

VERÓNICA MONTES DE OCA

Coordinadora



VEJEZ
SALUD y
SOCIEDAD
en MÉXICO

Aproximaciones disciplinarias
desde perspectivas cuantitativas y cualitativas

Vejez, salud y sociedad en México
Aproximaciones disciplinarias
desde perspectivas cuantitativas y cualitativas



Vejez, salud y sociedad en México

Aproximaciones disciplinarias
desde perspectivas cuantitativas y cualitativas

VERÓNICA MONTES DE OCA ZAVALA
Coordinadora



México, 2014

HQ1061

.V394

Vejez, salud y sociedad en México : aproximaciones disciplinarias desde perspectivas cuantitativas y cualitativas / Verónica Montes de Oca, coordinadora. -- Primera edición. -- México : UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales : Secretaría de Desarrollo Institucional, Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez, 2014.

402 páginas : cuadros, gráficas, figuras.

ISBN 978-607-02-5579-3

1. Envejecimiento de la población - México. 2. Personas adultas mayores Salud - México. 3. Personas adultas mayores -Condiciones sociales - México. I. Montes de Oca Zavala, Verónica, coordinadora.

Este libro fue sometido a un proceso de dictaminación por académicos externos al Instituto, de acuerdo con las normas establecidas por el Consejo Editorial de las Colecciones de Libros del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Los derechos exclusivos de la edición quedan reservados para todos los países de habla hispana. Prohibida la reproducción parcial o total, por cualquier medio, sin el consentimiento por escrito del legítimo titular de los derechos.

Primera edición: agosto de 2014

D.R.© UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Av. Universidad 3000, Delegación Coyoacán, Distrito Federal, C.P. 04510

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES

Circuito Mario de la Cueva s/n, Ciudad de la Investigación en Humanidades,

Ciudad Universitaria, 04510, Coyoacán, México, D.F.

SECRETARÍA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez

Torre de Rectoría 8o. piso, Ciudad Universitaria, UNAM

Coordinación editorial: Berenise Hernández Alanís

Cuidado de edición: Marcela Pineda Camacho

Diseño y formación de textos: María Gpe. Escoto Rivas

Portada: Cynthia Trigos

Fotografía: The Image Bank/Getty Images México

Impreso y hecho en México

ISBN 978-607-02-5579-3

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
<i>Verónica Montes de Oca Zavala</i>	

Primera Parte Salud mental y física en la vejez

CAPÍTULO 1

Condiciones de vida y salud de la población mexicana adulta mayor: desigualdades por edad, etnicidad y género	33
<i>José Luis Castrejón Caballero</i>	

CAPÍTULO 2

Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud de la población adulta mayor mexicana	57
<i>Mirna Hebrero Martínez</i>	

CAPÍTULO 3

“La construcción sociocultural de los nervios”: emociones, envejecimiento y pobreza en el área metropolitana de Guadalajara	119
<i>Rocío Enríquez Rosas</i>	

Segunda Parte
Solidaridad familiar y malos tratos

CAPÍTULO 4	
La solidaridad familiar hacia los adultos mayores en Monterrey, Nuevo León	153
<i>Blanca Mirthala Tamez Valdez y Manuel Ribeiro Ferreira</i>	
CAPÍTULO 5	
El maltrato hacia las personas adultas mayores: la realidad del Distrito Federal	207
<i>Martha Liliana Giraldo Rodríguez</i>	
CAPÍTULO 6	
Adultos mayores como cuidadores de otros: riesgos para su salud	249
<i>María Guadalupe Ruelas-González y Velia Nelly Salgado de Snyder</i>	
CAPÍTULO 7	
El lugar de la vejez en el discurso intergeneracional	287
<i>Zoraida Ronzón Hernández</i>	

Tercera Parte
Jubilación, seguridad social y políticas públicas

CAPÍTULO 8	
Jubilación y seguridad social para los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social y sus familias	335
<i>Selvia Larralde Corona</i>	

CAPÍTULO 9

Migración internacional de jubilados en España y México	365
<i>Raúl Lardiés Bosque</i> <i>y Verónica Montes de Oca Zavala</i>	

CAPÍTULO 10

Globalización y políticas sociales hacia la vejez: algunas consideraciones para el caso de la Ciudad de México	417
<i>Rosaura Avalos Pérez</i>	



INTRODUCCIÓN

*Verónica Montes de Oca Zavala**

La investigación sociológica, demográfica, antropológica, en trabajo social y en geografía social sobre envejecimiento y vejez se ha incrementado de manera significativa en las últimas dos décadas. Muchos avances en el estado de conocimiento sobre el tema han sido desarrollados no sólo por investigadores adscritos a centros o institutos de investigación: también ha sido iniciativa de estudiantes de diferentes programas de licenciatura, maestría y doctorado; dicho aspecto resulta central para reemplazar la masa crítica que seguirá trabajando tales temáticas en el futuro. En años recientes, pude percatarme de que los investigadores jóvenes contaban con escasa experiencia de participación en congresos, reuniones académicas y seminarios en los cuales compartir parte de los resultados de sus investigaciones; mucho menos con publicaciones que insertaran sus hallazgos en el marco de todo el desarrollo del conocimiento en el país. De hecho consideré importante que se entablaran entre ellos relaciones de cooperación e intercambio académico,

* Socióloga y demógrafa. Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Población, El Colegio de México. Investigadora titular del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel II. Coordinadora del Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez (SUIEV) de la UNAM.

pues llegaban a resultados similares a partir de metodologías diferentes y perspectivas disciplinarias distintas.

Ante tal situación, organicé en el Instituto de Investigaciones Sociales un seminario académico denominado “Vejez, Salud y Sociedad”, cuyo objetivo fue discutir y compartir estrategias teóricas y técnico-metodológicas sobre el estudio de la vejez, la salud y la sociedad; para ello, una actividad indispensable fue presentar hallazgos de investigación entre miembros de una red de investigadores emergentes y consolidados en México que estudiaran los procesos directos e indirectos derivados del envejecimiento y relacionados con salud, familia, migración y política.

El seminario permitió intercambiar aprendizajes de investigadores(as) más consolidados(as) con los(as) que se encontraban en pleno ascenso en su carrera académica. Las fuentes de información que se utilizaron fueron diversas, lo cual sirvió para conocerlas, valorarlas y criticarlas en cada caso. La discusión que se desprendía de dichos encuentros mostró la pertinencia de aplicar unos instrumentos a ciertas poblaciones, así como la viabilidad de algunos indicadores. En esa medida, enriquecimos nuestros conocimientos metodológicos enfocados al envejecimiento de la población mexicana.

El presente libro se organizó a partir de un objetivo: dejar evidencia de las discusiones del Seminario “Vejez, Salud y Sociedad”; por ello recuperé los trabajos más originales y valiosos en ese momento, realizados tanto por colegas como por estudiantes que asistieron a dicha actividad académica. Son trabajos que tienen su propia singularidad y mantienen vigencia en el estado actual de la investigación sobre envejecimiento. Un segundo objetivo indirecto era mostrar al público lector, los diferentes planteamientos de investigación, su abordaje me-

metodológico, su perspectiva disciplinaria y los grandes desafíos a los que aún en la actualidad hace frente el tema en México.

Todos los autores escriben en torno a la población adulta mayor, la vejez o el envejecimiento; pero las temáticas abordadas contribuyen a elaborar sobre tres dimensiones centrales en la discusión en México: salud, familia y seguridad social. Estas tres temáticas no son casuales: se trata de las principales áreas de preocupación de la población, el gobierno y los académicos; también son las que plantean mayor incertidumbre dados los cambios políticos, administrativos, económicos y culturales que han ocurrido en el país en las últimas décadas.

Sobre la dimensión que relaciona salud y población, se cuenta con grandes antecedentes desarrollados en México. En lo que respecta a las personas adultas mayores, las grandes inquietudes versan sobre calidad de vida, causas de muerte, multimorbilidad en la persona mayor; su dependencia y las repercusiones que tal situación acarrea en las instituciones de salud en México (Ham Chande, 1980; Ham Chande, 1993a; y Ham Chande, 2003; Rosenblueth, 1985; Gutiérrez Robledo, 1996a; Gutiérrez Robledo, 1996b; Gutiérrez Robledo, 1998; y Gutiérrez Robledo, y Lezana Fernández, 2012; Welti, y Montes de Oca Zavala, 1997). Un aspecto importante tiene que ver con las transiciones demográfica y epidemiológica, los cuidados a largo plazo y la epidemiología del envejecimiento, así como la adherencia terapéutica en el seguimiento de tratamientos a personas mayores (Salgado de Snyder, y Bojorquez Chapela, 2006; Hernández Palacios, Mendoza Núñez, Martínez Zambrano, y Morales Mancera, 2011; Gutiérrez Robledo, y Lezana Fernández, 2012).

En dicho contexto, agrupé los primeros trabajos discutidos, en una sección que denominé “Salud mental y física en la vejez”, la cual es abordada desde una perspectiva sociodemo-

gráfica y antropológica. Dicha sección inicia con el capítulo “Condiciones de vida y salud de la población mexicana adulta mayor: desigualdades por edad, etnicidad y género”, del antropólogo físico, matemático y demógrafo José Luis Castrejón Caballero. En el capítulo mencionado, el autor buscó identificar los contrastes que prevalecen en el estado de salud de la población mexicana de edad avanzada según su condición de edad, género y etnicidad, analizando variables que dan cuenta de la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y su relación con la dificultad de realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Por otra parte, examina los factores sociodemográficos relacionados: tipo de localidad, escolaridad, situación conyugal, antecedentes de migración (entre otros) que pudieran estar vinculados con una mayor probabilidad de presentar dificultades en la realización de las ABVD.

Considero que dicho estudio resulta vigente e importante porque concede particular relevancia a la cuestión indígena y de género en las personas que cuentan con 60 años y más, lo cual es necesario en un país multicultural como México. Se dispone de muchas fuentes de información secundaria, pero pocas de ellas ofrecen información sobre la población indígena en el país. La condición étnica (junto a la de género) se traduce en un cúmulo de circunstancias de desigualdad que afectan la salud. Castrejón Caballero demuestra que la multiplicidad de factores que propician dichas circunstancias, contribuye a la discusión de lo que actualmente Ferraro,¹ y Shippee (2009) han denominado “desigualdad acumulada en el envejecimiento”; para ello, este primer capítulo muestra datos basales a los cuales hay que dar seguimiento.

¹ Profesor distinguido de sociología, fundador y director del Centro de Envejecimiento y Curso de Vida de Purdue University.

El segundo capítulo: “Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud de la población adulta mayor mexicana”, de la actuario y demógrafa Mirna Hebrero Martínez, emprende desde una perspectiva sociodemográfica un análisis de las condiciones de salud de las personas con 50 años y más mediante la construcción de un índice en el que agrega dimensiones sociales y de salud: condición económica, estado civil de los adultos mayores, así como las personas con las que viven. Los hallazgos son interesantes y —por su forma sintética— propician nuevas preguntas de investigación. El estudio tuvo una mención en el Primer Premio “Gustavo Cabrera” en el Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México. El análisis contribuye —hoy por hoy— a la discusión sobre los determinantes sociales de la salud en el envejecimiento que ha planteado Michael Marmot² y su equipo (Wilkinson, y Marmot, 2003; Marmot, 2008) en la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los dos primeros autores recurren al mismo Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (Enasem, 2001). Dicha encuesta arroja mucha información, cuenta con un levantamiento en 2003 y está disponible una versión más reciente de ella realizada en 2012: <www.enasem.org>. La utilización que hacen los autores es plausible, aunque usan técnicas estadísticas distintas en el análisis de los datos (univariadas,

² Michael Marmot es director del International Centre for Health and Society; así como profesor de Epidemiología y Salud Pública en el University College de Londres; vicepresidente de la Academia Europea; miembro de la Junta Consultiva sobre Salud de RAND; y miembro extranjero asociado del Instituto de Medicina. En 2004, recibió el Premio “Balzan” de Epidemiología; además, en 2000 fue nombrado Caballero por su Majestad la reina, en reconocimiento a su labor en el campo de la epidemiología y de las inequidades en salud.

bivariadas y multivariadas: análisis de correspondencias múltiples, regresión lineal y logística), lo cual refleja las cualidades de dicha encuesta, así como la creatividad de los autores.

