>a</sup> Véanse, por ejemplo, los trabajos de Vázquez F. 2002, 2006<sup>a</sup>, 2006<sup>b</sup>; Reyes G. 2002.

primer nivel de atención, el trabajo es básicamente sin remuneración en metálico o de menor monto y la actividad es fundamentalmente agropecuaria; el retiro de la actividad productiva se establece hasta el límite de las capacidades y habilidades físicas, la mayor de las veces sin esquemas de jubilación o pensiones; prácticamente no existen asilos de ancianos y los programas de atención al sector envejecido son escasos o nulos. Algunas veces hay un órgano conocido como 'Consejo de Ancianos' y tiene funciones de carácter ritual, pero no afecta la toma de decisiones políticas. Es la familia –especialmente la mujer– la que afronta el cuidado y la atención de los ancianos, aunque se advierte la intervención del sector religioso con fines proselitistas”<sup>15</sup>.

Buscando entender y explicar la vejez indígena como una especificidad diferencial de la vejez con influencias socioculturales propias de la etnia en estudio, iniciamos la construcción conceptual, y por “etnogerontología social” la entendemos como: campo multidisciplinario de las ciencias sociales que se aboca al estudio, análisis y explicación del último tramo del ciclo de vida conocido como vejez en un grupo étnico originario, cuyas particularidades socioculturales y efectos externos a la cultura nativa, influyen y modifican la manera de concebir, atender y vivir la vejez indígena, que la hacen distintiva del resto de la sociedad nacional.

Bajo esta nueva concepción y perspectiva teórica iniciaron los trabajos de investigación. Algunos de ellos como:

#### a) *Etnogerontología zoque*

Al abarcar algunos tópicos antes listados, las investigaciones etnogerontológicas sociales realizadas a partir de 1999 dan cuenta de algunos avances en esta materia. Así, inicia una nueva etapa de estudios del envejecimiento de la población indígena con la aparición de *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque*<sup>16</sup>. Esta obra analiza la cultura zoque de la vejez buscando interpretar la gradación de la edad desde la perspectiva indígena, el rol social de los viejos, así como las virtudes y los estigmas que implica ser viejo en la sociedad zoque. En relación con la economía, contextualiza la marginación y la pobreza histórica en que han vivido sus habitantes y describe una tipología del maltrato que sufre el anciano; este tema tabú desmistifica, en definitiva,

la vejez idílica indígena que se venía presumiendo y generalizando en trabajos anteriores. Sobre el aspecto político, evidencia la falta de servicios médicos y programas sociales en la vejez, y propone una serie de acciones en caso de instrumentar programas de atención al sector envejecido.

En síntesis, el libro explica el significado social de ser viejo y vieja en una comunidad indígena pobre, con alto grado de marginación, de escasos servicios médicos y sociales. Da cuenta cómo se vive la vejez en la pobreza extrema, cómo logran sobrevivir a edades avanzadas, qué los ayuda a no morir en edades tempranas y cuáles son las redes sociales de apoyo ante el envejecimiento.

Este periodo se alimenta con la aparición de otros artículos y capítulos de libro, tales como: *El contexto cultural y económico del envejecimiento*; *El caso de los zoques de Chiapas*<sup>17</sup>; *La vejez indígena. El caso de los zoques del noroeste chiapaneco*<sup>18</sup>; *Perfil epidemiológico hospitalario de la vejez zoque*<sup>19</sup>; *El 'anciano', en la literatura etnográfica mexicana*<sup>20</sup>; *El envejecimiento de la población zoque de Chiapas*<sup>21</sup>; *El contexto cultural y económico del envejecimiento en grupos Indígenas de Chiapas*<sup>22</sup>; *Notas acerca del maltrato infligido a ancianos, en Chiapas*<sup>23</sup>; *La discapacidad en adultos mayores en el estado de Chiapas*<sup>24</sup> y *iViejos los cerros! Resistencias culturales para aceptar la vejez*<sup>25</sup>.

#### b) *Diagnóstico sociodemográfico*

En este trabajo se presentan datos estadísticos que delinear el perfil sociodemográfico de los adultos mayores indígenas (hombres y mujeres). Considera la experiencia de varios pueblos indígenas, entre ellos los chiapanecos, aunque centra el análisis en tres grandes regiones indígenas: norte (tarahumara y huasteco), centro (otomí y purépecha) y sur (maya y zapoteco).

Primero se define la población de estudio; en el segundo apartado se analiza el impacto del envejecimiento en la organización social y expresiones culturales de los pueblos indios. Posteriormente se describen las características sociodemográficas del conjunto de población adulta mayor, de los 62 grupos etnolingüísticos, en el contexto nacional. En la cuarta sección del diagnóstico hay una revisión sociodemográfica de seis grupos seleccionados para mostrar la especificidad de cada uno, destacando



con ello la diversidad étnica. Por último, se presenta una serie de recomendaciones generales derivadas de este diagnóstico con la finalidad de proponer líneas de investigación y políticas públicas dirigidas a este sector de la población<sup>26</sup>.

El diagnóstico, en síntesis, pone en evidencia que 10.5% de la población adulta mayor sufre al menos una discapacidad; 51% no tiene servicio médico; 71.2% no cuenta con actividad económica remunerada; 30% es analfabeta, predominando en el sector femenino y la mayoría sobrevive con menos de un salario mínimo.

### c) Tesis y tesinas

*Ancianos indígenas en situación de mendicidad en San Cristóbal de Las Casas*, de Ruperta Bautista Vázquez, es una tesis de Licenciatura en Antropología Social, que muestra la sobrevivencia de los adultos mayores indígenas de la caridad social<sup>27</sup>. *La construcción social del anciano dentro de la educación endógena en una comunidad tzeltal de Chiión, Chiapas*, de Yadira Grajales Pinto, es una tesis de Maestría en Educación Superior<sup>28</sup>.

*Sobrevivencia a edades avanzadas. Análisis socioeconómico de adultos mayores de 60 años de edad en seis localidades rurales de la región Centro del estado de Chiapas*, de Enrique Pérez Galdámez, es una tesina en la Especialidad de Gerontología; se aboca al estudio del perfil epidemiológico en la vejez en comunidades de influencia tzotzil<sup>29</sup>. *Perfil epidemiológico en adultos mayores de la Colonia Las Granjas, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas*, de Gregorio D. Flores Cruz, es una tesina en la Especialidad de Gerontología<sup>30</sup>.

A manera de balance, en los principales trabajos de investigación, tanto de corte etnográfico como etnogerontológico social, se aprecian los dos momentos no sólo en la metodología, sino de la perspectiva teórica. Bajo esta nueva perspectiva concebimos la vejez y el envejecimiento como un periodo y proceso dinámico, conflictivo, heterogéneo, mundial, pero al mismo tiempo con particularidades etnogerontológicas socioculturales distintivas. Hay vacíos teórico-metodológicos en la investigación etnogerontológica social; en consecuencia, es muy importante identificar esos rasgos diferenciales para construir la teoría de la “vejez indígena”, considerando para su estudio esferas amplias

de la cultura, la economía, la política y la dosis psicológica.

## Consideraciones finales

En los últimos años de la década de 1960 la etnogerontología surge como ciencia en los Estados Unidos, a través de la Sociedad Americana de Geriatría, y se abocó, principalmente, en comparaciones raciales entre negros y blancos, buscando posibles respuestas a si la etnicidad implicaba patrones o problemas al envejecer, según adscripción étnica. La etnogerontología tiene sus raíces fundadas a partir de la geriatría, en consecuencia las implicaciones de su estudio están enfocadas desde una perspectiva médica, es la razón por la cual también se le ha llamado “etnogeriatría”. En las Ciencias Sociales faltaba una disciplina que estudiara el proceso de envejecimiento y la vida en la vejez, tanto individual como colectiva, desde una perspectiva social, donde la influencia sociocultural del grupo étnico marcara y modificara sustancialmente la manera de entender, explicar y vivir la vejez indígena a partir fundamentalmente de lo social.

Hasta ahora se ha mostrado como una mera línea de investigación, pero buscando su desarrollo es preciso conceptualizar la etnogerontología social como un campo multidisciplinar de las Ciencias Sociales especializada en el estudio, la comprensión y la explicación integral de la vejez indígena. Además de que analice las particularidades específicas de los contenidos socioculturales que la distinguen como un campo del conocimiento analiza en un contexto global, heterogéneo y comparativo; como fenómeno mundial y no como caso aislado y con implicaciones económicas, políticas y psicológicas.

Es preciso realizar investigación multidisciplinar a partir de varias perspectivas del conocimiento donde se analice el fenómeno de la vejez indígena. Finalmente, es muy importante dar un salto cualitativo: ya no es suficiente explicar la vejez como un fenómeno social, demográfico; los resultados de las investigaciones deberían influir en la toma de decisiones para la acción y atención de los problemas etnogerontológicos. La gente quiere resultados a sus problemas y no tanto explicaciones teóricas.



## Referencias bibliográficas

1. Curiel HF, Toni M, Charles M, Sharon AB y David DE. Etnogerontología. La posición de la Sociedad Americana de Geriátría sobre la etnogeriatría (Serie online) 1998 (Referido en 2009 Sept. 25); 1 (1): (6 páginas en pantalla). Disponible en URL: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/283/28329407.pdf>.
2. Fericgla JM. Envejecer: Una antropología de la ancianidad. 1ª ed. España: Anthropos; 1992.
3. San Román ET. Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema. 1ª ed. España: Fundación Caja de Pensiones; 1989.
4. Vázquez PF. Los caminos hacia una comprensión de la vejez. XII Anuario de Estudios Indígenas. Instituto de Estudios Indígenas. Chiapas: Universidad Autónoma de Chiapas; 2007.
5. Lombardo OR. La mujer tzeltal. 1ª ed. México: S/e; 1944.
6. Córdoba O, Francisco R. Ciclo de vida y cambio social entre los zoques de Ocoatepec y Chapultenango, Chiapas México. En Villa Rojas A. Los zoques de Chiapas. Chiapas: Instituto Nacional Indigenista.
7. Caso A. La comunidad indígena. 1ª ed. México: SepSetentasDiana; 1980.
8. Aguirre BG. Formas de gobierno indígena. 1ª ed. México: Instituto Nacional Indigenista; 1981.
9. Siverts H. Oxchuc. 1ª ed. México: Instituto Indigenista Interamericano; 1969.
10. Neiburg FG. Identidad y conflicto en la sierra mazateca: el caso de consejo de ancianos de San José Tenango. 1ª ed. México: Ediciones Cuicuilco; 1988.
11. Lewis O. Life in a Mexican Village: Tepoztlán Restudied. 1ª ed. USA: University of Illinois; 1963.
12. Mc Aleavey FA. The role of Old people in Santo Tomás Mazaltepec. En Donald O y Lowell DH. Aging and modernization. Appleton -Century-Crofts; 1982.
13. Sokolovsky J, Joan S. Familial and public Contexts for Aging: Growing Old people in a rapidly Changing Mexican Village, Aging and Modernization the third World; 1982.
14. Curiel HF, Toni M, Charles M, Sharon A, Espino B y David DE. Etnogerontología. La posición de la Sociedad Americana de Geriátría sobre la etnogeriatría. (Serie on line). 1985. (Referida en 2009 Sept. 25). 1 (1): (seis páginas en pantalla). Disponible en URL: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL29NO4/etnogerontologia.html>.
15. Vázquez PF, Reyes GL. Estatus social y religiosidad en la vejez rural y urbana en México. Instituto de Estudios Indígenas: Universidad Autónoma de Chiapas de Chiapas; 2006.
16. Reyes GL. Envejecer en Chiapas. 1ª ed. México: Universidad Autónoma de Chiapas. Universidad Nacional Autónoma de México; 2002.
17. Reyes GL. El contexto cultural y económico del envejecimiento. El caso de los zoques de Chiapas. Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. Consejo Nacional de Población. Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión. Senado de la República; 1999a.
18. Reyes GL. La vejez indígena. El caso de los zoques del noroeste chiapaneco. Papeles de población. Universidad del Estado de México. Toluca, Estado de México: 1999b; No. 19.
19. Reyes GL. Perfil epidemiológico hospitalario de la vejez zoque. Anuario de Estudios Indígenas. Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas. 2000a; VIII.
20. Reyes GL. El 'anciano', en la literatura etnográfica mexicana. Anuario 1999. Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas; 200.
21. Reyes GL. El envejecimiento de la población zoque de Chiapas DEMOS. (14) Carta Demográfica de México. Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM. 2000.
22. Reyes GL. El contexto cultural y económico del envejecimiento en grupos indígenas de Chiapas. Envejeciendo en la pobreza. En Género, salud y calidad de vida. Salgado de Zinder VN y Wong R. Instituto Nacional de Salud Pública: (1).