La antropóloga Rocío Enríquez Rosas se encarga del tercer capítulo: “La construcción sociocultural de los nervios: emociones, envejecimiento y pobreza en el área metropolitana de Guadalajara”; en él analiza la construcción social de los nervios en hombres y mujeres adultos mayores en zonas de alta marginación en Guadalajara. Su aportación es muy importante ya que subraya cómo se viven las condiciones de pobreza, el hambre y la desigualdad desde un enfoque sociocultural. El capítulo resulta sumamente original: aporta nuevos desafíos en la antropología y nos aproxima al estudio de las emociones y sentimientos como elementos contruidos socialmente, que no pueden reducirse a una lectura biológica o psicológica.

Las dos últimas autoras (Hebrero y Enríquez) abordan la salud mental en la vejez, pero con énfasis teóricos y estrategias metodológicas diferentes. Un trabajo es cuantitativo; otro, cualitativo. La salud mental y la emocional resultan novedosas en los estudios sobre el envejecimiento; dichos temas han prosperado ya en muchos países desarrollados (Stuart-Hamilton, 2012).

La salud física y mental debe analizarse desde múltiples perspectivas en las ciencias sociales y de la salud, que superen la visión clínica y nos muestren otras formas de analizar la desigualdad social y las diferentes estructuras de oportunidades que tienen las poblaciones en el curso de vida. Claro ejemplo de ello son las condiciones de salud de los pueblos indígenas en México, tema analizado por Castrejón Caballero, quien pone en cuestión los instrumentos mestizos (occidentales) con los cuales se evalúa a estas poblaciones. Otro tema derivado se relaciona con lo planteado por Rocío Enríquez Rosas y se vincula con las oportunidades de cuidado —frente a la dependencia

y la pobreza—, que se sugiere estudiar en el futuro bajo su esquema clásico de reciprocidad limitada. Un aspecto también ya muy discutido es la necesidad de estudiar la demencia y otros trastornos mentales en tanto generación de dinámicas familiares de cuidado; pero ello a partir de las ciencias sociales, antropológicas y sociodemográficas, pues —en definitiva— la salud resulta de lo más importante para dejarla en manos sólo de la medicina.

Una segunda área de investigación relevante sobre envejecimiento y vejez a nivel nacional tiene que ver con la dinámica de las familias, la estructura de los hogares, sus cambios más importantes y los apoyos sociales que prevalecen en las generaciones que componen el núcleo familiar (López Barajas, e Izazola Conde, 1994; Rubalcava, 1999; González-Celis Rangel, 2003; Gomes da Conceição, y Montes de Oca Zavala, 2004; Jáuregui Ortiz, Poblete Trujillo, y Salgado de Snyder, 2006; Montes de Oca Zavala, y Garay Villegas, 2010). La investigación hasta este momento desarrollada ha sido muy fructífera pues ha trascendido de un estudio descriptivo y estático sobre la estructura de los hogares a un enfoque más dinámico, analítico, sobre las relaciones familiares, el vínculo entre generaciones, las redes y apoyos sociales, así como el trabajo de cuidar (Robles, 2000; Montes de Oca Zavala, 1998; Montes de Oca Zavala, 1999; Arroyo, Ribeiro, y Mancinas, 2012; Rabell, y Muriello, 2013). Tal vez lo más valioso ha sido superar una visión idílica de las familias y visibilizar procesos paralelos donde se consolida la discriminación en los hogares mediante los malos tratos hacia la vejez y otros miembros del hogar. En esa lógica, se encuentran en la literatura estudios sobre la dinámica de la solidaridad intergeneracional, pero también el fenómeno de maltrato (Pillemer, y Finkelhor, 1989; Whittaker, 1996; Organización Mundial de la Salud, 2003; Ruelas-González,

y Salgado de Snyder, 2006). Una contribución interesante es el análisis sobre el discurso entre generaciones, temática que comienza a hacerse visible en el presente libro y que —desde mi perspectiva— debe ser impulsada, pues muestra la dinámica de significados, percepciones y representaciones compartidas y no compartidas por las diferentes generaciones en las familias.

Por lo anterior, el segundo grupo de capítulos se denominó “Solidaridad familiar y malos tratos”. Dicha sección se compone de cuatro trabajos en los cuales las relaciones familiares de solidaridad, apoyo y reciprocidad no están alejadas de situaciones de riesgo, maltrato y violencia. El primer capítulo de tal sección es el de Blanca Mirthala Tamez Valdéz y Manuel Ribeiro Ferreira: “La solidaridad familiar hacia los adultos mayores en Monterrey, Nuevo León”. En él, los autores presentan algunos resultados de un estudio muy amplio sobre la familia y la solidaridad hacia personas adultas mayores en Monterrey, Nuevo León, entidad federativa que —junto con el Distrito Federal— presenta una transición demográfica más avanzada, mayor esperanza de vida y más acelerado proceso de envejecimiento. La metodología del capítulo es muy valiosa, ya que se realizó un levantamiento muy amplio en la ciudad de Monterrey con un cuestionario de lo más interesante. Los resultados muestran los arreglos familiares que prefieren los adultos mayores regiomontanos y las estrategias tanto de apoyo como de solidaridad, así como los mecanismos de reciprocidad que se establecen entre familiares y el propio adulto mayor. Finalmente, los autores describen los esfuerzos que despliegan las familias para satisfacer las necesidades de sus adultos mayores, en especial cuando son dependientes y experimentan fragilidad física, aspecto que es necesario abordar desde las ciencias sociales, pues según algunos estudios recientes la prevalencia de

dependencias causadas por trastornos de demencias se reporta en aumento (Sosa, *et al.*, 2012).

Otro capítulo de dicha sección lo compone el trabajo de la demógrafa Martha Liliana Giraldo Rodríguez: “El maltrato hacia las personas adultas mayores: la realidad del Distrito Federal”. El estudio muestra otra dimensión de la dinámica familiar y social que convive con la solidaridad y la reciprocidad; se refiere a las situaciones de malos tratos que experimentan las personas adultas mayores en la entidad. La metodología de dicho trabajo recurre al uso de los registros administrativos generados por las demandas de los adultos mayores en las Unidades de Violencia Intrafamiliar; se complementa con el análisis de la Primera Encuesta sobre Malos Tratos hacia las Personas Adultas Mayores, aplicada a los adultos mayores con 60 años y más residentes en hogares familiares y no familiares en las 16 delegaciones del Distrito Federal en 2006.

El diseño de la encuesta es original, único en la región latinoamericana, y sus resultados prometen ser antecedente obligado para el tema de malos tratos en poblaciones envejecidas. El maltrato es considerado una forma activa de discriminación hacia los adultos mayores, pero desconocemos muchos aspectos de él que nos permitan evitarlo y remediarlo. Este fenómeno pone en riesgo el bienestar —podría decirse que incluso la vida— de los adultos mayores maltratados. Entre las virtudes de este trabajo se encuentra una tipología del maltrato —así como de las personas que lo infligen—, que no sólo se reduce a familiares, sino también a vecinos y personas encargadas de proporcionar servicios a los adultos mayores.

El siguiente capítulo, de María Guadalupe Ruelas González y Velia Nelly Salgado de Snyder, del Instituto Nacional de Salud Pública: “Adultos mayores como cuidadores de otros: riesgos para su salud”, nos muestra otra situación a la cual se somete

a quienes apoyan directa y cotidianamente al adulto mayor. El capítulo es producto derivado de un estudio más amplio sobre envejecimiento en condiciones de salud y pobreza realizado entre 2004-2005. El objetivo fue identificar los factores socio-demográficos, de salud y de apoyo familiar que se relacionan con el hecho de ser anciano cuidador de otros que residían en colonias urbanas marginales de cuatro ciudades en la república mexicana: Cuernavaca, Chilpancingo, Guadalajara y Culiacán. Entre los resultados más sobresalientes, resalta uno: considerar el proceso de cuidado como factor de riesgo que reproduce generacionalmente las condiciones de vulnerabilidad de los adultos mayores hacia sus cuidadores. Ser mujer, adulta mayor joven (60-69), tener compañero, realizar labores del hogar, reportar lesiones y ser maltratada son condicionantes para ser adulto mayor cuidador. Esto tenderá a acentuarse conforme aumente el envejecimiento y crezca la aparición de enfermedades crónicas de larga duración, al igual que las necesidades de cuidado. Los tipos de maltrato también se incrementarán como forma de presión ante la insatisfacción de los servicios institucionales domiciliados para atender la demanda en cuidado. Como se puede apreciar, la relación entre los apoyos de solidaridad familiar, los procesos de cuidado, así como el ejercicio del maltrato, se hallan íntimamente vinculados en esta sección del libro.

En el último apartado de la segunda sección, se presenta un capítulo muy original: “El lugar de la vejez en el discurso intergeneracional”, escrito por la antropóloga Zoraida Ronzón Hernández. Desde una perspectiva lingüística, en dicho texto se analiza el discurso sobre el hecho de ser, estar y vivir como viejo en tres ancianos con sus familiares en la delegación “Tlalpan” del Distrito Federal. Se abordan los discursos de tres generaciones, sus expresiones y la manera como se enuncian

lingüísticamente tanto sus percepciones como las creencias de la subjetividad a nivel intergeneracional. Tal tipo de estudios resultan aún muy escasos en México y en la región de América Latina; empero, sin duda debe fomentárseles en la medida en que mediante el lenguaje se reproducen expresiones que muchas veces pueden ser transformadas culturalmente por medio del lenguaje mismo. Mediante una metodología cualitativa basada en entrevistas, observación y etnografías, se analiza el discurso derivado de ese trabajo de campo. Aquí la autora recupera la importancia que cobra el lenguaje en la vida de todos nosotros, pues no sólo nos valemos de él para expresarnos: por medio de nuestro discurso dejamos ver cómo concebimos el mundo, la manera como lo conocemos, y al mismo tiempo cuánto conocemos de él. En este capítulo, Ronzón Hernández observa, registra y analiza el entrecruzamiento de discursos de los integrantes de tres familias: las expresiones sobre el sentir y la concepción que tienen en torno a la vejez y cómo se observan dentro de ese proceso.

La dimensión familiar es un universo cada vez más complejo no sólo por el mayor tiempo de convivencia intergeneracional, sino por los cambios económicos, sociales y culturales que surgen paralelamente al fenómeno del envejecimiento. Nuevas estrategias de cuidado, situaciones de violencia y de construcción de identidad afloran en el México contemporáneo; por ello esta dimensión siempre será decisiva en la investigación social.

La última sección de trabajos del presente libro se denomina “Jubilación, seguridad social y política”. Los aquí agrupados responden a tres temáticas sumamente importantes en los estudios sobre envejecimiento y que se han abordado desde otras disciplinas con anterioridad (Ham Chande, 1993a; 1996; 1997; y 1999; Valencia Armas, 2000; Ramírez López, 2000). En la realidad se hallan entrelazados, además de que aportan

el marco necesario y condicionante de la calidad de vida en la vejez. Sin embargo, aunque se aborda el tema de la jubilación o la seguridad social, dicho acercamiento no se realiza mediante estimaciones actuariales o económicas, sino desde la dimensión del trabajo social, antropológico y geográfico. El primer capítulo lo integra el estudio titulado “Jubilación y seguridad social para los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social y sus familias”; fue elaborado por Selvia Larralde Corona, socióloga y antropóloga mexicana quien realizó un estudio sobre cómo se percibe el fin de la vida laboral: qué significa la jubilación o cómo impacta en la vida de los extrabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

La investigadora analiza la trayectoria de vida de 18 empleados que habían laborado en el IMSS; mediante ese análisis antropológico, aborda la importancia de la jubilación, pues en ocasiones ésta no sólo tiene que ver con la manutención del adulto mayor jubilado, sino también con la de su familia o con un apoyo a ella. Es decir, el hecho de ser jubilado significa mucho más que entrar en una vida de reposo y relajación. Al mismo tiempo, el texto nos muestra que si alguien llega a la edad de retiro laboral, ello no significa que ya se encuentre inmerso en la vejez. Los resultados del estudio muestran que, en México, la jubilación es también un privilegio para sólo un pequeño fragmento de la población adulta mayor, como consecuencia de la insuficiente cobertura de la seguridad social.

En otras palabras, no todos los ancianos cuentan con pensión: tan sólo una cuarta parte de los mayores con 60 años o más cuenta con ella. Muchos hombres y mujeres adultos mayores de áreas rurales, zonas campesinas e indígenas siguen trabajando sin retiro ni jubilación hasta edades muy avanzadas de su curso de vida; en ocasiones, con el padecimiento de enfermedades crónico-degenerativas. La investigadora nos muestra por lo

menos dos aspectos muy notables: la necesidad de estudiar las percepciones en los diferentes grupos de trabajadores formales de las distintas instituciones de seguridad social; pero también en los que carecen de ella. Por otro lado, muestra la importancia de conformar trayectorias de vida laboral que explican en gran medida la configuración de una vejez independiente *versus* una dependiente; una saludable *versus* una enferma; una participativa *versus* una no participativa, entre otros.

El segundo capítulo de dicha sección lo integra un capítulo que habla de los jubilados extranjeros residentes en México y España; además, el capítulo enfoca la migración y el envejecimiento estudiando a los jubilados que cambian de lugar de residencia para que su vejez transcurra en mejores condiciones de vida. El capítulo se titula “Migración internacional de jubilados en España y México”, elaborado por el geógrafo Raúl Lardiés Bosque y la demógrafa Verónica Montes de Oca Zavala. En el estudio, los autores muestran que los adultos mayores también forman parte de un fenómeno que transforma la estructura de las poblaciones de los países receptores mediante la inmigración hacia España y México. Después de la jubilación, las motivaciones para migrar pueden ser búsqueda de servicios de ocio, diversidad natural y cultural, estar cerca de hijos y familiares, motivos de salud, optimización de los recursos económicos disponibles, entre otros.

El capítulo presenta mapas y una extensa literatura que advierte sobre la preocupación que comporta este tema, sobre todo en países desarrollados; mientras que en el caso de naciones en desarrollo, aún no se toma en cuenta el impacto que ejerce dicha inmigración de extranjeros sobre el gasto público y la inversión privada. El capítulo plantea nuevas preguntas de investigación para futuros estudios que se realicen sobre el envejecimiento y la migración de jubilados adultos mayores:

las redes transnacionales que se tienden, las repercusiones que ello acarrea en los países receptores, la oportunidad de nuevos nichos de mercado, entre otros. El trabajo permite contemplar varios aspectos adicionales: el primero, la necesidad de pulir las fuentes de información secundaria sobre la residencia de extranjeros, la compatibilidad que debe haber sobre esta información a nivel internacional; y, por otro lado, establece un fenómeno que comporta tintes globales a partir de la insuficiencia de las pensiones —incluso en los países más desarrollados—, los efectos del clima en la salud de los mayores y la necesidad de abaratar los costos en la vejez.

Finalmente, el presente libro cierra con un ensayo que pretende formular al lector más preguntas e inquietudes sobre las acciones institucionales emprendidas en materia de política social hacia la vejez en un contexto de globalización. La trabajadora social y antropóloga Rosaura Avalos Pérez, titula su estudio “Globalización y políticas sociales hacia la vejez: algunas consideraciones para el caso de la Ciudad de México”. En el ensayo, la autora plantea las características del contexto actual de globalización, las transformaciones generales en materia de política social y cómo tal escenario impacta en la política hacia los adultos mayores, en el caso concreto del Estado mexicano. La autora intenta responder a las preguntas ¿Cómo surgen las políticas focalizadas? ¿Cuál es el contexto de transformación de la política social? Para hacerlo, toma como ejemplo la pensión alimentaria del gobierno del Distrito Federal, el cual desde hace varios años ha sido centro de debates en México. Este caso en particular, pone al descubierto otras iniciativas con cortes y postulados distintos que bien permiten diferenciar los programas hacia sectores específicos tanto en el país como en la región latinoamericana; incluso pueden aplicarse no sólo a la población que se encuentra en la vejez, sino a otros grupos. En

INTRODUCCIÓN

conclusión, el capítulo cierra muy bien este libro: deja abierta la puerta para dilucidar cuál es el papel que realmente desempeñan los programas sociales de transferencias condicionadas y cómo ha ido desdibujándose en México la idea de una política social que proteja y prevenga los problemas en salud mental y física de las personas mayores, la disminución de la solidaridad familiar y el incremento de situaciones de malos tratos, así como la debilidad de que adolecen los planes de pensión y jubilación con que se cuenta, en un contexto de franco envejecimiento y desigualdad social.

Los capítulos que conforman el presente libro muestran reflexiones y preguntas de investigación respondidas mediante múltiples estrategias teórico-metodológicas, aproximaciones locales que son abordadas desde perspectivas disciplinarias y enfoques cuantitativos y cualitativos, los cuales —pese a usar información que proviene de una década atrás— siguen vigentes y pueden refrescar el trabajo del investigador emergente y del consolidado en busca de innovaciones científicas. Dichos textos pueden ser útiles para los cursos de licenciatura y posgrado de carreras relacionadas con la demografía del envejecimiento, la gerontología, y todos los estudiosos de enfoques disciplinarios e interdisciplinarios.

La heterogeneidad de la vejez y del proceso de envejecimiento queda demostrado mediante tales estudios, los cuales visualizan a nivel micro y macro la interacción entablada entre vejez, salud y sociedad.

REFERENCIAS

ARROYO, María Concepción; Manuel Ribeiro; y Sandra E. Mancinas. 2012. *Dependencia y cuidados en la vejez avanza-*

da: historias, subjetividad y significados sociales. México: Universidad Autónoma de Nuevo León/Universidad “Juárez” del Estado de Durango/Instituto Estatal de las Mujeres de Nuevo León.

FERRARO, Kenneth F., y Tetyana Pylypiv Shippee. 2009. “Aging and Cumulative Inequality: How Does Inequality Get Under the Skin?” *The Gerontologist* 49, núm. 3 (2009): 333-343.

GOMES DA CONCEIÇÃO, Cristina, y Verónica Montes de Oca Zavala. 2004. “Ageing in Mexico. Families, Informal Care and Reciprocity”. En *Living Longer: Ageing, Development and Social Protection*, compilado por Peter Lloyd-Sherlock, 230-248. Londres: Zed Books Ltd.

GONZÁLEZ-CELIS RANGEL, Ana Luisa. 2003. “Los adultos mayores: un reto para la familia”. En *Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico*, compilado por Luz de Lourdes Eguiluz, 127-138. México: Editorial Pax.

GUTIÉRREZ ROBLEDO, Luis Miguel. “Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica”. *Salud Pública de México* 38, núm. 6 (noviembre-diciembre, 1996a): 487-500.

_____. 1998. “Relación entre el deterioro funcional, el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de la población envejecida en México”. En *La población de México al final del siglo XX (V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México)*, coordinado por Héctor Hiram Hernández Bringas, y Catherine Menkes Bancet, 431-447. Serie Investigación Demográfica en México. Textos de Difusión Cultural, vol. 1. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- GUTIÉRREZ ROBLEDO, Luis Miguel, comp. 1996b. *Salud del adulto mayor en México, estrategias y plan de acción*. México: Grupo Intersectorial de Salud del Adulto Mayor/OPS/ Dirección de Enfermedades Crónico-Degenerativas/Secretaría de Salud.
- GUTIÉRREZ ROBLEDO, Luis Miguel, y Miguel Ángel Lezana Fernández, coords. 2012. *Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud*. Serie Cuadernillos de Salud Pública. México: Academia Nacional de Medicina/Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Geriatria.
- HAM CHANDE, Roberto. 1980. “Población dependiente en edad avanzada”. En *Memorias de la Segunda Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México: realizada en México, D. F., del 4 al 7 de noviembre de 1980*, 501-510. México: Programa Nacional Indicativo de Investigación Demográfica/Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- _____. “Envejecimiento demográfico y seguridad social: la insuficiencia de las pensiones por vejez”. *Demos. Carta Demográfica sobre México*, núm. 6 (enero, 1993a): 28-29.
- _____. 1993b. *Salud y bienestar frente al proceso de envejecimiento*. México: Centro de Estudios en Población y Salud/Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo/Secretaría de Salud.
- _____. “Las reformas a la seguridad social: de la solidaridad intergeneracional a la privatización de las pensiones”. *Demos. Carta Demográfica sobre México*, núm. 9 (1996): 36-37.
- _____. 1997. “Envejecimiento y desarrollo en Latinoamérica: una relación bidireccional”. En *Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después de El Cairo-94*, coordinado por Hildebrando Araica, y Carlos Welti, 249-280. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

____. “El futuro de las pensiones. Promesas fáciles de difícil cumplimiento”. *Demos. Carta Demográfica sobre México*, núm. 9 (1999): 35-56.

____. 2003. *Envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. Colección Las Ciencias Sociales. México: El Colegio de la Frontera Norte/Miguel Ángel Porrúa, librero-editor.

HERNÁNDEZ PALACIOS, Rosa Diana; Víctor Manuel Mendoza Núñez; Irma Adela Martínez Zambrano; y Lucía Morales Mancera. 2011. *Odontogeriatría y gerodontología*. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza/Editorial Trillas.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA/Universidad de Pennsylvania/Universidad de Maryland/Universidad de Wisconsin. “Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México”. 2001. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Universidad de Pennsylvania/Universidad de Maryland/Universidad de Wisconsin.

JÁUREGUI ORTIZ, Berenice; Emmanuel Poblete Trujillo; y Velia Nelly Salgado de Snyder. 2006. “El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México”. En *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México*, editado por Velia Nelly Salgado de Snyder, y Rebeca Wong, 85-96. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.

LÓPEZ BARAJAS, María de la Paz, y Haydea Izazola Conde. 1994. *El perfil censal de los hogares y las familias en México*, vol. 9. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía

e Informática/Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales.