23. Reyes GL. Notas acerca del maltrato infligido a ancianos. En Chiapas. Anuario 2002. Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 2004b.
24. Reyes GL. La discapacidad en adultos mayores en el estado de Chiapas. Anuario de Estudios Indígenas. Instituto de Estudios Indígenas. Universidad Autónoma de Chiapas; 2004a (XI).
25. Reyes GL. ¡Viejos los cerros! Resistencias culturales para aceptar la vejez. Anuario de Estudios Indígenas. Instituto de Estudios Indígenas. Universidad Autónoma de Chiapas; 2006. XII.
26. Villasana BS, Reyes GL. Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores indígenas de México. 1ª ed. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2006.
27. Bautista VR. Ancianos indígenas en situación de mendicidad en San Cristóbal de Las Casas. Tesis de Licenciatura en Antropología Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Chiapas. 2007.
28. Grajales PY. La construcción social del anciano dentro de la educación endógena en una comunidad tzeltal de Chilón, Chiapas. Tesis de Maestría. Facultad de Humanidades, Universidad Autónoma de Chiapas. 2007.
29. Pérez GE. Sobrevivencia a edades avanzadas. Análisis socioeconómico de adultos mayores de 60 años de edad en seis localidades rurales de la región Centro del estado de Chiapas. Tesina. Especialidad en Gerontología, Universidad Autónoma de Chiapas. Universidad de Girona, España. 2008.
30. Flores CGD. Perfil epidemiológico en adultos mayores de la Colonia Las Granjas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Tesina. Especialidad en Gerontología. Universidad Autónoma de Chiapas. Universidad de Girona, España. 2008.

# Formación de universitarios educadores para la salud: una propuesta con adultos mayores (Training University Health Educators: A Proposal for Older People)

Sandra Areli Saldaña Ibarra\*, Enrique Hernández Guerson\*\*

## Resumen

Se describe una experiencia de articulación interinstitucional que pone a prueba una estrategia formativa de recursos humanos universitarios para la educación de adultos mayores, bajo los principios básicos de la metodología participativa y del aprendizaje centrado en problemas. Propuesta educativa que tuvo como objetivo desarrollar competencias en estudiantes universitarios para favorecer el trabajo con adultos mayores, a partir del eje de enseñar y aprender en salud y de formar grupos multidisciplinarios. Los resultados destacan la importancia de articulación de saberes, de la participación de todos los implicados en el problema y partir de lo que los adultos mayores consideran como sus preocupaciones, entre otros; asimismo construir los contenidos de aprendizaje tomando como base los planteamientos derivados de procesos de reflexión entre universitarios y adultos mayores.

## Abstract

This paper describes an interinstitutional experience that tests a human resource training strategy for college education for older people according to the basic principles of participatory methodology and learning focused on issues. This education proposal aimed to develop competencies in college students in order to support working with older people starting from the core of health teaching and learning and establishing multidisciplinary teams. The results highlight the importance of articulated knowledge, participation of people involved in the problem and starting from what older people consider their concerns and building the same learning content based on approaches derived from reflection processes between college students and seniors.

**Palabras clave:** formación, recursos humanos, adultos mayores.

**Key words:** training, human resources, older adults.

## Introducción

Es hasta hace unos años que universidades extranjeras y nacionales incorporan en sus propuestas curriculares el tema de los adultos mayores. Algunas de las razones tienen que ver con su efecto en las estructuras demográficas, pues es el grupo de población que crece más rápidamente. Actualmente la población de 60 y más años representan alrededor de ocho por ciento de la población total en México; para el 2050, proyecciones estadísticas pronostican alrededor de 30 por ciento con la característica de que más de la mitad de ésta presentará índices de mayor envejecimiento, 75 años en promedio y una expectativa de vida de 80 años<sup>1</sup>. El estado de Veracruz, México, no escapa a esta condición; es la tercera entidad del país con una mayor proporción de personas de sesenta años y más (ocho por ciento aproximadamente)<sup>2</sup>. Son adultos mayores en condiciones cognitivas y físicas que los hace demandantes y usuarios de servicios, como la educación.

Después de consultar diversas bases de datos electrónicas y acervos bibliográficos, el doctor Enrique Vargas Salado, reconocido geriatra mexicano, en 2007 y en el marco de un diplomado de Tópicos Selectos de Salud Pública, demostró la importante producción literaria de los últimos quince años en la temática de los adultos mayores; los cuentan, suman y restan, disensos y consensos y planteaba interrogantes transversales a esta producción científica: ¿Quién deberá atender a los adultos mayores? ¿Qué servicios se les proporcionará? ¿Qué políticas sociales deberán formularse?, entre otras.

Este trabajo precisamente habla de esas inquietudes ¿Quién deberá atender sus necesidades de educación permanente, para la vida? ¿Qué estrategias en la formación de recursos humanos necesitamos desarrollar para llevarlas a cabo, más allá de la mirada de los cuidadores?

\* Investigadora de medio tiempo. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. México. ssaldana@uv.mx.

\*\* Investigador de tiempo completo. Coordinador del Centro de Atención del Estudiante Universitario. Universidad Veracruzana. México. enhernandez@uv.mx.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con los diversos países de la Región, estableció los desafíos que enmarcan las “Metas Regionales de los Recursos Humanos para la Salud (RHS) 2007-2015”<sup>3</sup>. Los desafíos fueron:

1. Definir políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en los sistemas de salud;
2. Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles y calificados;
3. Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados, a manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo con las necesidades de salud de la población;
4. Promover acciones nacionales e internacionales para que los países afectados por la migración conserven su personal sanitario y eviten carencias en su dotación;
5. Generar ambientes de trabajo saludables que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.

Para los fines de esta presentación trataremos los desafíos uno y dos.

## Los desafíos de la formación

*Primer desafío. Definir políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en los sistemas de salud. Para este desafío se parte de establecer como el término clave de recursos humanos en salud sólo al grupo de “médicos, enfermeras y parteras”<sup>3</sup>.*

Al abordar el tema “La década de los recursos humanos en salud: retos para su investigación y planeación”, con la intención de revisar los avances en el ámbito internacional sobre la investigación en recursos humanos para la salud y los retos que las políticas dirigidas que este sector enfrenta, tres expertos en este campo, los investigadores Nigenda G (INSP); Dal Poz (OMS) y Godíeu Ch (OPS) coinciden en identificar que en el tema de recursos humanos en salud:

- Se empieza a reconocer el papel de los recursos humanos en el funcionamiento de los sistemas de salud, aunque de manera tardía;

- No se cuenta con una formación planificada de RHS, lo que genera un creciente desperdicio de la inversión social;

- Se requiere optimizar la distribución geográfica de los trabajadores de la salud para alcanzar a las poblaciones necesitadas;

- Se deben realizar acciones conjuntas entre las instituciones formadoras y empleadoras para solucionar los desequilibrios en el mercado de trabajo (desempleo/subempleo/desperdicio);

- Se necesitan modificar las políticas de recursos humanos para alcanzar la equidad, calidad y eficiencia de los sistemas de salud y enfrentar los retos en la planeación de RHS<sup>4</sup>.

En los resultados de la medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP)<sup>a</sup> en la Región América Latina y el Caribe (41 países participantes), particularmente la función ocho, denominada Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, la cual comprende identificación de perfiles para los recursos humanos en la salud pública, así como educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública, se detectó que el desempeño de la función en la mayor parte de los países era de interés bajo e intermedio. Además, en la mayor parte de los países participantes se incentiva la educación continua, se ofrece formación al personal de menos experiencia y se coordina con los centros de formación para su perfeccionamiento. Sin embargo, ninguno de los países cuenta con políticas y normas claras que aseguren la adecuada formación del personal; no hay sistemas para evaluar los resultados obtenidos con la formación y preparación del personal y no se aplican mecanismos para retener al personal mejor calificado, lo que genera una pérdida de lo obtenido a través de las acciones de educación y formación<sup>5</sup>.

El Programa de Acción 2007-2012 sobre Envejecimiento, de la Secretaría de Salud y la

<sup>a</sup> La OPS por medio de la Iniciativa “La Salud Pública en las Américas”, definió once FESP. Las funciones describen el conjunto de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo de mejorar la salud de las poblaciones.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, plantea, dentro de sus objetivos, mejorar las habilidades y competencias de los profesionales de la salud a través de la capacitación a distancia y presencial en el área de atención al envejecimiento, depresión, alteraciones de memoria y cuidados primarios<sup>6</sup>.

Bastan estas referencias para notar que el paradigma de recursos humanos en la atención del adulto mayor es de predominio de las ciencias médicas. Ya desde 1986 Polaino Lorente Aquilino hablaba de un modelo salutogénico ejemplificado con una frase del autor: *más allá de los médicos... pero con ellos*<sup>7</sup> ¡Vayamos al segundo desafío!

En la creación de mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud que produzcan profesionales sanitarios sensibles y calificados, la meta diecisiete establece que 80 por ciento de las escuelas de Ciencias de la Salud reorientaran su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria; así como habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional. Conceptualizando escuelas de Ciencias de la Salud a “las unidades educativas universitarias y técnicas que forman personal de salud: médicos, enfermeras y parteras”<sup>3</sup>; pero sí la apuesta fuera ésta, los datos no son muy alentadores.

En el caso de los médicos, la Sociedad de Geriátría de México reporta 320 geriatras para más de ocho millones de adultos mayores y cada año se espera formar 25 especialistas; al mismo tiempo recomienda un geriatra por cada 2000 personas mayores de 65 años. En el caso de las enfermeras el Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos de Enfermería reporta que no existe registro sobre la formación y capacitación de enfermería en la atención del adulto mayor porque no hay reconocimiento laboral.

### “Mirada Hegemónica”

Contra la mirada hegemónica de la biomedicina emergen otras posturas. La sociedad ha generado un conjunto de retos, oportunidades de desarrollo y consolidación para las Instituciones de Educación Superior (IES); entre éstas la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior –conocida en México como (ANUIES) a partir de un proceso de evaluación, estableció la misión, la visión

y los ejes de acción para las IES mexicanas del 2020. Lineamientos que coinciden con las propuestas por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), sobre el futuro de la educación superior en el mundo.

Dentro de las demandas planteadas están el mejoramiento del Sistema de Educación Superior (SES) a partir de la transformación de sus funciones de docencia, generación y aplicación del conocimiento, así como preservación y difusión de la cultura y servicios a la sociedad con altos niveles de calidad, *grado de pertinencia, en función de necesidades del entorno; mayor cobertura; alta eficiencia*; elevados niveles de rendimiento académico; con atención a la equidad y apoyos especiales a quienes más lo necesiten.

Se establece que las IES deberán tener como eje una nueva visión y *un nuevo paradigma de formación de los estudiantes* que se caracterice por incorporar elementos como la flexibilidad curricular; el *abordaje interdisciplinario de los problemas*; la actualización permanente de los programas educativos; *la incorporación de nuevos métodos que propicien una adecuada relación entre teoría y práctica*; la formación permanente y el aprender a aprender, a emprender y a ser; el fomento de la creatividad y del espíritu de iniciativa; el desarrollo integral de las capacidades cognoscitivas y afectivas; el fomento del espíritu crítico y *del sentido de responsabilidad social*; todo ello en los planos técnico, profesional y científico<sup>8</sup>.

La formación de recursos humanos enfocada al adulto mayor es una demanda y no sólo de los programas educativos de Ciencias de la Salud, como lo refiere el Capítulo III De los Programas y Las Obligaciones de las Instituciones Públicas y que a la letra dice: “La formulación de programas educativos de licenciatura y posgrado en geriatría y gerontología en todos los niveles de atención en salud; así como de atención integral a las personas adultas mayores dirigidos a personal técnico profesional. Las instituciones de educación superior e investigación científica incluyan la geriatría en sus currículo de medicina, y la gerontología en las demás carreras pertenecientes a las áreas de salud y ciencias sociales. En los planes y programas de estudio de todos los niveles educativos, la incorporación de contenidos sobre el proceso de envejecimiento”<sup>9</sup>.