MARMOT, Michael. “Determinantes de la salud y las desigualdades sociales”. PCACACE, 2008. Disponible en línea: <<http://fundacionaequus.wordpress.com/2008/10/01/253/>> [Consulta: enero, 2012].

MONTES DE OCA ZAVALA, Verónica. 1998. “Intercambio y diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México”. En *La población de México al final del siglo XX (V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México)*, vol. 1, coordinado por Héctor Hiram Hernández Bringas, y Catherine Menkes Bancet, 402-432. Serie Investigación Demográfica en México. Textos de Difusión Cultural, vol. 1. México: Universidad Nacional Autónoma de México/Sociedad Mexicana de Demografía.

_____. 1999. “Relaciones familiares y redes sociales”. En *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades*, del Consejo Nacional de Población, 289-325. México: Consejo Nacional de Población/Cámara de Diputados/Senado de la República.

MONTES DE OCA ZAVALA, Verónica, y Sagrario Garay Villegas. 2010. “Familias, hogares y vejez: cambios y determinantes en los arreglos familiares con personas adultas mayores en México, 1992-2006”. En *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la ENADID 2006*, coordinado por Ana María Chávez Galindo, y Catherine Menkes Bancet, 402-432. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/Secretaría de Salud/Universidad Nacional Autónoma de México-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2003. “El maltrato de las personas mayores”. En *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, compilado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi, y Rafael Lozano, 133-150. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud-Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- PILLEMER, Karl, y David Finkelhor. “Causes of Elder Abuse: Caregiver Stress versus Problem Relatives”. *American Journal of Orthopsychiatry* 59, núm. 2 (abril, 1989): 179-187.
- RABELL, Cecilia, y Sandra Murillo. “Apoyos recibidos por personas de la tercera edad en México”. 2013. En *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento (LARNA)*, coordinado por Verónica Montes de Oca Zavala. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales.
- RAMÍREZ LÓPEZ, Berenice P. 2000. “Las perspectivas sociales y económicas frente al envejecimiento”. *Envejecimiento demográfico y empleo. Memorias del Taller de Expertos en Envejecimiento Demográfico y Políticas de Empleo para Grupos Vulnerables. Julio 1999*, de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 33-59. México: Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- ROBLES, Leticia. “El fenómeno de los cuidadores: un efecto invisible del envejecimiento”. Ponencia presentada en la VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, Sociedad Mexicana de Demografía. México: El Colegio de México, 31 de julio-4 de agosto, 2000.

ROSENBLUETH, Ingrid. “Patrones diferenciales de envejecimiento, salud y enfermedad en diversos sectores sociales urbanos”. *Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades* 6, núms. 12-13 (enero-diciembre, 1985): 7-38. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.

RUBALCAVA, Rosa María. 1999. “Ingresos de las personas de edad y características de sus hogares”. En *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades*, del Consejo Nacional de Población, 125-143. México: Comisión de Población y Desarrollo/ Consejo Nacional de Población/Cámara de Diputados-H. Congreso de la Unión.

RUELAS GONZÁLEZ, Guadalupe, y Velia Nelly Salgado de Snyder. 2006. “El Maltrato en el adulto mayor: factores de riesgo en un contexto de pobreza”. En *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México*, editado por Velia Nelly Salgado de Snyder, y Rebeca Wong, 121-134. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.

SALGADO DE SNYDER, Velia Nelly, e Ietza Bojorquez Chapela. 2006. “Estado de salud y utilización de servicios de salud en adultos mayores que viven en pobreza urbana”. En *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México*, editado por Velia Nelly Salgado de Snyder, y Rebeca Wong, 55-69. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.

STUART-HAMILTON, Ian. 2012. *The Psychology of Ageing: An Introduction*. Londres/Filadelfia: Jessica Kingsley Publishers.

SOSA, Ana Luisa; Emiliano Albanese; Blossom C. M. Stephan; Michael Dewey; Daisy Acosta; Cleusa P. Ferri; Mariella

- Guerra; Yueqin Huang; K. S. Jacob; Ivonne Z. Jiménez-Velázquez; Juan J. Llibre Rodríguez; Aquiles Salas; Joseph Williams; Isaac Acosta; Maribella Gonzalez-Viruet; Milagros A. Guerra Hernández; Li Shuran; Martin J. Prince; y Robert Stewart. 2012. “Prevalence, Distribution, and Impact of Mild Cognitive Impairment in Latin America, China, and India: A 10/66 Population-Based Study”. *PLOS MEDICINE* 9, núm. 2. Publicación semanal. Disponible en línea: <www.plos.org>.
- VALENCIA ARMAS, Alberto. 2000. “Envejecimiento, empleo y pensiones de jubilación en la administración pública federal”. En *Envejecimiento demográfico y empleo. Memorias del Taller de Expertos en Envejecimiento Demográfico y Políticas de Empleo para Grupos Vulnerables. Julio de 1999*, 177-204. México: Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- WELTI, Carlos, y Verónica Montes de Oca Zavala. “El envejecimiento: los servicios de salud y la seguridad social”. *Población y Cambio Social. Revista Latinoamericana de Población* 1, núm. 1 (1997). Disponible en línea: <<http://serpiente.dgsca.unam.mx/prolap>>.
- WHITTAKER, Terry. 1996. “Género y malos tratos a las personas ancianas”. En *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*, compilado por Sara Arber, y Jay Ginn, 203-220. Madrid: Nancea, S. A. de Ediciones.
- WILKINSON, Richard, y Michael Marmot, eds. 2003. *Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en línea: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>> [Consulta: enero, 2012].

Primera Parte

Salud mental y física en la vejez



Capítulo 1

Condiciones de vida y salud
de la población mexicana adulta mayor:
desigualdades por edad, etnicidad y género

*José Luis Castrejón Caballero**

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

El cambio de estructura de la pirámide poblacional que se expresa en un mayor peso porcentual de las personas de mayor edad ha sido definido como “envejecimiento demográfico”. Esta nueva estructura de la distribución de edades de la población se ha vinculado con la baja en las tasas de fecundidad y de mortalidad; como proceso, se ha denominado “transición demográfica”. Sin embargo, al englobar la totalidad de la población en dicha perspectiva, se ocultan comportamientos demográficos heterogéneos que suelen ser reflejo de la desigualdad que impera en la sociedad. En el caso de la transición demográfica en México —aun cuando se ha observado una declinación de la fecundidad y de la mortalidad en la totalidad del país—, se presentan acentuadas diferencias entre las entidades federativas. Por ejemplo, para el año 2000, el número de hijos por mujer en Chiapas era de cuatro; mientras en el Distrito

* Doctor en Estudios de Población, El Colegio de México. Profesor-investigador de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, México. Correo electrónico: <castrejon68@yahoo.com.mx>.

Federal y Nuevo León, de poco más de dos hijos: ello muestra que estas dos últimas entidades ya llegaron al nivel del reemplazo. Asimismo, la esperanza de vida al nacer en Chiapas y Oaxaca es de casi 70 años; en contraparte con el Distrito Federal y Nuevo León, donde se superan levemente los 75 años. De acuerdo con tales datos, a nivel entidad podríamos señalar que en el país hay dos escenarios demográficos claramente diferenciados: uno tiene estructura por edad joven, alta natalidad y alta mortalidad, con fuerte migración interna e internacional; el otro presenta baja mortalidad, baja natalidad, y una estructura por edad en acelerado proceso de envejecimiento, con crecimiento demográfico muy lento (Ordorica Mellado, 2004).

La coexistencia de diversos escenarios demográficos prevalentes en nuestro país a nivel entidad conduce a reflexionar sobre la existencia de patrones demográficos diferentes en otros niveles de agrupación de la población. Es el caso de la población hablante de lengua indígena, en la cual el promedio de hijos nacidos vivos es de 3.9; dicha cifra contrasta con el de la población total, que es de 3.1. Respecto de la mortalidad infantil, en población hablante de lengua indígena la tasa es de 48.3 muertes por cada 1 000 nacidos vivos; la cifra del total nacional es de 28.2 (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2002) y —con base en nuestras estimaciones— en 1997 la esperanza de vida de la población indígena era de 67.9 años, lo que marca una diferencia de casi cuatro años respecto de la población no indígena (71.6). Estas cifras apuntan hacia considerar que la transición demográfica en la población indígena tiene un ritmo diferente respecto de la población no indígena, lo cual se traduce en mayores niveles de mortalidad y fecundidad, menores esperanzas de vida, un inicio más temprano de la unión o matrimonio y una estructura

etaria más joven que la población no indígena (Vega y Martínez, 2003: 165). Si partimos del supuesto expresado líneas atrás de que el envejecimiento demográfico es consecuencia de la transición demográfica y aceptamos que la población indígena lleva un ritmo diferente, se infiere que el proceso de envejecimiento resulta disímil en este grupo; tal aspecto debe agregarse a las peores condiciones sociales y económicas que caracterizan a dicho grupo de la población, a la diferenciación de valores culturales, idioma e identidad propios, así como a sus formas de organización social y modalidades específicas de vincularse con la Naturaleza, de organizarse para el trabajo así como de regirse por las normas y leyes que dicta su tradición.

Hombres y mujeres somos diferentes en el sentido biológico, aspecto que probablemente ha dado pauta para concebir diferencias sociales respecto de los roles y *status* que se han asignado a ambos sexos. Tales diferencias se manifiestan en situaciones desiguales en ámbitos de la vida cotidiana: educación, acceso a plazas laborales, puestos públicos, roles de hogar, y otros, donde las mujeres han sido colocadas en desventaja. Las desigualdades de género —aunadas a la mayor esperanza de vida femenina— propician que hombres y mujeres sigan diferentes cursos vitales que probablemente se traducen en variaciones en salud, bienestar económico y recursos familiares en el último tramo de la vida. En consecuencia, estudiar aspectos de la vida de las personas de edad mayor debe considerar las diferencias por género.

Por otra parte, un aspecto relacionado con el acelerado aumento en la proporción de personas de edad mayor en México que está llamando la atención por sus implicaciones económicas y sociales de este grupo poblacional, es el nuevo patrón epidemiológico caracterizado por padecimiento de enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes que causan

deterioros funcionales, en detrimento de la calidad de vida de los sujetos al verse impedidos de realizar las actividades de la vida diaria, lo cual aumenta los requerimientos de apoyo de familiares o conocidos (Solís, 1999). Algunos estudios advierten que el perfil epidemiológico de la población mexicana se ha visto afectado por el envejecimiento demográfico, al pasar de un escenario caracterizado por el predominio de las enfermedades infecto-contagiosas, a otro en el que cobran mayor peso relativo las enfermedades crónicas y degenerativas, proceso denominado “transición epidemiológica”. En esta perspectiva (Gómez de León, Partida, y Solís, 1998: 111), se pronostica un incremento —en personas de edad avanzada— de 41% y 28% entre 1993 y 2010 de las enfermedades nutricionales y endócrinas en hombres y mujeres, respectivamente; de 23% y 19% en *diabetes mellitus*; en las lesiones no intencionales, de 33% en mujeres.

En busca de factores que pudieran estar relacionados con la salud en edades mayores, con información de la encuesta del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (Enasem) aplicada a 2001, Hebrero Martínez (2004) construyó un índice de salud física y mental para población de 50 años o más. Entre sus resultados encontró un estado de salud más deteriorado en mujeres, en personas de mayor edad, en los que padecieron una enfermedad importante en la niñez y en aquellos cuya ocupación principal en su vida fue manual o requirieron de un mayor esfuerzo físico. Por su parte, Ruiz Pantoja (2004), con los mismos datos, indagó sobre factores relacionados con el riesgo de padecer alguna enfermedad crónica como embolia cerebral, infarto al corazón, diabetes y reumatismo; encontró resultados que indican que la probabilidad de padecer algunas de tales enfermedades está relacionada con características de estatus social bajo de la población: baja

escolaridad, trabajo rudo desempeñado a lo largo de su vida y peores condiciones de vida en la infancia.