En este marco conceptual y los retos nacionales, la Universidad Veracruzana (UV), en términos de política universitaria, asumió dentro de sus compromisos, en el programa de trabajo 2005-2009, velar por el cumplimiento de la *responsabilidad social* de la universidad a partir de la formación de los profesionales-ciudadanos que la sociedad requiere, así como la búsqueda de soluciones a los problemas sociales a través de la investigación, la extensión y la vinculación; compromiso que se atiende en el planteamiento de diferentes ejes y programas estratégicos<sup>10</sup>.

La Universidad Veracruzana busca enlazar la *formación de recursos humanos con la generación del conocimiento y su distribución social*, con el fin de que los universitarios hagan aportaciones significativas a la calidad de la convivencia con justicia social, a la creación de una nueva cultura política y de servicio; así el nuevo papel de la investigación vista como un eje para la transformación, la organización de tareas y *recurso esencial para proporcionar una formación profesional y atender las demandas sociales*<sup>11</sup>.

En el marco de una redefinición de la universidad y de pertinencia social, la Universidad Veracruzana desde el 2000 opera bajo un Modelo Educativo Integral Flexible (MEIF), que tiene como necesidad que la formación de los profesionistas se desarrollen mediante formas de aprendizaje basadas en la educación integrada. Es decir, que los estudiantes se formen con una visión inter y transdisciplinaria permitiéndoles atender las problemáticas de su disciplina; así como adquirir las habilidades para estar en condiciones de desarrollarse profesionalmente (aprendizaje permanente, desarrollo autónomo, trabajo en equipo, comunicación con diversas audiencias, creatividad e innovación en la producción de conocimiento y desarrollo de tecnología, destreza en la solución de problemas, desarrollo de un espíritu emprendedor, sensibilidad social y comprensión de diversas culturas)<sup>12</sup>.

## **A modo de conclusión**

El MEIF opera con un currículum flexible que permite a los estudiantes seleccionar las experiencias educativas y actividades de aprendizaje a cursar y, considerando los requerimientos del programa, sus intereses y disponibilidad de tiempo para cursar la carrera; la selección es acompañada por un tutor asignado a cada estudiante o por una instancia colegiada.

El diseño de las estructuras curriculares del nivel de licenciatura cubre contenidos en cuatro áreas de formación: básica, disciplinaria, terminal y elección libre. El área básica tiene como objetivo promover que el estudiante sea capaz de comunicarse y tener las bases para el estudio de una carrera universitaria, a partir de la adquisición de conocimientos y habilidades de carácter inter y multidisciplinario, metodológico, instrumental y contextual; los cursos que lo conforman son computación básica, inglés, lectura y redacción a través del análisis del mundo contemporáneo y habilidades de pensamiento crítico y creativo, entre otras.

El área de formación disciplinar está compuesta por experiencias educativas que al estudiante le permiten adquirir el carácter distintivo de cada carrera. Las experiencias en su mayoría son de carácter obligatorio. El área de formación terminal es el conjunto de experiencias educativas de carácter disciplinario que el estudiante elige para determinar la orientación de su perfil profesional; por lo que son de carácter optativo.

Por último, el área de elección libre está dirigida a la formación complementaria del desarrollo integral de los alumnos, en ella se incluyen las promociones al deporte, el arte y la cultura, la educación para la sustentabilidad y de la salud (prevención en el consumo de drogas y salud emocional, el abuso del alcohol, manejo del estrés, entre otros). Esta área es un espacio de oportunidad para que el estudiante amplié sus posibilidades de apertura y exploración hacia otros saberes y experiencias de aprendizaje distintos a los de su disciplina y futura profesión y que apoyen en la formación de una mejor persona y ciudadano<sup>11</sup>.

Es en esta área donde tiene cabida la experiencia de formación de recursos humanos que se reporta. Ésta consistió en una convocatoria abierta para que estudiantes universitarios se inscribieran en una experiencia educativa denominada educación para adultos mayores, con la intención de desarrollar competencias para favorecer el trabajo multidisciplinario y la interacción con grupos de adultos mayores, a partir de los ejes de enseñar y aprender sobre la salud.



Los aprendizajes promovidos se agruparon en tres ejes: teórico, heurístico y axiológico<sup>b</sup>. El eje teórico implicó el manejo de conceptos clave: educación, educación para la salud, adulto mayor y su salud; el eje heurístico se centró en el análisis de las realidades concretas, construcción de soluciones alternativas, planeación del trabajo y ejecución de un programa educativo relacionado con la salud del adulto mayor; el eje axiológico recuperó la forma en que encaraban las circunstancias problematizadas, tales como: apertura, responsabilidad social, disciplina, tolerancia, comunicación. Cada uno de estos ejes incorporó recursos técnicos para obtener evidencia de los aprendizajes generados (cuestionarios, bitácoras de campo y personales).

El proceso metodológico se sustentó en la evaluación formativa y de resultados de programas de intervención socioculturales, en seis fases proyectadas:

1. *Integración de un grupo multidisciplinario.* Se formó un grupo de ocho estudiantes de licenciatura: cuatro mujeres de la Facultad de Nutrición, así como dos mujeres y dos hombres de la Facultad de Contaduría. Cabe comentar que la mirada biomédica se hizo presente, por ejemplo la autopercepción de los estudiantes de Contaduría en un principio fue que poco aportarían al trabajo; cuando se platicaba de la experiencia (investigadores y autoridades) llamaba la atención qué hacían o qué harían los estudiantes de Contaduría; se cuestionaba el porqué ofrecer a todas las licenciaturas la experiencia educativa y no sólo a estudiantes del área de Ciencias de la Salud.
2. *Conciencia.* Apropiarse de saberes teóricos y empíricos relacionados con el adulto mayor; educación para la salud y la educación en el adulto mayor a partir de la revisión de ensayos, monografías y artículos originales, respecto de las temáticas; de las búsquedas en bases de datos; discusiones en clases, asistencia a eventos académicos relacionados con los contenidos.
3. *Reflexión. Acercamiento a las realidades: incorporación y vinculación al lugar de adscripción y a los escenarios de vida cotidiana del adulto mayor.* Los estudiantes tuvieron acceso a una institución responsable de la atención de adultos mayores: el Asilo Mariana Sayago en la ciudad de Xalapa, Veracruz. El asilo es una institución adscrita a los Servicios de Salud y en ella habitan 74 adultos mayores. A partir de las visitas al asilo los estudiantes conocieron los espacios del lugar; además de interactuar con los adultos mayores; platicar con el personal de salud: médico, nutriólogos y personal que coordina actividades recreativas: pedagogo, psicólogo y maestra de educación física; tener la caracterización de los residentes; conocer algunos diagnósticos de salud; así como hacer una valoración de las dietas.
4. *Problematización. Puesta en común: toma de decisiones sobre necesidades y deseos del grupo multidisciplinario, los adultos mayores y el lugar de adscripción.* A partir de las acciones de la fase de acercamiento y la revisión de literatura sobre alimentación del adulto mayor, el equipo decidió trabajar sobre el consumo de bebidas saludables de los adultos mayores en su cotidianidad (tipo de bebidas, clasificación en la escala de bebidas saludables y la cantidad de líquidos que consumen). Para esta fase se requirió que los estudiantes focalizaran sus visitas al asilo para platicar con un grupo de habitantes y observar en los diversos espacios el acceso a bebidas. También se habló con personal del área de nutrición y personal de cocina y el médico de la dependencia sobre la preparación de las bebidas y también la morbilidad asociada con el consumo de líquidos.
5. *Acción. Generación y ejecución de estrategias de acción para el compromiso.* Como resultado de la fase de problematización los estudiantes contaron con un diagnóstico sobre el tipo de bebidas saludables y la cantidad de éstas. A partir de los datos y de revisión de lecturas sobre la temática se tomó la decisión de dos acciones principales: 1) Socializar los resultados a los directivos; informar sobre algunos datos que reportan los aspectos teóricos y las investigaciones sobre el tema y en función de ambas plantear una serie de recomendaciones.

---

<sup>b</sup> En síntesis, el eje teórico abarca las formas de aproximarse al conocimiento, se sustenta en el estudio de la sistematización y de la construcción del conocimiento e incluye explicitar el enfoque teórico que se asume en los contenidos. El eje heurístico comprende el desarrollo de habilidades, procedimientos y procesos que permiten la solución de manera eficaz y creativa. El eje axiológico es el conjunto de actitudes y valores humanos que promueve la institución.

2) Promover el consumo de bebidas por parte de los adultos mayores y que fueran saludables, a través de un programa educativo.

6. *Evaluación.* En respuesta a la fase de acción, las autoridades de la dependencia y los adultos mayores aprobaron atender algunas de las recomendaciones planteadas por el equipo multidisciplinario, tales como cambiar el consumo de bebidas de una escala menos saludable a una más saludable; apoyar la promoción en los adultos sobre el consumo de bebidas; promover el consumo de bebidas durante las actividades recreativas y hacer más accesibles los recursos para la hidratación de los adultos mayores.

## A manera de reflexión

La metodología participativa –como estrategia de aprendizaje– puede constituirse en el círculo virtuoso contra la aporía pedagógica de la educación para la salud, en el sentido que dada esta experiencia permitió incorporar otros beneficios en la formación de los recursos humanos:

- A partir de la interacción con los otros se generaron nuevos saberes en los distintos ejes, no sólo en los estudiantes, también en los adultos mayores. Por ejemplo, en el eje teórico se recuperan aspectos relacionados con el consumo de bebidas saludables y su clasificación, hidratación en los adultos mayores; contenidos descubiertos por el contacto con los escenarios y la intervención realizada. En el eje heurístico, la metodología abordó problemas desde la realidad y la posibilidad de que el estudiante contribuyera desde su campo de experiencia a la solución de los mismos. En el eje axiológico permitió que, en el acercamiento a los adultos mayores, los estudiantes se sensibilizaran ante la situación que viven, y, por otra parte, en la tarea de promover acciones en pro de la salud, abre la posibilidad de que asuman el reto del autocuidado de su salud y se visualicen con una larga vida, pero saludable.

- Contribuyó en la eficiencia terminal de la experiencia educativa, fuera de 100 por ciento.
- Promovió la incorporación de otros integrantes al grupo multidisciplinario, al irse sumando personal de diferentes perfiles: una enfermera; una auxiliar de enfermería; una secretaria; una trabajadora social; una estudiante de pedagogía que realizaba su servicio social; el responsable de las actividades recreativas, un licenciado en Pedagogía; una maestra de activación física, licenciada en Educación Física; un pasante de Psicología, que apoya en actividades generales; dos licenciadas en Nutrición; un médico y estudiante de la Licenciatura en Gerontología y una doctora.

De la misma forma, el grupo de adultos mayores se fortaleció en número de participantes y se diversificó en las características. En un principio sólo se planeaba trabajar con el grupo de adultos mayores que tienen la posibilidad de moverse de manera independiente; sin embargo, participaron en el taller personas con algunas discapacidades físicas.

Así al grupo de ocho estudiantes se le sumaron diferentes perfiles, el cual terminó implicando 39 personas, que a partir de sus diversas formas y niveles de participación fortalecieron el trabajo y reflejan la idea de: más allá de los médicos... pero con ellos.

Y regresando al desafío uno: definir políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en los sistemas de salud. La experiencia fue presentada al Comité Estatal de Atención al Envejecimiento (COESAEN) del Estado de Veracruz, organismo que reúne a más de veinte instituciones de los sectores salud y educativo del estado y que tiene como objetivos contribuir a la prevención y el control de las enfermedades de mayor prevalencia en la población mayor de 60 años, además de desarrollar estrategias para su prevención oportuna. Las instituciones adheridas al COESAEN consideraron la experiencia factible y viable para instrumentarlas en sus respectivos lugares de trabajo. Otras profesiones, otras disciplinas, además de las Ciencias de la Salud tendrán un espacio más para su desempeño profesional.