La consecuencia de un estado de salud deteriorado es la incapacidad de realizar las actividades básicas cotidianas: desplazarse entre habitaciones; llegar al inodoro; bañarse, vestirse y desvestirse; entrar y salir de la cama; tomar sus medicamentos, alimentarse o permanecer solo en la noche. Con estos indicadores, Solís (1999) ha definido como “cuarta edad” aquella en la que una persona no puede realizar la mayor parte de estas funciones; construye un índice de dependencia y lo relaciona con las ayudas dadas por familiares: observa una relación directa entre el incremento de problemas de funcionalidad y apoyos recibidos.

Considerando la desigualdad social y la desigualdad demográfica por género y condición de etnicidad —así como el estado de salud y su impacto en la realización de las actividades cotidianas de las personas de mayor edad—, los objetivos del presente trabajo son estudiar la población mexicana de 50 años y más, mediante el análisis de *a*) las diferencias por género, edad y condición de etnicidad (indígenas *versus* no indígenas); de la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, hipertensión, artritis reumatoide) y de individuos con dificultades para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD); y *b*) las diferencias por género y condición de etnicidad de los factores sociodemográficos, económicos y de salud que están relacionados con una mayor probabilidad de presentar dificultad con las ABVD.

I. MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos utilizados proceden de la encuesta aplicada en el Enasem,¹ estudio de panel prospectivo. La muestra Enasem se seleccionó a partir de los hogares en muestra en el cuarto trimestre de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE) 2000, realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en México. La ENE cubre áreas urbanas y rurales en los 32 estados de la república mexicana. Los hogares con al menos un residente nacido antes de 1951 fueron elegibles para formar parte de la muestra Enasem. Si los individuos seleccionados estaban casados o unidos y el cónyuge o compañero residía en el mismo hogar, se entrevistó también a dicha persona sin importar su edad. Se levantaron los datos de la encuesta base inicial en 2001 y el seguimiento se realizó en 2003. En este capítulo se utiliza parte de la información correspondiente a 2001.

Para saber si alguien pertenece a la población indígena, se formula la pregunta de si el individuo habla lengua indígena. Con este criterio, la muestra reporta un total de 1 190 individuos indígenas (8.0%). La edad fue agrupada en grupos quinquenales a partir de los 50 años y hasta los 79; el último grupo se consideró de 80 años y más. La distribución por condición de etnicidad, edad y sexo se presenta en el cuadro 1. Con el factor de pondera-

¹ La encuesta forma parte del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001, realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y por investigadores de las Universidades de Pennsylvania, Maryland, y Wisconsin, de los Estados Unidos de Norteamérica.

ción reportado en cada caso, se calculó el factor de escalamiento que es utilizado en los subsiguientes cálculos estadísticos.²

Cuadro 1
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO
POR GRUPO DE EDAD Y SEXO, 2001

<i>Edad</i>	<i>Indígena</i>			<i>No indígena</i>		
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
50-54	176	192	368	1 433	1 790	3 223
55-59	113	108	221	1 355	1 589	2 944
60-64	88	68	156	1 046	1 287	2 333
65-69	89	41	130	928	961	1 889
70-74	63	34	97	635	662	1 297
75-79	56	40	96	472	445	917
80+	36	86	122	454	541	995
<i>Total</i>	<i>621</i>	<i>569</i>	<i>1190</i>	<i>6 323</i>	<i>7 275</i>	<i>13 598</i>

FUENTE: Enasem, 2001.

El análisis estadístico se realizó en tres niveles. En primer lugar se efectuó el análisis bivariado entre las características de salud mencionadas respecto de edad, género y condición de etnicidad de los individuos; bajo el supuesto de la existencia de diferencias en las prevalencias, se aplicó el estadístico chi-cuadrado. En segundo término se aplicó el análisis de correspondencias múltiples para indagar el comportamiento simultáneo de las variables dependientes e independientes. Por último, con-

² El factor ponderador escalado se calcula como $fesc = \frac{n}{N} * factor\ exporig$, donde n es el tamaño de la muestra; N , el de la población; y $factor\ exporig$, el factor de ponderación original.

siderando los subgrupos de la población determinados por condición de etnicidad y sexo, se ajustaron cuatro modelos de regresión logística con el fin de analizar cuáles son los factores sociodemográficos, económicos y de salud que afectan la probabilidad de que los individuos presenten dificultad para realizar las ABVD.

El análisis estadístico intentó proporcionar elementos que permitan inferir que la vejez mexicana se vive de manera diferencial por edad, género y condición de etnicidad en relación con la situación de salud: las mujeres, los indígenas y las personas de mayor edad son quienes viven la vejez en peores condiciones.

Asimismo, se espera que los individuos que viven en situaciones de mayor desigualdad social presenten características relacionadas con mayor deterioro en las condiciones funcionales de las personas de edad mayor, expresadas por la dificultad de realizar las ABVD. Se trata de quienes carecen en mayor medida de servicios básicos como agua y servicio sanitario, los que habitan en viviendas en peores condiciones, los de menor escolaridad, quienes han sido diagnosticados con alguna enfermedad crónica y por lo tanto posiblemente los que reciban en mayor medida apoyo económico (sobre todo no económico) de sus familiares (principalmente de los hijos). Sin embargo, por lo expuesto en la hipótesis anterior, también se presupone la existencia de patrones diferenciales por género y condición de etnicidad en las variables que están relacionadas con la probabilidad de presentar dificultades para realizar dichas actividades.

Las ABVD consideradas en el cuestionario son caminar de un lado a otro de un cuarto; bañarse en una tina o regadera; comer (cortar la comida); acostarse y levantarse de la cama y usar el excusado (se incluye subirse a ella, bajarse de ella, o ponerse

en cuclillas). A partir de tales variables, se construyó un índice dicotómico, con valor cero si el individuo no presenta dificultad para realizar alguna de las ABVD; uno en el caso de presentar dificultad para llevar a cabo al menos una de las actividades.

Las características de las personas de edad mayor o variables independientes que se supusieron podrían estar relacionadas con la probabilidad de poseer mayor dificultad para realizar las ABVD, son edad; tipo de localidad de residencia; tipo de hogar; contar con servicio de agua potable en la vivienda; poseer refrigerador; escolaridad; situación conyugal; situación laboral; haber tenido alguna experiencia migratoria; número de hijos vivos; recibir ayuda económica y no económica de parte de sus hijos; así como las variables de salud diagnosticadas: diabetes, hipertensión y artritis o reumatismo. En el cuadro 2 se presenta la distribución de cada una de las variables consideradas.

CUADRO 2
DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES CONSIDERADAS, 2001

<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>%</i>	<i>n</i>
Edad	50-54	24.0	3 650
	55-59	21.4	3 252
	60-64	16.9	2 566
	65-69	13.7	2 081
	70-74	9.3	1 417
	75-79	6.9	1 040
	80+	7.7	1 174
Sexo	Hombre	46.7	7 093
	Mujer	53.3	8 087

<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>%</i>	<i>n</i>
Hablante de lengua indígena	Sí	8.0	1 189
	No	92.0	13 598
Diabetes	Sí	15.2	2 228
	No	84.8	12 395
Hipertensión	Sí	36.9	5 394
	No	63.1	9 230
Artritis	Sí	20.4	2 982
	No	79.6	11 642
Dificultad para realizar alguna Actividad Básica de la Vida Diaria	Sí	8.7	1 322
	No	91.3	13 858
Tipo de localidad	Urbana	45.1	6 840
	Mixta	54.9	8 339
Tipo de hogar donde habita	Unipersonal	7.8	1 177
	Pareja	15.8	2 403
	Pareja y otros	76.4	11 600
Agua entubada en la vivienda	No	31.6	4 776
	Sí	68.4	10 324
¿Su vivienda cuenta con refrigerador?	No	24.8	3 742
	Sí	75.2	11 353
Escolaridad	Sin estudios	31.2	4 722
	1-3	27.1	4 107
	4+	41.7	6 321
Situación conyugal	Soltero, separado o divorciado	14.1	2 065
	Unido	66.1	9 702
	Viudo	19.9	2 922

<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>%</i>	<i>n</i>
¿Actualmente trabaja?	No	55.6	8 423
	Sí	44.4	6 727
¿Alguna vez migró en su vida?	No	43.0	6 486
	Sí	57.0	8 603
Hijos vivos actualmente	0-2	20.3	3 068
	3-4	25.4	3 847
	5+	54.4	8 234
Ayuda económica recibida de sus hijos	No	47.1	6 694
	Sí	52.9	7 507
Ayuda no económica recibida de sus hijos	No	51.4	7 302
	Sí	48.6	6 892

FUENTE: Cálculos propios a partir de la Enasem, 2001.

II. RESULTADOS

Respecto de las enfermedades crónicas consideradas, la de mayor prevalencia en la población de 50 años o más es la hipertensión (36.9%); le siguen los padecimientos artríticos (20.4%) y de diabetes (15.2%). Sin embargo, al considerar grupos de edad quinquenales y el sexo de los individuos, se infieren asociaciones significativas ($p < 0.01$) entre estas características. Las cifras calculadas muestran (cuadro 3) un crecimiento porcentual de prevalencia de hipertensión respecto de la edad hasta el grupo de 65-69 años y disminuye en los dos grupos de edad subsecuentes. Aunque con montos menores, la prevalencia de diabetes presenta un comportamiento similar, aunque la disminución se presenta en los grupos de 75-79 y 80+. Probablemente dicho comportamiento estaría indicando

que la mortalidad debida a tales causas, se presenta alrededor de los grupos de edad donde se alcanzan las cifras máximas; y que los bajos porcentajes posteriores se atribuirían a personas que no habrían presentado las enfermedades a edades más tempranas. La prevalencia de artritis o reumatismo presentó un crecimiento importante en los individuos de 60-64 años respecto de los grupos anteriores; disminuyó un poco en los dos grupos subsecuentes y se presentó un repunte en el grupo de 75 a 79 años.

8.7% de las individuos de 50 o más años reconocieron dificultad para realizar alguna de las ABVD; sin embargo, al separar por edad quinquenal, se puede apreciar un crecimiento sustantivo en los porcentajes que aparecen a partir del grupo de 70-74 años: poco más de un tercio de las personas de 80 o más años presentan alguna dificultad.

Al considerar el género de las personas como posible factor diferencial en la prevalencia de los padecimientos crónicos degenerativos y de presentar dificultad para realizar alguna ABVD, se encontraron porcentajes significativamente mayores ($p < 0.01$) en mujeres; los porcentajes se alejan en mayor medida en la prevalencia de hipertensión.

Al comparar por condición de etnicidad (precisada por el hecho de hablar una lengua indígena o no hablarla), se encontraron porcentajes significativamente mayores en la población no hablante de lengua indígena en cuanto a la presencia de diabetes ($p < 0.05$) y de hipertensión ($p < 0.01$); sin embargo, las prevalencias tanto de artritis-reumatismo como de la dificultad para realizar al menos una ABVD, son similares en los dos grupos sociales.

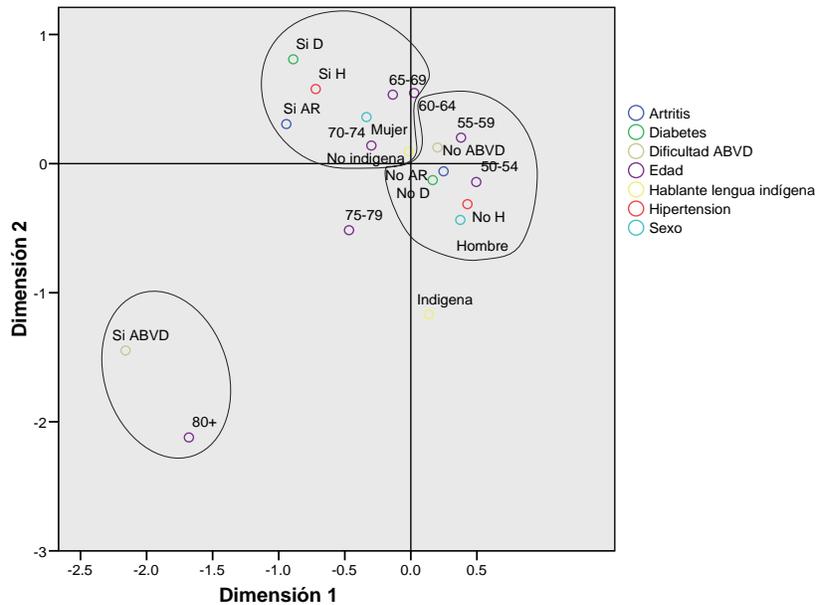
Cuadro 3
ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DIFICULTAD
PARA REALIZAR ABVD CON LA EDAD, SEXO Y CONDICIÓN DE ETNICIDAD, 2001

<i>Variable</i>	<i>Diabetes</i>	<i>Hipertensión</i>	<i>Artritis o reumatismo</i>	<i>Dificultad para realizar alguna ABVD</i>	
Población	15.2	36.9	20.4	8.7	
Edad	50-54	12.6**	31.3**	14.5**	4.4**
	55-59	14.7	32.9	16.8	4.3
	60-64	15.6	38.1	23.9	5.6
	65-69	18.6	44.1	22.1	7.6
	70-74	18.7	41.4	23.4	11.5
	75-79	13.5	39.6	29.4	15.6
	80+	15.7	42.4	26.7	33.6
Sexo	Hombre	13.1**	27.5**	16.2**	7.5**
	Mujer	17.1	45.0	24.0	9.8
Habla de lengua indígena	Sí	13.4*	31.3**	20.3	9.9
	No	15.5	37.8	20.5	8.7

* $p < 0.05$.

** $p < 0.01$, prueba chi-cuadrada.

Gráfica 1
ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS MÚLTIPLES, RELACIÓN ENTRE VARIABLES DE SALUD,
EDAD, SEXO Y CONDICIÓN DE ETNICIDAD, 2001



D = Diabetes; AR = Artritis; H = Hipertensión; ABVD = Dificultad para realizar alguna ABVD.

Aplicando la técnica de análisis de correspondencias múltiples, se explora el comportamiento simultáneo tanto de las variables de salud como de las que definen las categorías independientes: edad, sexo y condición de etnicidad; en la gráfica 1 se aprecia la proyección resultante en dos dimensiones de la relación entre las categorías de las características que se estudian. El plano cartesiano resultante nos permite establecer la relación que hay entre los individuos a partir de las características que se examinan. Un primer patrón que podemos identificar en el cuadrante superior izquierdo, está conformado por mujeres que tienen edades entre 65-69 y 70-74 años, quienes respondieron que han sido diagnosticadas con diabetes, hipertensión

o artritis (o las dos). Del lado derecho del eje vertical se puede apreciar otra agrupación de categorías: la conformada por hombres, cuya edad se encuentra en los grupos 50-54, 55-59 y 60-64 años, caracterizados por no haber sido diagnosticados con diabetes, hipertensión o artritis reumatoide. En la parte inferior del cuadrante de lado izquierdo, se puede apreciar que la dificultad para realizar alguna actividad básica de la vida diaria ocurre principalmente en los individuos del grupo de mayor edad (80+). Los individuos que pertenecen al grupo de 75-79 años, parecen estar más cercanos al grupo que no presenta alguna de las enfermedades crónico-degenerativas consideradas.

La condición de etnicidad tiene un comportamiento particular en el análisis de correspondencias múltiples. Por una parte, la población que no habla una lengua indígena se encuentra igual de cercana a los dos primeros patrones establecidos; en tanto el grupo indígena se halla alejado de ambos grupos y establece cierta relación leve con el grupo que no ha sido diagnosticado con alguna enfermedad crónica degenerativa. Tal situación nos permite inferir un comportamiento diferencial de las enfermedades de acuerdo con la condición de etnicidad.

Al considerar la dificultad para realizar alguna ABVD como variable dependiente, se ajustaron cuatro modelos de regresión logística (cuadro 4) para los grupos determinados por la condición de etnicidad y género, en tanto las variables independientes están relacionadas con factores sociodemográficos, económicos y de salud. Los resultados encontrados permiten inferir que el aumento de la edad incrementa significativamente ($p < 0.05$) los momios de presentar cierta dificultad para realizar alguna ABVD en los cuatro grupos; resalta el de mujeres indígenas, donde la probabilidad de presentar alguna dificultad con la edad avanzada, se incrementa con mayor velocidad.

En relación con las variables de salud, en el caso de la población que no habla una lengua indígena, haber sido diagnosticado con hipertensión, diabetes o artritis reumatoide incrementa significativamente los momios de presentar dependencia en lo referente a ABVD; en contraparte, sólo en hombres indígenas que han sido diagnosticados con artritis o reumatismo, aparece un aumento en los momios de presentar dificultad con alguna ABVD.

Respecto de las variables sociodemográficas, en el caso de hombres indígenas el modelo logístico indica que los momios de presentar dificultad con alguna ABVD se incrementan en los que no cuentan con agua entubada en la vivienda, en quienes no tuvieron acceso a formación escolar y en aquellos que en el momento de la entrevista no trabajaban. Para las mujeres indígenas, las características que incrementan los momios de dependencia por ABVD son vivir en un hogar donde cohabitan con su pareja y otros miembros de su familia; no cuentan con agua potable en la vivienda; se encuentran en alguna situación de unión (casada o en unión libre) y trabajan.

Los factores que incrementan los momios de que los hombres de habla no indígena sufran dificultad para realizar alguna ABVD: no haber tenido oportunidad de realizar estudios formales; encontrarse solos en el ámbito conyugal (solteros, separados o divorciados); no estar trabajando; así como recibir apoyo económico y no económico de los hijos. En tanto en mujeres de habla no indígena, los momios aumentan en las que habitan en hogar unipersonal o bien con su pareja y otros familiares; en quienes viven en algún tipo de unión conyugal; en aquellas que no trabajan y —algo similar a lo que ocurre con los hombres no indígenas— las que reciben ayuda económica y no económica de parte de alguno de sus hijos.

Cuadro 4

MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA.

VARIABLE DEPENDIENTE: DIFICULTAD PARA REALIZAR ABVD

Variable	Categoría	Indígenas		No indígenas	
		Hombres RM (I. C. 95.0%)	Mujeres RM (I. 95.0%)	Hombres RM (I. C. 95.0%)	Mujeres RM (I. C. 95.0%)
Edad		1.07* (1.01, 1.13)	1.24* (1.16, 1.33)	1.05* (1.04, 1.07)	1.07* (1.06, 1.08)
Hipertensión	No	1	1	1	1
	Sí	1.96 (0.62, 6.19)	1.69 (0.58, 4.91)	2.00* (1.56, 2.55)	1.63* (1.35, 1.96)
Diabetes	No	1	1	1	1
	Sí	0.16 (0.02, 1.15)	0.84 (0.17, 4.08)	1.62* (1.21, 2.18)	2.01* (1.63, 2.48)
Artritis o reumatismo	No	1	1	1	1
	Sí	2.76* (1.03, 7.38)	0.99 (0.36, 2.72)	1.35* (1.02, 1.80)	2.56* (2.13, 3.07)
Localidad	Urbana	1	1	1	1
	Mixta ^a	0.35 (0.08, 1.52)	0.54 (0.13, 2.14)	1.16 (0.88, 1.54)	0.95 (0.77, 1.16)
Tipo de hogar	Unipersonal	1	1	1	1
	Pareja	9.03 (0.31, 263.92)	0.01* (0.00, 0.19)	1.64 (0.86, 3.15)	0.42* (0.26, 0.68)
	Pareja+ ^b	5.94 (0.25, 138.88)	0.32 (0.08, 1.40)	1.57 (0.88, 2.82)	1.18 (0.85, 1.63)
Agua entubada en la vivienda	No	1	1	1	1
	Sí	0.15* (0.05, 0.44)	0.20* (0.06, 0.69)	0.95 (0.71, 1.28)	1.06 (0.84, 1.35)
Refrigerador	No	1	1	1	1
	Sí	0.55 (0.17, 1.76)	3.65 (0.93, 14.36)	0.82 (0.60, 1.12)	1.13 (0.87, 1.47)

Variable	Categoría	Indígenas				No indígenas			
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
		RM (I. C. 95.0%)		RM (I. 95.0%)		RM (I. C. 95.0%)		RM (I. C. 95.0%)	
Escolaridad	Sin estudios	1	1	1	1	1	1	1	1
	1-3	0.27* (0.08, 0.84)	0.66 (0.15, 2.81)	0.67* (0.50, 0.90)	0.63* (0.51, 0.79)	0.44* (0.32, 0.61)	0.44* (0.34, 0.55)		
	4+	0.76 (0.16, 3.57)	1.28 (0.29, 5.58)						
Situación conyugal	Solo ^c	1	1	1	1	1	1	1	1
	Unido	4.19 (0.04, 397.79)	15.79* (1.84, 135.78)	0.51* (0.31, 0.84)	1.44* (1.04, 1.99)	0.36* (0.20, 0.62)	1.27 (0.92, 1.74)		
	Viudo	7.26 (0.08, 636.01)	4.13 (0.70, 24.36)						
¿Trabaja?	No	1	1	1	1	1	1	1	1
	Sí	0.04* (0.01, 0.13)	5.55* (1.63, 18.91)	0.33* (0.25, 0.43)	0.59* (0.44, 0.79)				
¿Alguna vez migró?	No	1	1	1	1	1	1	1	1
	Sí	1.88 (0.60, 5.88)	0.56 (0.15, 2.10)	1.13 (0.87, 1.46)	1.02 (0.84, 1.24)				
Hijos vivos	0-2	1	1	1	1	1	1	1	1
	3-4	1.88 (0.30, 11.60)	2.69 (0.72, 10.04)	0.65 (0.43, 0.96)	1.18 (0.86, 1.64)	0.77 (0.54, 1.08)	1.16 (0.87, 1.55)		
	5+	0.95 (0.16, 5.70)	0.45 (0.14, 1.38)						
Ayuda económica recibida de sus hijos	No	1	1	1	1	1	1	1	1
	Sí	2.66 (0.87, 8.06)	2.04 (0.69, 6.02)	0.96 (0.74, 1.24)	1.36* (1.10, 1.68)				
Ayuda no económica recibida de sus hijos	No	1	1	1	1	1	1	1	1
	Sí	0.70 (0.24, 2.04)	1.36 (0.45, 4.12)	1.84* (1.44, 2.35)	1.50* (1.24, 1.80)				

^a Urbana: 100 000 o más habitantes; mixta: menos de 100 000.