## Referencias bibliográficas

1. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población en México 2005-2050. (Consultado: junio 2009). Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/proy/P-50.pdf>.
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas a propósito del día internacional de la población. Datos de Veracruz. Ignacio de la Llave. (Consultado: julio 2009). Disponible en <http://74.125.113.132/search?q=cache:QvTkNhdvNkUJ:www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2009/poblacion30.doc+Lugar+que+ocupa+veracruz+por+su+proporci%C3%B3n+de+personas+de+sesenta+a%C3%B1os&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015. Un compromiso compartido manual de la medición de líneas de base 2007. (Consultado: junio 2009). Disponible en [http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=320&Itemid=1](http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=320&Itemid=1).
4. Nigenda G. La década de los recursos humanos para la salud. En Boletín bimestral No. 3, 2007. Recursos humanos para la salud: formación, empleo y regulación. (Consultado: junio 2009). Disponible en [http://www.funsalud.org.mx/boletin\\_INSP/documentos/Boletin%20No%203.pdf](http://www.funsalud.org.mx/boletin_INSP/documentos/Boletin%20No%203.pdf).
5. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2009). Fortalecimiento de los sistemas de salud: funciones esenciales de la salud pública. FESP 8. (Consultado: mayo 2009). Disponible en [http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/FESP\\_08.htm](http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/FESP_08.htm).
6. Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012. Envejecimiento. (2008). (Consultado: julio 2009). Disponible en <http://www.cenave.gob.mx/progaccion/envejecimiento.pdf>.
7. Polaino-Lorente A. Educación para la salud. Barcelona: Herder; 1987.
8. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. La Educación Superior en el Siglo XXI. Líneas estratégicas de desarrollo. 2000. (Consultado: enero 2009). Disponible en <http://ses2.sep.gob.mx/somos/de/f5.htm>.
9. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión 2002. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Última Reforma DOF 24-06-2009. (Consultado mayo 2009). Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>.
10. Universidad Veracruzana. Programa de Trabajo 2005-2009. (Consultado febrero 2009). (Disponible en [http://www.uv.mx/programa\\_trabajo/index.html](http://www.uv.mx/programa_trabajo/index.html)).
11. Universidad Veracruzana (2008). Plan General de Desarrollo 2025. (Consultado enero 2009). Disponible en <http://www.uv.mx/planeacioninstitucional/documentos/documents/PlanGeneraldeDesarrollo2025.pdf>.
12. Universidad Veracruzana. Nuevo Modelo Educativo para la Universidad Veracruzana. Lineamientos para el nivel licenciatura. Propuesta. 1999. (Consultado mayo 10 2009). Disponible en <http://www.uv.mx/dgda/documentos/documents/nmelinea.pdf>.

# Hacia un análisis holístico de la vejez (Towards a Holistic Analysis of Aging)

Felipe R. Vázquez Palacios\*

## Resumen

En este trabajo muestro la utilidad de la idea de interfaz en el estudio de la vejez, como una manera de examinar y entender problemas y respuestas diferenciales, especialmente los que traen consigo la interacción y confrontación de formas de conocimiento y prácticas sociales que se encuentran en varios espacios sociales, simbólicos y geográficos entre la población anciana. Estoy interesado en poner énfasis en una metodología con la cual transitemos de lo biológico a lo social; de lo demográfico a los estudios de caso; de lo cotidiano y normal a la trascendencia religiosa del significado de la vida; abarcando la dimensión humana a partir de la dimensión religiosa como una de las actividades cotidianas que más estructura la vida de las personas de edad avanzada.

## Abstract

This paper deals with the usefulness of interface concept when studying aging. As a way to examine and understand differential problems and answers, particularly those dealing with interaction and confrontation of knowledge and social practices that can be seen in several social, symbolic and geographical spaces among elderly population. The interest of this paper is to focus on a methodology able to show the transition from biological aspects to social aspects; from demography to case studies, from a daily and normal attitude to an important religious attitude towards life, covering the human

dimension from a religious dimension as one of the daily activities that builds more the life of older people.

**Palabras clave:** interfaz, vejez, religión.

**Key words:** interface, old people, religion.

## Contextualizando el tema de estudio

Lo que voy a presentarles refiere a un aspecto que para la gran mayoría de las personas en edades avanzadas es la atmósfera esencial en la que se desenvuelven cotidianamente. Es una dimensión que, a mi manera de ver, constituye uno de los elementos definitorios del ser humano en su totalidad. Relegar o negar la dimensión religiosa, constituye un atentado a su identidad, una mutilación de su naturaleza y su ser más profundo.

Pese a lo anterior, los estudios sobre religión y vejez (especialmente en los países en vías de desarrollo) no han sido de interés para la comunidad académica; no obstante, que muchos de los profesionales han sido testigos de los efectos positivos y negativos que tiene la religión en la vida de los creyentes de edad avanzada. Esto debido al modelo segmentario que dominó la medicina y que separaba la enfermedad física de lo mental y de lo espiritual, pues se pensaba que la religión tenía poca injerencia en la ciencia médica. No fue sino hasta que apareció el modelo holístico de la medicina y la visión del ser humano en su totalidad,

\* Licenciado en Antropología Social por la Universidad Veracruzana (1980); maestro en Antropología Social por la Escuela nacional de Antropología e Historia (1986) y doctor en Antropología Social por la Universidad Iberoamericana (1996). Actualmente Investigador titular "C" en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social del Golfo. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1. Es coautor del libro *Cooperativas agrarias y conflictos Políticos en el sur de Jalisco (UAMI)* (1985). Autor de los libros *Protestantismo en Xalapa* (1991); *La gran Comisión. Id y predicad el Evangelio. Un estudio de interacción social* (1999); *Contando nuestros días. Un estudio antropológico sobre la vejez* (2003); *Historias de gente grande (video)* (2004); *Miradas sobre la vejez* (2006); *La fe y la ciudadanía de la práctica evangélica veracruzana* (2007). *Compilador del libro Construyendo la vida a partir de la muerte* (2009). Ha publicado artículos en *Cuadernos Urbanos, Plaza y Valdés, La Palabra y el Hombre, Cristianismo y Sociedad, Papeles de Población, CONAPO, Estudios Demográficos y Alteridades*, entre otras, en los que el interés académico está centrado en la diversidad religiosa y en la cultura de la ancianidad y la muerte en México. [fevaz@ciesas.edu.mx](mailto:fevaz@ciesas.edu.mx); [fvazquez@uv.mx](mailto:fvazquez@uv.mx).

<sup>a</sup> El departamento de medicina familiar de la Universidad del Valle en Cali, Colombia ha mostrado que 95% de los ancianos llevan a cabo prácticas religiosas, (oran o rezan, leen la Biblia, cantan, se persignan) regularmente, pero la religión poco aparece incluida en los reportes científicos como variable de estudio. Tan sólo 2% de las publicaciones en revistas de geriatría o gerontología, de *psij* | 2123quiatria, y de cuidado primario incluyen

con lo que se empezó a reconsiderar el papel de la religión para completar el modelo biopsicosocioespiritual, en que la religión no reemplaza pero sí complementa una buena práctica médica.

Es de mencionar que la carencia de estudios sobre religión y vejez por el lado de los científicos sociales de la religión se debe a que éstos se habían interesado más en lo religioso como escenario de interacciones entre lo sagrado y lo profano, como marco de disputas por el poder. Observando lo religioso como un hecho colectivo y como factor de identidad grupal que manipula y se apodera de las identidades individuales. No les interesaba el aspecto personal ni la función manifiesta de la religión como bálsamo y guía espiritual; como experiencia trascendental, transformadora, capaz de prodigar una sensación de plenitud, de seguridad personal y protección divina, que calma, mitiga y sana, que ayuda a aceptar el paso de los años e incluso la propia muerte<sup>a</sup>.

Por otro lado, los estudiosos en la vejez en ciencias sociales no se habían abocado al estudio de la religión y la vejez, debido al fuerte dominio de las ciencias naturales. En las etnografías se observaba a la vejez básicamente como un cambio gradual en las obligaciones de trabajo a la par que declinaba su vigor. Se destacaban algunas actividades de consejería y representación y su función como mediadores de conflictos, casi siempre como personas respetadas y veneradas por su conocimiento no sólo de la comunidad, sino básicamente por el manejo del ritual religioso y las costumbres del grupo étnico (De Beauvoir, 1983)<sup>b</sup>. Pese a que lo religioso estaba muy relacionado con las personas de edad avanzada, los antropólogos no profundizamos en estas prácticas y creencias religiosas en las que el anciano estaba involucrado<sup>c</sup>; tampoco en la forma en que permeaban y enriquecían su vida cotidiana.

---

<sup>a</sup> Mucho de este desdén en ciencias sociales se debe a la frase lapidaria de Marx: "La religión es el opio del pueblo," que influyó en el pensamiento de varios antropólogos y sociólogos de la religión.

<sup>b</sup> Los trabajos antropológicos, en su mayor parte, han hecho referencias con esta imagen idílica del anciano (especialmente masculino) honorable, venerado y respetado, especialmente en trabajos etnográficos de los 50 a los 80.

<sup>c</sup> Los antropólogos estábamos muy interesados en la forma en que lo religioso reforzaba su identidad y autoestima y mantenía su estatus social.

A medida que se complejizaba y desarrollaba la sociedad, los estudiosos sociales de la vejez se vieron fuertemente influenciados por la investigación demográfica, pues era el instrumento de planificación más importante para comprender los principales problemas del país: trabajo, educación, salud y seguridad social (Benítez, 2000).

Bajo esta óptica, la vejez es replanteada como un capital social inactivo, que tiene una problemática de graves riesgos familiares e intergeneracionales para la sociedad, especialmente en los que se refiere al cuidado y atención. Tuvieron que pasar algunos años para que la antropología se sacudiera estas influencias y se empezara a analizar la vejez como una construcción social, culturalmente pautada, a la que se le atribuyen propiedades específicas. Ya no poniendo el énfasis en la pérdida, o en la carga de efectos negativos<sup>d</sup>, sino en los desafíos (Fericgla, 1992; Aceves, 2005). Abriéndose paso como una problemática multidimensional, donde ya no es lo biológico, lo demográfico o lo básicamente social, sino también, lo filosófico, ético, religioso, inclusive lo teológico<sup>e</sup>.

## Los estudios sobre religión y vejez

En la actualidad cada vez más los especialistas en cuidado y atención a las personas mayores y quienes reciben estos cuidados, demandan una atención más completa, la cual no se restrinja únicamente al aspecto físico, sino que aporte o considere otras dimensiones como la psicológica y la espiritual. Es decir, se requiere una interpretación de todo aquello que conforma el ser, esto es: cuerpo, mente y espíritu.

Existen en la actualidad varias investigaciones que señalan la forma en que lo religioso incide en la vida de las personas de edad avanzada, quisiera sólo resaltar algunas de las más frecuentes:

---

<sup>d</sup> Se han señalado en diversos foros las consecuencias económicas y políticas que representará el envejecimiento de la población, por ejemplo: una crisis en el financiamiento de las pensiones en relación con el amplio sector jubilado y el reducido sector productivo que cuando la pirámide de edades se invierta existirán pocas posibilidades de promoción profesional para los trabajadores jóvenes, lo que no incentivará a la PEA del futuro.

<sup>e</sup> Son varios los estudios que señalan los efectos que tiene el factor religioso en las personas de edad avanzada: Pittard y McFadden (1994); Petersen y Roy; (1985); Roberts (1984); Idler y Kasl (1992); McFadden (1995); Johnson (1995); Koenig (1995) y Vázquez (2000).

- La función corporativa. Cox & Hammonds (1988) muestran que lo religioso da la oportunidad de mantener el estatus logrado; los integra otorgándoles una nueva identidad, una nueva familia, disminuyendo la soledad, la pena, la infelicidad, aumentando el altruismo, reduciendo el aislamiento, el desamparo y la pérdida (Koenig, 1995).
- Lo religioso es un recurso social. Binstock (1999) ve como la comunidad religiosa amortigua problemas financieros y de salud, así como las amenazas y los retos que se enfrentan en la vejez. Ve a la comunidad religiosa como un campo amplio de servicios.
- Hace trascender las situaciones difíciles. Koenig (1995) evidencia que ciertas prácticas religiosas mejoran “situaciones límite” en la salud física y mental de las personas cuando éstas siguen las normas de cuidado de su doctrina, una dieta sana, prácticas higiénicas y evitando conductas dañinas.
- Proporciona modelos de sufrimiento y paradigmas para justificarlos y aceptarlos a través de la fe como una forma de sacrificio y desarrollo espiritual. Koenig (1995) enseña a aceptar los cambios y a cambiar, a perdonar y perdonarse, a tener control de autodeterminación, así como una seguridad en la vida después de la muerte.
- La fe da optimismo y habilidad para enfrentar situaciones estresantes evitando la depresión, el suicidio, la ansiedad, las enfermedades mentales crónicas, así como recurrir al alcohol, tabaco, enervantes y las drogas y solución a problemas de personalidad y mala conducta. Cox y Hammonds (1988); Idler y Kasl (1992); Pittard (1994); Johnson (1995); Binstock (1999) y Atchley (1995).