^b Vive con pareja y otros familiares.

^c Soltero, separado o divorciado.

* $p < 0.05$.

CONCLUSIONES

El aumento en la proporción de personas de edad mayor es un proceso inevitable que están experimentando la mayoría de los países; pero en México el hecho adquiere relieves sobresalientes. Primero, por la rapidez con la que se presenta y porque se produce en condiciones de enormes rezagos económicos, así como de profundas desigualdades sociales. Dos sectores de la población que padecen en mayor medida la desigualdad social imperante son las mujeres y los indígenas. Aunque la población indígena lleva un proceso más lento en su transición demográfica, en su estructura etaria también están produciéndose cambios en el mismo sentido. En tal contexto, el cambio demográfico que está gestándose implicaría la formación de un nuevo grupo de la población: el de las personas de mayor edad, que —al igual que los dos anteriores— estaría en condiciones desventajosas respecto del grupo de población más joven; es decir, se trata de un elemento más que marcaría la desigualdad social vigente.

La salud de las personas de mayor edad es uno de los ámbitos en los que se enmarcan los mayores desafíos, debido al incremento numérico de este grupo de la población, y dado el incremento en la esperanza de vida; por ello aumenta el número de individuos que experimentan alguna patología o discapacidad. El proceso de transición epidemiológica, caracterizada por un mayor control de las enfermedades transmisibles y el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas entre las principales causas de muerte, está adquiriendo mayor impulso.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo en torno a las variables relacionadas con la salud, indican una diferenciación en el comportamiento de las prevalencias de diabetes,

hipertensión y artritis por edad y género. El aumento de la edad está relacionado con los padecimientos; la baja de prevalencia en edades posteriores se debe a la mortandad de los individuos, probablemente por las causas estudiadas. Al analizar el género de las personas de edad mayor, se hace visible la mayor afectación de las mujeres en edades avanzadas respecto de los hombres, aspecto que tal vez se relaciona con los roles asignados a las mujeres a lo largo de su ciclo vital, así como a la constitución biológica misma. Se puede concluir que las mujeres viven más años; empero, comparadas con los hombres que alcanzan edades similares, ellas llegan en peores condiciones de salud.

En torno a la condición de etnicidad, los datos indican prevalencias mayores en quienes no hablan una lengua indígena en el caso de la diabetes y la hipertensión. Las diferencias pueden deberse tanto a los estilos de vida diferenciales de las poblaciones indígenas que se asientan en zonas rurales, con peores condiciones para hacerse de lo más básico, para sobrevivir; pero a su vez, a ello se debe que se mantengan con mayor movilidad, en contraparte con el estilo de vida más sedentario de las personas que viven en las grandes metrópolis.

Sin embargo, otra causa de la posible diferenciación de las prevalencias podría tener su origen en la metodología empleada en la recolección de la información y las condiciones sociales de la población indígena mexicana: la encuesta preguntó sobre enfermedades diagnosticadas por algún médico; pero en el caso de la mayoría de las comunidades indígenas no se puede asistir con personal especializado porque los servicios de salud son prácticamente inexistentes en las cercanías de las comunidades. Ello se suma a la costumbre que tienen de acudir a consultar curanderos, brujos o chamanes cuando experimentan alguna dolencia. Es decir, podría tratarse más bien de desco-

nocimiento del hecho de padecer alguna de las patologías que se investigan.

Al relacionar la variable que evalúa la dificultad para realizar alguna ABVD con el género y la edad, se muestra claramente que la edad avanzada y ser mujer son factores que incrementan la probabilidad de dependencia funcional. En el caso de la condición de etnicidad, no se observaron diferencias significativas, aspecto que también estaría relacionado con el instrumento de recolección de la información, donde —en relación con las ABVD— se pregunta (entre otros aspectos) sobre la posibilidad de acostarse y levantarse de la cama; usar cubiertos para ingerir alimentos; emplear tina o regadera para el baño cotidiano; o bien sentarse y ponerse de pie sin ayuda del WC.

Tales preguntas ignoran la condición económica y costumbres de la población indígena que vive en sus comunidades originarias pues por lo regular carecen de regadera, excusado, cama, y no acostumbran usar cubiertos para comer; ello probablemente ocasione un sesgo en las respuestas de los encuestados, que —al no haber usado nunca los enseres mencionados— hubiesen aceptado o rechazado tener dificultad para realizar la ABVD. Una recomendación para futuros estudios en población indígena: reformular tales preguntas.

A pesar de que el análisis estadístico bivariado nos permite establecer algunas relaciones entre las características de interés en el presente trabajo, la información que proporciona el análisis de correspondencia nos permitió inferir al menos tres patrones al considerar de manera simultánea la asociación entre las siete variables. La gráfica resultante permite inferir diferencias por género, donde las mujeres están más propensas a presentar las enfermedades crónicas; además, se corrobora que las edades avanzadas constituyen otro factor de riesgo de padecer dichas patologías. Resalta un aspecto: la pérdida en la

autonomía funcional es muy fuerte en las edades que rebasan la octava década. La condición de etnicidad está marcando claras diferencias; sin embargo, la técnica estadística no nos permite establecer contundentemente la asociación entre dicha característica y la salud.

Considerando las diferencias por género y condición de etnicidad en el patrón epidemiológico de las personas de edad mayor, se ajustaron los modelos logísticos cuya intención fue establecer que factores económicos y sociodemográficos estaban relacionados con la dificultad para realizar al menos una ABVD. Los resultados ajustados nos permiten descubrir que las desigualdades económicas —por género y condición de etnicidad— se acentúan en las edades mayores, pues las mujeres indígenas que viven solas padecen mayores problemas económicos (inferidos por la falta del servicio básico del agua) y tienen necesidad de seguir trabajando; son quienes presentan un deterioro más rápido de sus capacidades funcionales en relación con la edad, lo cual no propicia un mayor apoyo de parte de los hijos tanto en el aspecto económico como en el de cualquier otro tipo.

En apariencia, el deterioro no se relaciona con el diagnóstico de diabetes, hipertensión o artritis; aunque lo más probable es que ellas ignoren si presentan algún cuadro clínico, debido a que no cuentan con servicios médicos y a la ignorancia que padecen debido a la baja o nula escolaridad de que adolecen. El otro grupo de mujeres (no indígenas) tienen un comportamiento diferente cuando se manifiesta la dificultad para realizar alguna ABVD ya que no trabajan, se encuentran en algún tipo de unión y —aunque también tienen escolaridad baja— sus redes familiares se activan y se manifiestan tanto en las ayudas económicas como en las no económicas que les proporcionan sus hijos. Se sabe que el mayor uso de servicios médicos

—cuando son accesibles— se da por parte de las mujeres; de ahí que los modelos ajustados indiquen una relación entre el diagnóstico de las tres patologías consideradas y la dificultad para realizar las ABVD.

Similar a lo que ocurre con las mujeres, los hombres indígenas expresan peores condiciones de vida que sus símiles no indígenas, pues la rapidez con que se manifiestan (respecto de la edad) las dificultades en su capacidad funcional es mayor; económicamente están en desventaja; tuvieron más dificultades para acceder a la educación formal y, ante la presencia de dichas dificultades, no ven activadas sus redes familiares.

Los resultados del presente trabajo ofrecen detalles concernientes a algunos aspectos de las condiciones de vida y salud de la población mexicana de edad mayor. Los datos analizados indican comportamientos desiguales en los grupos al interior de la población. Como en la mayor parte de los aspectos de la vida, si no se aplican políticas y cambios en la actitud de la población con miras a aminorar la desigualdad persistente en nuestro país, los sectores que padezcan mayor desventaja social serán los pobres, los indígenas, las mujeres y los ancianos.

REFERENCIAS

- COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS. 2002. *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México, 2002*. México: Gobierno de la República-Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
- GÓMEZ DE LEÓN, José; Virgilio Partida; y Patricio Solís. 1998. “Perspectivas demográficas de la tercera edad”. En *La situación demográfica de México, 1997*, coordinado por Rodolfo

Tuirán, 107-114. México: Secretaría de Gobernación-Subsecretaría de Población y de Servicios Migratorios/Consejo Nacional de Población.

HEBRERO MARTÍNEZ, Mirna. “Evaluación del estado de salud como una dimensión del bienestar de la población mexicana con 50 años y más. Un análisis de sus factores asociados”. Tesis de Maestría en Demografía. México: El Colegio de México, 2004.

ORDORICA MELLADO, Manuel. “Cambios demográficos y desafíos para la política de la población en México. Una reflexión a largo plazo”. *Papeles de Población* 10, núm. 40 (abril-junio, 2004): 13-24. Estado de México: Universidad Autónoma del Estado de México-Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población.

RUÍZ PANTOJA, Teresita Elisa. “Condiciones sociales y de salud en la infancia que afectan el estado de salud de los adultos mayores en México”. Tesis de Maestría en Demografía. México: El Colegio de México, 2004.

SOLÍS, Patricio. “El ingreso a la cuarta edad en México: una aproximación a su intensidad, calendario e implicaciones en el apoyo familiar y social a los ancianos”. *Papeles de Población* 5, núm. 19 (enero-marzo, 1999): 43-75. México: Universidad Autónoma del Estado de México-Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población.

VEGA, Daniel, y Miguel Ángel Martínez. 2003. “Hogares indígenas”. En *La situación demográfica de México, 2003*, compilado por el Consejo Nacional de Población, 165-174. México: Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional de Población.

Capítulo 2

Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud de la población adulta mayor mexicana

*Mirna Hebrero Martínez**

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población mexicana en la actualidad es uno de los temas que ha ganado presencia en la agenda gubernamental; en cuanto a políticas sociales, el ejemplo más claro son los programas gubernamentales que han sido implementados recientemente, como el componente de adultos mayores del Programa “Oportunidades”; otros programas que funcionan mediante transferencias de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) y el del gobierno del Distrito Federal. Pese a lo notable de dichos esfuerzos, en estos momentos no se vislumbra la necesidad urgente de avanzar en la construcción de políticas integrales que fortalezcan y desarrollen los servicios dirigidos hacia la población envejecida, acordes con las necesidades y el contexto en el cual se desenvuelve la población adulta mayor mexicana. Al respecto, una dimensión indispensable en toda política integral es la salud; por ello, el presente trabajo busca aportar elementos que resulten útiles

* Doctora en Estudios de Población, El Colegio de México. Investigadora en Ciencias Médicas B del Instituto Nacional de Salud-Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. Líneas de investigación: salud; curso de vida; calidad de vida y proceso de envejecimiento en la población.

para el desarrollo de políticas y programas tanto preventivos como paliativos dirigidos a la población que actualmente se considera “envejecida” (60 años o más) y las generaciones que en las próximas décadas llegarán a dicho estado.

El objetivo principal del trabajo fue evaluar la salud de la población que cuenta con 50 años o más, desde una perspectiva integral que incluyera aspectos tanto físicos como mentales. Para ello fue creado un índice, tomando como referencia el instrumento denominado Short Form Health Survey de 36 ítems (SF-36), que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud. Para ello se utilizó la información aportada por la “Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001” (Enasem, 2001) [Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), 2001]. Una vez evaluada la salud, se llevó a cabo un análisis descriptivo y se realizaron varios modelos de regresión lineal con la finalidad de encontrar la asociación entre salud y aspectos sociodemográficos: oportunidades, trayectoria de vida, y actitudes hacia la salud. Se hizo hincapié en los diferenciales por sexo y grupo de edad.