Si bien es cierto que hay muchos efectos positivos de lo religioso en la vejez, también hay efectos negativos. Los principales ponen énfasis en los métodos y cuestiones epistemológicas, especialmente en el hecho de que no se podrá someter la espiritualidad a un control riguroso en cuanto a una medición sobre el bienestar de las personas de edad avanzada, por ejemplo, el poder de la oración ¿cómo lo miras?

Otras críticas a lo religioso señalan que es muy difícil establecer una relación entre el bienestar y un determinado cuerpo de creencias.

Otros señalamientos apuntan a lo difícil de establecer una relación entre el bienestar y un determinado cuerpo de creencias. Las actitudes de conformismo ante ciertos eventos que afectan a las personas de edad avanzada y en donde todo se le deja a Dios. O bien, ciertas ansiedades, especialmente cuando el pecador al final de su existencia considera irreparables ante los ojos divinos y de su sociedad ocasionándole una insatisfacción e incomodidad en la vida son aspectos negativos que se minimizan mucho.

Se hace hincapié en las prohibiciones como, por ejemplo, la negativa a una transfusión de sangre, ciertas intervenciones quirúrgicas, tratamientos, medicamentos, argumentando el poder absoluto de la oración y la intervención divina en la salud de los creyentes. Destacan en este mismo rubro las prohibiciones de cierto tipo de alimentos, bebidas, vestimenta, apariencia física y estrictas normas de conducta que se imponen a los creyentes para lograr una buena relación con lo divino. A decir de algunos estudiosos, todo ello no les permite el disfrute de los placeres de esta vida.

Se menciona la necesidad de los líderes de la iglesia de actualizarse y ajustarse a las necesidades de sus feligreses, especialmente ahora en donde se vive en un ambiente cada vez más secularizado, plural, globalizado, fragmentado y competitivo del campo religioso. Autores como Coleman (2003) sostiene que la religión ha dejado desempeñar funciones de integración y como proveedora de significado, perdiendo autoridad ante el desarrollo cada vez más autónomo de una espiritualidad<sup>f</sup>.

## Propuesta metodológica

De acuerdo con Berger (1969), las religiones representan construcciones sociales de modos de ver la realidad, las cuales llegan a ser una especie de “dosel sagrado” sobre todas las formas de actividad humana. Esto nos sugiere que lo religioso enfatiza la unión entre las relaciones humanas y divinas, afectando la manera de experimentar la ancianidad. Es decir, el ser humano tiene una dimensión física y otra espiritual, por lo que pensamientos y actitudes, padecimientos y malestares que presente

<sup>f</sup> Johnson (1995) encontró que a pesar de que vivimos en un mundo que camina aparentemente hacia la secularización, la gente sigue viendo a la religión como un medio para encontrar significado a la vida, hacerla menos difícil, más satisfactoria y aceptar, pues la religión es una fuente de significados que incrementan la aceptación de la vejez.



una persona deben ser enmarcados y subsanados dentro de estas dimensiones<sup>9</sup>.

Lamentablemente, antropólogos, sociólogos, psicólogos, médicos, enfermeras, gerontólogos, terapeutas, entre otros profesionales que tratan con los senectos, han dejado pocas notas en varios de sus informes técnicos y de investigación para llevar a cabo este tipo de concepción holística, que nos lleve a pensar en nuevas herramientas epistemológicas y metodológicas para su análisis y praxis.

Ante este contexto, no se puede seguir pensando en términos de positivismo de una “vejez exitosa”; tampoco quedarnos con la noción alarmista de la vejez como un lastre o carga social; o en los estereotipos de “victimización” y la “pasividad” con que se ha visto a las personas de edad avanzada, donde se les niega la capacidad de responder con eficacia a sus circunstancias de vida, ni dejando de lado lo religioso como algo individual y relativo.

Necesitamos una apreciación más completa de sus “mundos de vida” de nuestros sujetos de estudio, de sus conocimientos y prácticas de todo tipo, donde no se vean como mundos separados, sino como mundos que se reafirman y se comparten experiencias en contextos reales e imaginarios, edificando experiencias con las que se esfuerzan por entender “realidades múltiples”. Requerimos, pues, de un punto de vista más interpretativo y fenomenológico que atienda las diferentes dimensiones y conexiones de experiencias, así como de contextos reales e imaginarios, con énfasis en una metodología con la cual transitemos de lo físico a lo espiritual, de lo individual a lo colectivo, de lo biológico a lo social; con la que pasemos de la búsqueda interior y el significado de la vida a la trascendencia espiritual, a partir de lo cotidiano; que nos permita interactuar en cada una de estas construcciones del conocimiento, abarcando la dimensión humana en su totalidad como una experiencia viva y trascendente.

Mi propuesta intenta pensar en un legado metodológico y epistemológico en que, a través

<sup>9</sup> No todos los padecimientos son físicos. El hecho de atender exclusivamente los padecimientos físicos por medio de la administración de medicamentos, no es garantía de que las personas vivan felizmente. Aquellos que están encargados del cuidado de la salud deben atender la dimensión física y espiritual de estos padecimientos, esto es no sólo sanar aquellos males que aquejan al cuerpo sino también a aquellos que aquejan al alma.

de la investigación cualitativa, la interpretación y el análisis de la vivencia de la ancianidad, se escuche al anciano con sus experiencias existenciales y sobrenaturales encarnadas en cada una de sus relaciones e interacciones sociales, no sólo en su aquí y ahora, también en su pasado y en su futuro y en el más allá.

Donde nos transportemos a lo que es la vida y la muerte, el amor y el desamor, la felicidad y el sufrimiento, el bien y el mal. Donde a partir del actor social conectemos sus actividades económicas con sus prácticas religiosas. Su pensar con su sentir. En pocas palabras, que nos permita entrelazar sus diferentes proyectos de vida, terrenales y celestiales; así como analizar y maniobrar de manera heurística todo lo que conforma su vida.

Para lograr lo anterior, considero que la noción de interfaz, acuñada por Norman Long (2007)<sup>h</sup>, es apropiada para situarnos en una buena posición etnográfica, pues nos conecta al mismo tiempo con el mundo real, como con el imaginario, identificando sitios de continuidad y discontinuidad, ambigüedad y diferencia; examinando cómo se median y perpetúan las conexiones e interacciones y sensibilizando al investigador, al cuidador o al promotor de desarrollo, en la importancia de cada uno de estos mundos de conocimiento<sup>i</sup>.

Desde esta perspectiva de interfaz es posible captar mejor la producción de fenómenos heterogéneos, así como de la interacción de “realidades múltiples” que se construyen con experiencias entrelazadas; donde a través de un análisis detallado de la vida cotidiana del actor social, nos proveemos de un campo rico para examinar el “cómo”, el “para qué” y el “porqué” las personas ancianas buscan asir cognitiva

<sup>h</sup> El término en español de interfaz proviene del inglés *interface* (con raíz común latina *inter* –entre, en medio o entre varios, *faces* –superficie, lado de una cosa). Es definido por el Diccionario de la Real Academia Española, como zona de comunicación o acción de un sistema sobre otro. Insunza (2006) lo define como un espacio de intercambio y conflicto en el que ciertos factores se interrelacionan no causalmente, sino intencionalmente. En este espacio se efectúan relaciones sociales comúnmente asimétricas. Los sujetos en la interfaz son individuales o colectivos, los cuales por su lugar en el espacio social, como por su historicidad, portan una cierta configuración de estrategias de conocimiento, normas y valores constituidos por múltiples discursos e interacciones donde se intercambian bienes de todo tipo (p.282).

<sup>i</sup> Estos espacios (interfaz) son identificados etnográficamente, no conjeturados con base en categorías predeterminadas.

y organizativamente las situaciones problemáticas que enfrentan. Especialmente la pérdida de la salud, ya que a partir de ahí se generan una serie de discapacidades físicas que provocan pérdida de autonomía y de autoestima, mermas del estatus social, de autoridad, de control. Aparece la ansiedad, la depresión, el miedo, la tristeza; padecimientos que no son posibles curar por medio de los cuidados físicos, la administración de medicinas o con la existencia de enfermeras y médicos, sino con la elaboración de frases y palabras mágicas que al comunicarlas funcionen como instrumentos para obtener esa calma y un estado emocional que incentiva la conducta relacionada con la salud y contribuye al buen envejecimiento (McFaden,1995)<sup>i</sup>.

Esta fenomenología de la vejez permite relacionar el mundo natural y sobrenatural con un engranaje mágico de palabras que esconden potencialidades divergentes; donde además se toma conciencia de vivir en el tiempo, de lo que se es, se hace, refleja, se concibe e interpreta. Es decir, se aprende a saber quién es, que no es otra cosa, sino el conocimiento acumulado objetivo y aprendido, sistematizado, conceptualizado bajo ciertas circunstancias, puesto que el hombre es un ser en situación, donde sus conocimientos dependen de su estilo de vida y una cultura determinada.

Busco en esta fenomenología de la vejez, la creación de nuevas metáforas que, sin salirse del mundo científico, describan los fenómenos humanos y sobrenaturales, indagando con ello un camino diferente al planteado por las ciencias naturales y las ciencias demográficas.

Si los fenómenos humanos son ante todo culturales, las respuestas deben partir de la cultura, donde el individuo pasa de un estado de indeterminación biológico a un estado de incompletitud cultural, siendo la completitud una etapa inalcanzable en el mundo real<sup>k</sup>, que exige a los analistas, tanto de las ciencias sociales como de las otras ciencias no seguir pensando en términos positivistas, ni románticos,

<sup>i</sup> *McFaden (1995) muestra los beneficios que otorga la fe, la oración, la meditación, el placer que producen participar en el culto.*

<sup>k</sup> *La muerte en algunos casos representa una forma de completitud opuesta a la incompletitud de la vida. Según la teoría de la incompletitud del hombre, expresada en formas diferentes sobre todo por Gehlen (1992), el ser humano para vivir en el mundo precisa de la intervención de la cultura.*

sino en una narrativa<sup>l</sup> que nos dé la posibilidad de reestructurar el mundo a través del imaginario, de construirlo y reconstruirlo verbalmente cada vez en relación con los cambios contextuales (sociales, económicos, históricos, políticos, étnicos, etc.)<sup>m</sup>.

Solamente así es como podemos tejer las esperanzas en la vejez, comprender sus problemas, penetrar en su aquí y ahora, despejar misterios y dejar entrever la validez de su experiencia y el sentido de la vida; en una dimensión donde se revitalicen sus significados, se recuperen sus identidades, se valoricen sus experiencias, donde su vida se transforme en contacto con las verdades y necesidades que no se pueden cambiar. Sobre todo en este mundo en el cual nos movemos en el vacío de la destructividad<sup>n</sup>.

## Atando cabos

Desafortunadamente la racionalidad moderna persiste en dividir al ser humano en el binomio cuerpo-espíritu, donde el primero es el que realmente existe, es la materia donde se concentra el conocimiento. Mientras en el ámbito espiritual no existe y se les deja a aquellos sectores de la sociedad que son despojados de todo dominio cognitivo o que se les niega su discurso por considerarlo subjetivo, y por ende, falso. Estos dos códigos diferentes, digeridos de manera distinta por los procesos cognitivos, los ancianos los manejan de manera cotidiana como una realidad ordenada y compartida. Este manejo aparece en las maneras en que los individuos organizan sus relaciones sociales y en cómo problematizan sus situaciones; pues la vida cotidiana está orientada, en esencia, a resolver problemas prácticos.

Así vemos a las personas de edades avanzadas que confían su salud, atención y cuidado tanto a la

<sup>l</sup> *La narrativa es una forma de construcción imaginativa del mundo y del individuo; a través de la cual el sujeto se hace autor de sí mismo reestructurando la cronología de su vida en secuencias narrativas dotadas de sentido. Constituye un instrumento valioso para recuperar esta dimensión utópica en las impalpables regiones de lo imaginario.*

<sup>m</sup> *El hombre se encuentra envuelto en una doble espiral de ficciones: la construcción de sí mismo como ser plenamente humano y su reconstrucción imaginaria en el nivel narrativo.*

<sup>n</sup> *La religión se utiliza para llenar los vacíos que la superficialidad, consecuencia del consumo, la moda, el sistema capitalista, ha dejado en el alma de las personas (Lipovestky, 2006; p. 62).*

familia como al conocimiento científico, pero, sobre todo, a su capacidad de relacionarse con lo divino y la vitalidad que éste les prodiga. Bajo la perspectiva de interfaz, estas experiencias de conocimiento no son una simple acumulación de hechos, sino que implican formas de aprehender el mundo. El conocimiento tampoco está del todo unificado o integrado en términos de una lógica cultural subyacente o de un sistema de clasificación; puesto que la producción y transformación de conocimiento no radica en sistemas de categorías o esquemas clasificatorios, sino en los procesos mediante los cuales estos actores sociales interactúan, negocian y se acoplan a los mundos de vida de los demás. Por esto, considero que los adultos mayores operan con una multiplicidad de entendimientos, creencias y compromisos. Me atrevería a decir que tienen esa capacidad de ver todo holísticamente, pues la vejez tal como lo dijera Ericsson: "es la suma de todas las etapas de la vida". Por ello, hemos de comprenderlos en su totalidad.

Es mediante la interfaz que comprendemos que este conocimiento está constituido por las maneras en que los individuos o grupos sociales clasifican, codifican, procesan y otorgan significado a sus experiencias; y que surge de un proceso complejo que involucra factores sociales, situacionales, culturales, institucionales, espirituales, que a la vez se ve afectado por varias contingencias sociales tales como habilidades, orientaciones, experiencias, intereses, recursos y patrones de interacción social, característicos de la persona o grupo en particular.

El interés en la interfaz responde, entonces, a una conciencia aguda de la forma en que interceptan e interactúan formas de conocimientos diferentes y quizás antagónicas. De esta forma superamos la concepción de la vejez como pérdida, imitación, pasividad y estorbo; y concebimos a los senectos como actores activos que movilizan razones, deseos, fantasías, emociones, intereses, sentimientos, acciones, utopías y voluntades. Además, nos ayuda a trazar sus consecuencias sociales y comprender cómo se reorganiza y estructura esta etapa de la vida, poniendo énfasis no sólo en realidades materiales, sino en realidades espirituales implicadas en todas las esferas de la vida del anciano<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> En la medida en que se destaque el análisis fenomenológico cultural de la espiritualidad podrán articularse aspectos fundamentales en la vida del anciano de gran incidencia en la estructura social humana en sus últimas fases, cuestión que por cierto ha sido muy poco abordada.

La urgencia ahora es convencer a los diseñadores de políticas públicas, a los cuidadores y a los agentes relacionados con la problemática de la vejez, sobre la necesidad de reflexionar y crear interfaces en nuestro quehacer profesional que nos permitan ampliar, no sólo el conocimiento, sino el espacio público y con ojos frescos y holísticos pensar en una mejor vida en la ancianidad; especialmente con ese sentido de la vida que, por cierto, empieza volverse algo necesario en nuestros tiempos actuales en los que es menos claro hallar algo a que aferrarnos.

Por medio de estas interfaces necesitamos encaminar los esfuerzos a un plan más allá del sistema de seguridad social, de ingresos y de participación económica para personas de edad avanzada; así como más allá de la preocupación de mejorar los índices de morbilidad y mortalidad de tener nuevos retos de salud de incorporar más responsabilidades familiares e institucionales, o de buscar momentos políticos y administrativos adecuados.

Los costos social y económico que tanto nos hacen ver los analistas del proceso de envejecimiento, no son tan apremiantes como parecieran en la vida de los ancianos; si bien, es cierto que hay pérdidas en las capacidades físicas y mentales, disminución de autonomía y adaptabilidad, menoscabo de roles familiares y sociales, retiro del trabajo, pérdida de capacidad económica, cese de otras actividades, éstas no son valoradas por los ancianos como tales, sino incluso pueden ser percibidas como opuestas.

A mi manera de ver, necesitamos ver hacia adentro de las experiencias y prácticas que los mismos ancianos mantienen en sus núcleos familiares, en sus ambientes laborales y principalmente en los entornos religiosos en los cuales han sido formados sus principios y valores. Buena parte de la dinámica social desarrollada por los ancianos, tanto individual como colectiva, se lleva a cabo motivada por este sentido espiritual.

Es aquí donde, a través de la interfaz, existe la posibilidad de reestructurar el mundo a través del imaginario, de construirlo y reconstruirlo cada vez en relación con los cambios contextuales (sociales, económicos, históricos, políticos, étnicos, etc.), con una perspectiva de integración, capacidad y restauración, que nos ayude a resolver finalmente la atención entre integración y separación, marginación

y abandono. Además, nos ayudará a ver la conexión de los creyentes con otros creyentes, así como con los que están en el más allá (sobre todo con Dios), con los cuales se comparten propósitos y significados de la vida, alejando o mitigando los temores y dando continuidad a la existencia.

## Referencias bibliográficas

1. Adams F. The Role of Old People in Santo Tomás Mazaltepec. *Aging and Modernization*. New York: Edited by Donald o Cowgill & Lowell D. Holmes; 1982.
2. Aceves MMS. La vida cotidiana en un asilo de ancianos en México. Tesis de Doctorado en Antropología Social. Universidad Iberoamericana. México. 2005.
3. Anzola E. Alternativas a la institucionalización de los ancianos en América Latina. En *Atención médico social a la tercera edad en América Latina*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social; 1993.
4. Aramburu C. Importancia de los hijos en la vejez y cambios en el comportamiento reproductivo. Estudio en tres comunidades rurales. *Estudios Demográficos y Urbanos*. Enero-abril 1994; 25 (9).
5. Atchley R. The continuity of the spiritual self. En *Spirituality, and religion. A handbook* edited by Melvin A. Kimble, Susan H. Mcfadden, James W. Elior and James J. E. Bairren. Minneapolis: Editorial Fortress Press; 1995.
6. Benítez R. Desde la elevada meseta mexicana: con una larga vista demográfica. Ponencia presentada en el Colegio de México el 4 de agosto en el Encuentro de SOMEDE en la sesión: Balance y perspectivas de la disciplina demográfica. México. 2000.
7. Berger P. *El dosel sagrado*. Buenos Aires: Edit. Amorrortu; 1969.
8. Bezrukov L. La población anciana en América Latina. En *Atención médico social a la tercera edad*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social; 1993.
9. Brenes A. Realidad de la población anciana en América. En *Atención médico social a la tercera edad*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social; 1993.
10. Butterworth D. Tilantongo: comunidad mixteca en transición. México: SEP-INI; .
11. Casals I. *Sociología de la ancianidad en España*. Madrid: Mezquita; 1982.
12. Córdoba O, Francisco R. Ciclo de vida y cambio social entre los zoques de Ocoatepec y Chapultenango, Chiapas. En *Los zoques de Chiapas*. México: Instituto Nacional Indigenista; 1975.
13. Cox HG, Hammonds A. Religiosity, aging, and life satisfaction. *Journal of Religion and Aging*. 1988; 5 (1-2).
14. De Beauvoir S. *La vejez*. México: Edit. Hermes; 1983.
15. Fajardo G. Los problemas de la técnica costo-beneficio en los programas médico-sociales para la tercera edad. Consideraciones Generales. En *El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales*. Editado por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. México; 1995.
16. Fericgla JM. *Una antropología de la ancianidad*. España: Anthropos; 1992.
17. Gehlen A. *Antropología filosófica. Del encuentro y descubrimiento del hombre por sí mismo* Barcelona: Paidós; 1993.
18. Gilleard C. Consumption and identity in later live: toward a cultural gerontology. *Aging and Society*. Copyright, Cambridge University Press. 1996; No.15.
19. Gomes MC. El envejecimiento poblacional y las formas de residencia en México. En *Papeles de Población*. Octubre-Diciembre 1997; 3 (14).
20. Vida en familia e institucionalizacáo em um contexto de envelhecimento populacional O caso do México. En *Revista da ABEP*. Enero-junio 1998; 15 (1).
21. Guzmán MC. El cuidado y atención del anciano y su significado social en una comunidad indígena. Tesis de Licenciatura en Antropología. Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver. 1999.
22. Representaciones sociales en las continuidades y discontinuidades de los roles de las personas mayores en una localidad rural de Veracruz. Tesis de Maestría en Antropología Social. CIESAS. Occidente-Sureste. San Cristóbal de las Casas, Chiapas. 2004.

23. Ham R. *The Elderly in Mexico: Another Challenge for a Middle-Income Country*. International Institute on Aging, Malta. 1975.
24. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. En *Salud Pública de México*. Noviembre-diciembre 1996; 6 (38).
25. Envejecimiento y desarrollo en Latinoamérica: una relación bidireccional. En Carlos Welti (coordinador) *Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después de El Cairo-94*. Fondo de las Poblaciones Unidas. The John D. and MacArthur Foundation. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM. México. 1997.
26. El envejecimiento en México: de los conceptos a las necesidades. En *Papeles de Población*. Enero-marzo 1999; Número 19. Año 5.
27. Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población. En *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*. México: CONAPO; Julio 1999.
28. El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica. México: Colegio de la Frontera Norte; 2003.
29. Cantú H de J, Hernández R. *Envejeciendo entre la caña y el café*. Tesis de Licenciatura en Antropología. Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver. 2000.
30. Idler EL, Kasl SV. Religion, disability, depression, and the timing of death. *American Journal of Sociology*. 1992; 97(4).
31. Insunza E. El reto de la confluencia. Las interfaces societales en el contexto de la transición política mexicana (dos casos para la reflexión). En (coordinadores) Dagnino, Alberto Olvera y Aldo Panfichi *La disputa por la construcción democrática en América Latina*. Coord. Evelina FCE. CIESAS.UV. México. 2006.
32. Johnson R. The significance of religion for Aging Well. En *American Behavioral Scientist*. Noviembre-diciembre 1995; 39 (2).
33. Koenig G. Religion and health in later life. En *Aging, spirituality, and religion. A handbook* edited by Melvin A. Kimble, Susan H. Mc Fadden, James W. Ellor, and James J. Seeber; Foreword by James E. Birren. Minneapolis: Editorial Fortress Press; 1995.
34. Lipovetsky P. *Los tiempos hipermodernos*. España: Ed. Anagrama; 2006.
35. Long N. *Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor*. México: Colegio de San Luis y Ciesas; 2009.
36. Mc Fadden S. Religion and Well-Being in Aging Persons in an Aging Society. En *Journal of Social Issues*. London. 51(2).
37. Montes de Oca V. ¿Envejecimiento? Una discusión sobre la edad y su relación con el empleo, retiro y reproducción social. En *Envejecimiento demográfico y empleo, Memorias del Taller de expertos en envejecimiento demográfico y políticas de empleo para grupos vulnerables*. Julio 1999.
38. Morales M. El impacto de la religión en la vejez. Tesis de Licenciatura en Antropología. Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver. 2007.
39. Navarrete R. El impacto de la migración en la ancianidad. Tesis de Licenciatura en Antropología. Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver. 2001.
40. Ortega M. Hacia una vejez y seguridad social inciertas. Tesis de Licenciatura en Antropología. Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver. Universidad Veracruzana. 2000.
41. Petersen L, Roy A. Religiosity, anxiety, meaning and purpose: Religion's consequence for psychological well-being. *Review of Religious Research*. 1985.
42. Pittard B, McFadden S. From loneliness to solitude: Religious and spiritual journey in late life. En *Aging and the religious dimension*,. Editado por L. Eugene Thomas y Susan A. Eisenhandler. Auburn House. London. 1994.
43. Reyes L. Los zoques de Chiapas: salud, enfermedad y atención en la vejez. Tesis de doctorado. Tijuana BC: Colegio de la Frontera Norte; 1988.
44. La vejez indígena. El caso de los zoques del noreste chiapaneco. En *Papeles de población*. Centro de investigaciones y Estudios Avanzados de la Población. Toluca: UAEM; 1999.
45. El contexto cultural y económico del envejecimiento. El caso de los zoques de Chiapas. En *Envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*. México: CONAPO; 1999<sup>a</sup>.
46. Reyes-Ortiz M. "Must physicians ignore God?" *CA. J. A Geriatric Sociology*. 1995; 43.
47. Ronzón Z. El anciano ante la falta de asistencia social y de salud. Tesis de Licenciatura en Antropología. Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver. 2000.

48. Seale C. Living alone towards the end of the life. En *Aging and Society*. Copyright. Cambridge University Press. USA. 1996; No.16.
49. Thomas L. Antropología de la muerte. México: FCE; 1983.
50. Tuirán R. Desafíos del envejecimiento demográfico en México. En *Desafíos del envejecimiento demográfico. en México: Retos y perspectivas*. México: CONAPO; 1999.
51. Vázquez F. La espiritualidad como estilo de vida y bienestar en el último trecho de la vida. En *Estudios Demográficos*. 2001.
52. Ventura A. El ocio en la vejez. Análisis antropológico sobre la organización de la práctica del ocio en dos grupos de adultos mayores (Xalapa y Tlaxcala). Tesis de Licenciatura en Antropología. Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver. 2007.
53. Wallis E. Vejez prematura de la mujer indígena. En *América Indígena*. Octubre 1953; 13(4) III.



# Sociodemografía de la población anciana: revisión de las perspectivas metodológicas individual y de hogares\*

(Sociodemography of Older Population: An inspection of Individual and Household Methodological Perspectives)

Susana Villasana Benítez\*\*

## Resumen

En este trabajo se presenta una revisión del estado de conocimiento sobre la población adulta mayor considerando el alcance de los datos censales dado el próximo levantamiento del XIII Censo General de Población y Vivienda 2010, en México.

Se busca mostrar la necesidad de agrupar los datos censales por hogar, y no sólo de manera individual, incorporando el concepto de ciclo de vida familiar; información que permite profundizar en el conocimiento de las características sociodemográficas de la población, destacando los hogares con presencia de adultos mayores.

## Abstract

This paper shows a checking of elder population researchers, considering census information and put attention of the next thirteenth census 2010 in Mexico.

We try to show the necessity of put into groups the census data for household and not only for individual information, adding familiar life cycle concept, it permits to study in a deep way the sociodemographic structure of population, emphasizing household inhabited for elders.

**Palabras clave:** envejecimiento, indicadores sociodemográficos, ciclo de vida familiar.

**Key words:** aging, sociodemographic indicator, familiar life cycle.

## Introducción

El fenómeno del envejecimiento de la población es, principalmente, producto de la transición demográfica y epidemiológica, que dio inicio en el primer tercio del siglo XX<sup>1</sup>, cuyas características y formas de expresión dependen de múltiples factores, tanto biológicos como sociales. En esta etapa del ciclo de vida individual las redes familiares y sociales (grupos de apoyo, solidarios y afectivos) juegan un papel importante ante el envejecimiento que puede traducirse, según el caso, en niveles aptos de vida o en situaciones extremas de marginación<sup>2</sup>.

En este trabajo se hace una revisión del estado de conocimiento sobre la población adulta mayor, con base en información estadística de América Latina y el Caribe, en especial de México, buscando con ello mostrar que para conocer la constitución de los hogares con presencia de adultos mayores se requiere de un arreglo de variables distinto.

Debido a que está próximo el levantamiento del XIII Censo General de Población y Vivienda 2010, en México, este trabajo propone la necesidad de elaborar tabulados especiales incorporando el concepto de ciclo de vida familiar y donde se agrupen los datos censales por hogar y etapa de ciclo, información que permite profundizar en el conocimiento de las características sociodemográficas de la población.

## ¿Qué sabemos del proceso de envejecimiento de la población? Algunos indicadores

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), explica que el envejecimiento de la población responde a tendencias demográficas históricas relacionadas con la reducción de las tasas

\* El presente trabajo es resultado de investigación del proyecto FOMIX CHIS-2005-C03-045 "Estudio sociodemográfico de las familias indígenas de Chiapas que viven en regiones de alta marginación según los indicadores de CONAPO".

\*\* Doctora en ciencias sociales. Investigadora del Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad Autónoma de Chiapas. Eje No. 3. Lic. Javier López Moreno s/n. Centro Universitario Campus III. Edificio B. Barrio de Fátima. Código Postal 29264. San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Teléfonos: (01 967) 6 78 45 17 Fax 6 78 35 34, s1vb@yahoo.com.mx.

de mortalidad en la década de 1950, principalmente de mortalidad infantil, situación que propició un aumento en la esperanza de vida. Destaca también que la variable de mayor impacto en este proceso de envejecimiento fue la disminución de la fecundidad en los años sesenta y comienzos de los setenta<sup>3</sup>.

Esos cambios demográficos transformaron las estructuras etarias disminuyendo la proporción de la población infantil y mostrando, a su vez, un aumento relativo de la proporción de grupos de edad más avanzada. Así, la forma clásica de la estructura por edades se transformó paulatinamente adquiriendo una nueva fisonomía, menos triangular. Con base en esos cambios demográficos se espera que para los años 2025 y 2050, en América Latina, la población adulta irá en aumento, lo que traerá consigo un envejecimiento paulatino de la población y una reducción del nivel de reemplazo de los grupos etarios

En consecuencia, el proceso de envejecimiento de la población es producto de la transición demográfica y epidemiológica; y no es un fenómeno privativo de los países europeos, sino que es un fenómeno demográfico mundial y heterogéneo, cuyas diferencias se observan según el sexo, el área de asentamiento rural o urbana y demás características sociodemográficas<sup>5</sup> que se relacionan con este sector de la población.

Otro elemento importante es que la relación hombre-mujer muestra una feminización del envejecimiento debido principalmente a la mayor sobrevivencia de las mujeres en edades avanzadas; y esta feminización del envejecimiento es diferente según el área rural o urbana, observándose en los países de América Latina una tendencia hacia la feminización del envejecimiento en áreas urbanas y masculinización del envejecimiento en áreas rurales.

Debido a la discontinuidad en el tiempo de las transiciones demográficas de los países éstos se encuentran en diferente fase del proceso. Al respecto, en la reciente publicación de CEPAL<sup>6</sup>, sobre indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe, se presenta una tipología del proceso de envejecimiento de los países que conforman la región, diferenciada en cuatro fases (relacionando la Tasa Global de Fecundidad, TGF, y el Índice de Envejecimiento, IE), en el que México se encuentra en la fase de envejecimiento moderado, con base en la siguiente clasificación:

1. Envejecimiento incipiente (TGF más de 3.3 hijos por mujer; IE inferior de 17%).
2. Envejecimiento moderado (TGF entre 3 y 2.3 hijos por mujer; IE entre 20% y 32%).
3. Envejecimiento moderadamente avanzado (TGF entre 2.5 y 1.7 hijos por mujer; IE entre 51% y 33%).
4. Envejecimiento avanzado (menor TGF; IE superior al 65%).

Para el caso de estos países el aumento de la población de 60 y más años va acelerando su ritmo de crecimiento a diferencia de la población total. Según las proyecciones demográficas para 2025 y 2050 se espera que el número de adultos mayores vaya en aumento.

Los indicadores muestran que la población envejecida es la que tiene un bajo nivel educativo y es la menos alfabetizada, principalmente entre las mujeres. Asimismo, el panorama se complica al observar que la población adulta mayor es la más vulnerable a vivir en condiciones de pobreza extrema, principalmente las mujeres por no tener acceso al mercado laboral, ni programas de pensión o jubilación; generándose así una relación en los hogares con adultos mayores y la incidencia de la pobreza. Al respecto CEPAL apunta que:

“En la mayoría de los países analizados, la incidencia de la pobreza en los hogares con personas de edad tiende a ser menor que en los hogares sin personas mayores... En los hogares con presencia de personas mayores, la pobreza es más extendida en aquellos donde conviven varias generaciones”<sup>7</sup>.

### **¿Qué sabemos de los adultos mayores en México? Algunos indicadores**

Entre otros indicadores, México en el año 2000 tenía 7.4% de adultos mayores, y en el año 2025 se espera una proyección de 14.9%, que para el año 2050 aumentará a 26.8% de personas con 60 y más años de edad respecto de la población total<sup>8</sup>.

Los estudios sociodemográficos sobre el proceso de envejecimiento de la población han mostrado avances significativos respecto al conocimiento de la población adulta mayor y su perfil basado en agrupamientos, por individuos, de las variables censales y de encuestas que buscan un agrupamiento

de hogar. Por ejemplo, sabemos que: de acuerdo con los resultados censales en 2000, de los hogares encabezados por un adulto mayor cerca de dos terceras partes el jefe de hogar era hombre (65.3%) y en el resto de los hogares era jefe de hogar mujer (34.7%)<sup>9</sup>.

En la distribución de los adultos mayores por tipo de hogar al que pertenecen, se advirtió claramente la presencia creciente de mujeres. También, cada vez más personas de la tercera edad viven con otros parientes, con no parientes o incluso solos (más que únicamente con su pareja e hijos); así, el incremento más marcado se observó en los adultos mayores que viven en familias ampliadas, y un importante conjunto de adultos mayores que viven solos<sup>10</sup>.

En el año 2000, de las personas que viven solas destaca la notoria presencia de ancianos, pues uno de cada tres varones que vivían solos tenían 60 años o más. De éstas sobresalieron los ancianos que carecen de instrucción básica (67.8% ancianos y ancianas 81.6 %); y cerca de la mitad de las mujeres que viven solas eran viudas (49.8%). Entre las mujeres solas de 60 años y más, cerca de la mitad se dedicaba a los quehaceres domésticos (48.2%) y una quinta parte trabajaba en el mercado laboral (19%)<sup>11</sup>.

Respecto a las personas con alguna discapacidad, los tabulados censales nos indican que la mitad de la población con discapacidad motriz (50.4%) es mayor de 60 años, lo que permite suponer que la pérdida de movimiento se encuentra asociada con el proceso de envejecimiento. La discapacidad visual se concentra en la población adulta y anciana; los mayores de 60 años representaron 48.8% con problemas visuales. Es decir que, a medida que aumenta la edad, lo hace la proporción de personas con este tipo de discapacidad. Entre las causas que la originan, un tercio de los afectados declaró la edad avanzada como la causa principal (33.7%) y más de la mitad de las personas con discapacidad auditiva (55.5%) son mayores de 60 años.

Que es ligeramente alto el porcentaje nacional de adultos mayores con alguna discapacidad en comparación con los adultos mayores indígenas; así, diez de cada cien adultos mayores indígenas declaró tener al menos una discapacidad. Siendo las principales discapacidades, en orden de importancia, de movimiento o caminar, ceguera o debilidad visual

y sordera. La diferencia por sexo en adultos mayores indígenas con alguna discapacidad es ligeramente mayor (0.8%) en el conjunto de hombres que en el total de mujeres<sup>12</sup>.

## Familia y hogar<sup>a</sup>

La familia y el hogar conforman dos espacios de análisis y observación distintos y heterogéneos. Se plantea así la necesidad de distinguir el concepto de familia y el concepto de hogar; por un lado, se define a la familia desde la perspectiva del parentesco como una unidad de parentesco y de relaciones sociales (parentales). Por concepto de hogar se entiende la unidad de residencia común considerando el elemento de proximidad, convivencia, pudiendo residir con parientes y no parientes<sup>13</sup>.

La familia es en el ámbito donde se establecen relaciones parentales de consanguinidad y afinidad en la que se llevan a cabo relaciones sociales de primer orden que permite a los individuos vincularse con la sociedad mayor. En cambio, el concepto de hogar en los censos de población hace referencia al conjunto de personas unidas o no por lazos de parentesco que residen habitualmente en la misma vivienda y comparten un gasto destinado principalmente a la alimentación<sup>14</sup>.

Los hogares constituyen una organización social básica que desempeña un papel central en la reproducción cotidiana y generacional de los individuos. En casos concretos observamos hogares (residenciales) conformados por un individuo o por familias con varios miembros (parentela o no parentela); así también, el tipo de hogar puede ser desde nuclear, ampliado, compuesto o extenso, etc., y los lazos entre parientes pueden trascender los límites del hogar conformándose familias extensas no residenciales.

<sup>a</sup> Hogar. Unidad formada por una o más personas, unidas o no por lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda y se sostienen de un gasto común para la alimentación.

Los hogares se clasifican, por tipo, en familiares y no familiares, y al interior de éstos según su clase:

- Familiares
- Nucleares
- Ampliados
- Compuestos
- No familiares
- De corresidentes
- Unipersonales

La heterogeneidad y la diversidad se presenta cuando medimos y/o describimos a las familias. En los registros censales encontramos arreglos familiares diversos, por ejemplo, en un tipo de hogar nuclear no necesariamente encontraremos al padre, madre e hijos solteros, sino que vemos también hogares fragmentados con uno de los cónyuges e hijos solteros, o sólo la pareja de cónyuges, etcétera.

En este sentido, al acercarnos a la problemática de la familia con base en la unidad residencial u hogar se observan diversos conjuntos de individuos: unos relacionados por parentesco en sentido estricto; otros unidos por lazos de amistad o que obedecen a relaciones residenciales extrafamiliares conformando grupos no parentales; algunos más estarán compuestos por un solo individuo representando unidades residenciales unipersonales.

En tanto que la familia, en el sentido parental, constituye un conjunto de individuos unidos por lazos de parentesco cuyos límites son los lazos de afinidad y consanguinidad. Ésta es definida como familia extensa no residencial cuando la constituyen varios hogares<sup>15</sup>; o como familia residencial constituida por un hogar con formas de organización familiares distintas, ya sea nuclear, extensa, compuesta e incluso unipersonal.

### **Ciclo de vida familiar y curso de vida**

Es muy importante considerar en el análisis sociodemográfico el recorte temporal: lo sincrónico y lo diacrónico. Por un lado, se explica que tenemos un listado de individuos formando en conjunto la unidad doméstica o la familia de residencia en un momento determinado en el tiempo, es estático y nos permite conocer el tipo y la composición de los hogares en ese momento.

Por otro lado, tenemos un proceso histórico por el cual el individuo transcurre a lo largo de su vida, es dinámico. En este proceso histórico es posible que exista multiplicidad de formas de familia o de arreglos familiares; así, un individuo podría no sólo ser miembro de diversas familias durante su vida, sino también de más de un tipo de familia<sup>16</sup>.

Esta perspectiva temporal nos permite conocer dos conceptos más que tienen fuerte relación con los estudios de familia: el ciclo de vida familiar y el curso de vida.

La definición en la que se basa el ciclo de vida familiar tiene que ver con el planteamiento teórico de los años sesenta en el que Meyer Fortes describió las diversas fases del ciclo de desarrollo del grupo doméstico. Al respecto el autor explica que el grupo doméstico atraviesa por un ciclo de desarrollo parecido al ciclo de crecimiento de un organismo vivo. Así, el grupo doméstico como una unidad permanece en la misma forma donde cada uno de sus miembros se mantiene unido y en su conjunto pasan por una secuencia regular de cambios durante el ciclo, que culmina en la disolución de la unidad original y es reemplazado por una o más unidades de la misma clase<sup>17</sup>.

Asimismo, Fortes explica que distinguimos tres etapas principales. La primera, llamada etapa de expansión, se prolonga desde el matrimonio de dos personas hasta completar la familia de procreación, cuyo límite biológico es la duración de la capacidad de procreación de la esposa. La segunda etapa, llamada de dispersión, se caracteriza por el matrimonio del hijo mayor y continúa hasta que todos los hijos se casan. La tercera etapa es la de reemplazo y sucede a la muerte de los padres y al reemplazo de la familia que ellos fundaron por las familias de sus hijos<sup>18</sup>.

En general, el concepto de ciclo de vida familiar involucra aspectos demográficos, culturales, legales y económicos, en el que están en juego las reglas matrimoniales, las reglas de la herencia y las reglas de residencia. No así el concepto de curso de vida que se caracteriza por ser no-normativo, lo que permite flexibilidad en el análisis de los cambios en el hogar y en la estructura familiar. Este concepto da cuenta de un proceso complejo y multidimensional en el que se entrelazan las diversas trayectorias que el individuo sigue a lo largo de su vida.

La perspectiva del curso de vida surge en la década de los años setenta a partir de los planteamientos de Glen Elder y Tamara Haraven, entre otros. Este concepto explora la interacción entre el "tiempo individual", el "tiempo familiar" y el "tiempo histórico"<sup>19</sup>.

Haraven plantea tres aspectos principales que hay que considerar para el análisis del curso de vida: 1) la sincronización individual con las transiciones de la familia; 2) la interacción entre las transiciones del curso de vida y el cambio histórico y; 3) el impacto

acumulativo de las transiciones del curso de vida temprano y las subsecuentes<sup>20</sup>.

En este sentido, la vida estructurada a través de múltiples trayectorias hace factible considerar la temporalidad y las variaciones en la secuencia de los eventos sociodemográficos de la dinámica familiar, como la nupcialidad, las uniones consensuales, la fecundidad, la mortalidad, la migración, además de la viudez, la orfandad, la separación y el abandono<sup>21</sup>.

Para el caso de la población envejecida es muy importante tener presente las implicaciones que tiene el último tramo de vida o etapa de vejez; éste es un periodo largo en años por subsistir, que en promedio oscila de tres a cuatro décadas. Generalmente a esta etapa se llega con enfermedades crónico-degenerativas, así como discapacidades de muy diversa naturaleza y múltiple, que hacen de esta fase no solamente un evento difícil, sino desprovisto de los apoyos necesarios para sobrevivir en condiciones más humanas<sup>22</sup>.

En términos generales, en los estudios de sociodemografía de la familia ha sido relevante conocer la composición, el tamaño y el tipo de familia ligado a la dinámica de la población; también, se ha puesto en duda que la existencia de la familia nuclear, en las sociedades contemporáneas, muestre una tendencia hacia la nuclearización de las unidades familiares en general.

En cuanto al tipo y la composición de las familias, R. Tuirán<sup>23</sup> ha enfatizado que una de las áreas que requiere atención es, precisamente, profundizar en el estudio de las diversas formas de familia, considerando las variantes regionales y socioculturales. En este sentido, se ha mostrado interés en conocer la organización interna de las unidades domésticas y la compleja interrelación de los factores socioeconómicos y culturales que inciden en los fenómenos demográficos.

Una cuestión importante a considerar en el análisis de los hogares es el ciclo de vida familiar, pues observamos una considerable proporción de familias simples en etapa transicional del ciclo de desarrollo, debido a la muerte de las viejas generaciones, a la salida de hermanos casados de la familia conjunta y otros factores, lo que hace evidente la observación de una proporción considerable de familias nucleares,

no por el cambio, ni por favorecer a cierto tipo de familia, sino por la propia trayectoria del ciclo<sup>24</sup>.

## **Agrupamiento por hogar y ciclo de vida familiar**

¿Qué conocemos de los adultos mayores al analizar la composición interna de las familias-hogar a partir de las características sociodemográficas de cada una de ellas relacionadas con el ciclo de vida familiar?

Para conocer la composición de las familias según el ciclo de vida familiar, es necesario entender a las familias en un proceso dinámico, a través del cual se entrelazan diversas trayectorias individuales, conformando relaciones sociales de diversa índole, tales como género, de parentesco, intergeneracionales, económicas y de poder.

Al hacer la agrupación de datos censales con base en una tipología de familias-hogar, considerando las variables censales sexo, edad, parentesco y hogar, construimos la variable ciclo de vida familiar y es factible realizar el análisis estadístico de las familias donde habitan adultos mayores y conocer la complejidad de relaciones sociales en el núcleo familia-hogar censal.

Por ejemplo, aplicando el criterio de clasificación tipológica de los hogares que utiliza Luis Leñero Otero<sup>25</sup>. La variable ciclo de vida familiar quedaría constituida como sigue:

Familias en etapa inicial, formadas por parejas recién unidas o que se encuentran en etapa previa o inicial a la procreación y socialización de hijos menores, con miembros hasta cinco años de edad.

Familias en etapa intermedia que se encuentran en etapa de socialización de niños y adolescentes, con hijos entre 6 y 16 años de edad.

Familias en etapa final del ciclo, aquellas que están en etapa última de procreación y en proceso de disgregación de sus miembros. En esta etapa, donde evidentemente hay adultos mayores, es factible encontrar hogares con personas solas; otros con presencia de hijos o hijas casados (con yerno o nuera); también la presencia de nietos subordinados a la pareja central u otro tipo de parentela.

El análisis de la información a partir del ciclo de vida familiar operacionaliza el estudio de los hogares en las diversas etapas de la vida del grupo familiar, ya que este concepto involucra aspectos sociodemográficos y de parentesco referido a la historia de las familias, lo que nos permite dar cuenta de un proceso mucho más complejo.

## Palabras finales

Después de analizar la información que tenemos acerca de la población adulta mayor y de acuerdo con los trabajos de CEPAL<sup>26</sup> que explican que el envejecimiento de la población debe considerarse un aspecto importante del desarrollo, se plantea la necesidad de generar más datos respecto de este grupo de edad, para la toma de decisiones, el diseño de políticas públicas dirigidas a este sector de la población y su puesta en práctica.

Es importante destacar que el censo de población es una de las fuentes de datos más importantes para el análisis del envejecimiento y de la población adulta mayor, puesto que recogen datos demográficos e información individual y familiar para estudiar las interrelaciones entre las características demográficas y socioeconómicas de los sujetos de edad y de los hogares con personas mayores<sup>27b</sup>. Sin embargo, se requiere del diseño de tabulados especiales según el ciclo de vida familiar, para conocer más a fondo el tipo de hogares, las relaciones entre parientes que tienen los adultos mayores en los diferentes hogares y las características sociodemográficas de la población adulta mayor.

No obstante, la riqueza de información sociodemográfica, tanto en los censos como en las encuestas, considero que se precisa profundizar más en la dinámica de la conformación interna de los hogares con población adulta mayor incorporando para el análisis el ciclo de vida familiar, como variable construida a partir de la información censal de los hogares.

---

<sup>b</sup> La principal ventaja de trabajar con datos censales reside en que estos relevamientos son la fuente primaria más importante y amplia de información estadística. Dada su periodicidad (cada diez años), es posible comparar los cambios en el tiempo (evolución) y entre países, ya que el levantamiento censal se realiza en fechas similares en casi todos los países de América Latina y el Caribe. Asimismo, permite captar una serie importante de indicadores sobre el envejecimiento y las personas de edad. CELADE, 2008:24.

## Referencias bibliográficas

1. Tuirán R. (compilador). Desafíos del envejecimiento demográfico en México. En Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades. Consejo Nacional de Población. LVII Legislatura: H. Congreso de la Unión. México.1999.
2. Villasana BS, Reyes GL. Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores indígenas de México. México: CDI-PNUD; 2006.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas; 2009.
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas; 2009.
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas; 2009.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas; 2009.
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas; 2009.



8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas; 2009.
9. Consejo Nacional de Población. 7 millones de hogares estarán encabezados por un adulto mayor en el año 2015. Comunicado de prensa 12/05. México, DF. 2005 Mar 25. [Consultado 2009 Jul 7]. Disponible en: URL: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2005/122005.pdf>.
10. Consejo Nacional de Población. 7 millones de hogares estarán encabezados por un adulto mayor en el año 2015. Comunicado de prensa 12/05. México, DF. 2005 Mar 25. [Consultado el 2009 Jul 7]. Disponible en: URL: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2005/122005.pdf>.
11. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. El INEGI presenta una publicación vanguardista en su temática: las personas que viven solas en México. Comunicado de prensa 4 de diciembre de 2003. [Consultado el 2009 Jul 7]. Disponible en: URL: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/boletines/boletin/comunicados/especiales/2003/diciembre/comunica2.doc>.
12. Villasana BS, Reyes GL. Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores indígenas de México. México: CDI-PNUD; 2006.
13. Yanagisako SJ. Family and household: the analysis of domestic groups. *Annual Review Anthropology* 1979; No. 8.
14. Bender DR. A Refinement of the Concept of Household: Families, Co-residence, and Domestic Functions. *American Anthropologist* 1967; No. 69.
15. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Indicadores de hogares y familias por entidad federativa. México: INEGI; 2000.
16. Nutini HG. A Synoptic Comparison of Mesoamerican Marriage and Family Structure. *Southwestern Journal of Anthropology* 1967; 4(23).
17. Wrigley EA. Reflections on the History of the Family. *Deadalus* 1977;106 (2).
18. Fortes M. Introduction. En: Goody JR editor. *The Developmental Cycle in Domestic Groups*. Cambridge (England): University Press; 1969.
19. Fortes M. Introduction. En: Goody JR editor. *The Developmental Cycle in Domestic Groups*. Cambridge (England): University Press; 1969.
20. Haraven T (comp.). *Transitions*. New York (USA): Academic Press; 1978.
21. Haraven, T (comp.). *Transitions*. New York (USA): Academic Press; 1978.
22. Ojeda de la Peña N. El curso de vida familiar de las mujeres mexicanas; un análisis sociodemográfico. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 1989.
23. Villasana BS, Reyes GL. Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores indígenas de México. México: CDI-PNUD; 2006.
24. Tuirán R. Vivir en familia: Hogares y estructura familiar en México, 1976-1987. *Comercio Exterior*. 1993 julio; 7(43).
25. Caldwell JC, Reddy PH and Caldwell P. The Determinants of Family Structure in Rural South India. *Journal of Marriage and the Family* 1984; 1(46).
26. Leñero OL. El fenómeno familiar en México. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C.; 1983.
27. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile (Chile): Naciones Unidas; 2009.
28. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-CELADE- División de Población de la CEPAL. Directrices para la elaboración de módulos sobre envejecimiento en las encuestas de hogares. Serie Manuales: 60; 2008 [Consultado el 7 de julio de 2009]. Disponible en: URL: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/34995/lcl2969-P.pdf>