El trabajo que constituye el presente capítulo, forma parte de un estudio más amplio; sin embargo en este documento se hizo un esfuerzo por retomar los hallazgos más importantes.

I. ANTECEDENTES

Al igual que otros países de América Latina, México actualmente es considerado un país en transición demográfica avanzada, donde el descenso constante y sostenido de la mortalidad en la segunda mitad del siglo —así como el descenso acelerado de la fecundidad en las últimas cuatro décadas— ha puesto

en marcha el proceso de envejecimiento¹ de la población. Sin embargo, resulta importante señalar que dentro del país se observan transiciones inacabadas que muestran patrones regionales bien definidos. Algunos estados del norte del país (Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Nuevo León y Sonora) y del centro (Colima, Distrito Federal, Estado de México, Morelos), presentan transiciones más avanzadas con mortalidad general y fecundidad menores, lo cual se manifiesta en una estructura por edad más envejecida. Por otro lado, hay entidades como Chiapas, Guerrero y Oaxaca, Guanajuato, Michoacán, Puebla y San Luis Potosí, donde aún se observa una “transición incipiente”, con rezagos en el descenso de sus tasas de mortalidad general e infantil, y tasas de fecundidad superiores al resto de las entidades; ello se manifiesta en una estructura por edad relativamente joven. El resto de las entidades presentan tasas de mortalidad y fecundidad intermedias, por lo que se encuentran en plena transición.

Al margen de las diferencias regionales, a finales de 2005 la población con 60 años o más representó aproximadamente 7.6% del total (Consejo Nacional de Población [Conapo], 2006); empero —según estimaciones del Conapo—, se espera que en el año 2050 uno de cada cuatro mexicanos se ubique en este segmento de la población. Al igual que en el resto del mundo, en la actualidad hay una mayor proporción de mujeres (54%) que de hombres en tales edades.

¹ De acuerdo con criterios de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se considera a una población como “envejecida” si más de 7% de sus miembros tiene 65 años y más en países desarrollados, o más de 10% tienen 60 años y más en países en desarrollo, respectivamente (ONU, 2001).

En relación con la distribución territorial de la población de 60 años o más, ésta se concentra en las zonas mixtas (de 15 000 a 99 000 habitantes) y más urbanizadas (100 000 y más habitantes). En conjunto representan 54.8%; las zonas con menos de 15 000 habitantes contaban con 45.2% en 2005. Sin embargo, en términos porcentuales, las localidades no urbanas (<15 000 habitantes) son más envejecidas, pues presentan 7.9% de la población adulta mayor,² comparadas con 6.1% de las más urbanizadas.

Además de los cambios observados en la estructura por edad, el país también experimenta una transición epidemiológica, ya que el patrón de causas de muerte se caracteriza actualmente por una interacción entre enfermedades infecciosas y crónicas degenerativas. La interacción entre este tipo de enfermedades es conocida como “polarización epidemiológica” (Bronfman, 1994, citado en Montes de Oca Zavala, 2001a; Peláez, Palloni, y Ferrer, 2000). Ello se explica por las desigualdades sociales en salud que se presentan en el país, y que —de manera paralela a las transiciones demográficas inacabadas— son la manifestación de los rezagos en salud, educación, alimentación e ingresos que experimentan algunas regiones, como la del sur.

Al respecto, ya desde 1999 las principales causas de muerte de la población con 65 años o más son (en orden de importancia) diabetes, infarto al miocardio, enfermedades pulmonares, insuficiencia cardíaca y pulmonía, las cuales en conjunto representaron 34.8% del total de defunciones en este grupo de edad. Destaca que las dos primeras causas fueron responsables de casi

² En este trabajo se utilizará de manera indistinta “población con 60 años o más” y “población adulta mayor” en referencia a la misma población.

la cuarta parte (23.5%) de las muertes en dicho segmento de la población (Ordorica Mellado, 2001).

En relación con los padecimientos que predominan en la vejez, datos de la Enasem 2001 (INEGI, 2001) sobre la población de 50 años o más, muestra que un menor porcentaje de mujeres (32%) reporta una autoevaluación “buena” o “mejor” de su salud que los hombres (42%); ellas reportan “peor” salud en cuanto a padecimientos crónicos (cáncer, enfermedad pulmonar, ataque al corazón, embolia y diabetes), además de obesidad, así como problemas de funcionalidad (Wong, y Espinoza, 2002). Algunos autores (Peláez, Palloni, y Ferrer, 2000; Gutiérrez Robledo, 2000) destacan también diferencias por tipo de localidad y estrato socioeconómico relacionados con las condiciones de salud de la población adulta mayor. El autor señala que en general es menor la prevalencia de obesidad, diabetes y factores de riesgo coronario en el medio rural; que tales diferencias se relacionan particularmente con la dieta, con el nivel de actividad física y con algunos factores socioeconómicos. Otro estudio con los datos de la Enasem 2001 identificó que la buena salud se encuentra vinculada positivamente con el ingreso (Wong, y Espinoza, 2002).

II. MARCO DE REFERENCIA DE LA SALUD Y BIENESTAR

A menudo y de manera coloquial, nos referimos al “bienestar” identificándolo como un estado ideal de vida. Sin embargo, se trata de un concepto complejo usado en economía y filosofía, que tiene varias vertientes: las dos más utilizadas son las que lo identifican como un disfrute o estado deseable de la conciencia, así como satisfacción de preferencias (Sen, 1984, citado en Cohen, 1996). El modo de aproximarse a estas dos propuestas ha sido mediante la posesión de bienes materiales y el autorreporte

de satisfacción de los deseos de los individuos, respectivamente; se trata de enfoques utilizados de manera regular y que son criticados por varios especialistas.

Amartya Sen (1996) también propone un enfoque alternativo de bienestar, con base en las “capacidades” y los “funcionamientos”. Para el autor, estos últimos representan parte del estado de una persona: en particular, lo que logra hacer o ser al vivir; y la capacidad de una persona refleja combinaciones alternativas de los funcionamientos que ella puede lograr, entre las cuales puede elegir una colección. De tal modo, Sen recomienda que la calidad de vida debe evaluarse en términos de la capacidad para lograr funcionamientos valiosos.

Dentro de los funcionamientos que Sen determina como “elementales”, incluye estar bien nutrido, contar con buena salud”, tener vivienda digna y educación, a los cuales otorga alto valor. No obstante, señala que cada individuo asigna la ponderación que concede a cada funcionamiento, por valiosos que puedan ser; que el desarrollo de la capacidad para lograr un determinado tipo de funcionamientos dependerá de las oportunidades de que cada individuo disponga, así como de sus decisiones; y que la generación de oportunidades para alcanzar funcionamientos elementales corresponde al Estado, mediante el desarrollo e implementación de políticas públicas encaminadas a mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población.

Así, la salud es considerada parte fundamental del bienestar de los individuos durante toda la vida; y si bien es cierto que el proceso de envejecimiento individual lleva consigo un paulatino deterioro físico y mental, hay una multiplicidad de elementos relacionados con el acceso a servicios de salud, factores ambientales y del estilo de vida que pudieran conducir

a un deterioro más acelerado del estado de salud en edades avanzadas.

Dentro de los enfoques teóricos para estudiar la salud del adulto mayor, se encuentra la propuesta de Peláez, Palloni, y Ferrer (2000), donde los autores anotan las diferentes transiciones que una persona de edad x puede ocupar: saludable (estado 1); con enfermedad crónica (estado 2); o con discapacidad funcional (estado 3), donde el estado final es la muerte (estado 4) y ella puede sobrevenir a partir de cualquier estado previo. Otros autores como Singer y Manton (citados en Peláez, Palloni y Ferrer) afirman que al no haber un límite inherente en la esperanza de vida, el perfil de salud de los adultos mayores dependerá del momento en que aparezcan las enfermedades crónicas y la discapacidad. Por otro lado, Frenk (1993, citado en Montes de Oca Zavala, 2001) plantea que el proceso que lleva a la muerte, desde un punto de vista biomédico permite identificar tres etapas: adquirir la susceptibilidad a una enfermedad, enfermarse y morir de esa enfermedad. Las propuestas anteriores para estudiar la salud giran en torno a la enfermedad o la discapacidad (o las dos), enfoque usado principalmente hasta finales del siglo XX (Fonseca, 2008). Sin embargo, en el presente trabajo se intenta hacer una aproximación a la salud desde una perspectiva integral que comprende aspectos físicos y mentales, acorde con la definición de “salud” formulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la define como “el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” (WHO, 2004).

Es importante aclarar que no hay un acuerdo y legitimidad en la comunidad científica respecto del uso de un método específico para evaluar la salud; no obstante, se han desarrollado una variedad de escalas estándar para tratar de medirla y en muchas ocasiones se le denomina “calidad de vida relacionada

con la salud”. Algunas escalas miden sólo la dimensión funcional; por ejemplo, los índices de Karnofsky. Otros más completos como el Nottingham Health Profile (NHP), incorporan seis dimensiones: dolor, movilidad física, energía, emoción, sueño y contacto social; otros como el Sickness Impact Profile (SIP) incluyen 12 dimensiones (Cox, Fitzpatrick, Fletcher, Gore, Spiegelhalter, y Jones, 1992). Muchos de estos instrumentos utilizan ponderaciones para su cálculo, y los datos son obtenidos por medio de cuestionarios; la cantidad de preguntas depende del método utilizado; las ponderaciones de cada categoría de respuesta son asignadas aplicando análisis factorial y, en ocasiones, de manera arbitraria.

III. METODOLOGÍA

A partir de lo anterior, en el presente trabajo se construyó un índice que evalúa el estado de salud, tomando como referencia el cuestionario de la encuesta Short Form Health Survey (SF-36), versión mexicana, autorizada para el proyecto internacional de evaluación de calidad de vida a cargo de la OMS: International Quality of Live Assesment (IQOLA) (Zúñiga, Carrillo-Jiménez, Fos, Ganden, y Medina-Moreno, 1999). La SF-36 evalúa la salud física y mental a partir de ocho dimensiones de la salud: 1) función física; 2) rol físico; 3) dolor corporal; 4) salud general; 5) vitalidad; 6) función social; 7) rol emocional; 8) salud mental. Además, se pregunta sobre la percepción de la salud el año anterior: “transición de salud notificada” (Ware, 2000).

Es importante señalar que sólo fue posible relacionar cinco de las ocho dimensiones con las preguntas de la encuesta Enasem 2001, fuente seleccionada para este análisis, y que las escalas en varias de las dimensiones no son las mismas. Pese a las limitaciones de la fuente, con los datos disponibles se creó

Cuadro 1
NIVELES BAJOS Y ALTOS DE LAS DIMENSIONES DE SALUD DE LA ENCUESTA SF-36*

<i>Dimensión/Nivel</i>	<i>Bajo</i>	<i>Alto</i>	
Salud física	Función física	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas, incluyendo bañarse o vestirse, debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes impuestas por deterioro de la salud
	Rol físico	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado del deterioro de la salud física
	Dolor corporal	Dolor muy severo y extremadamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor
	Salud general	Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa la salud personal como “excelente”
	Vitalidad	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
	Función social	Interferencias frecuentes y extremas con las actividades normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia causada por problemas físicos o emocionales
	Rol emocional	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a problemas emocionales
	Salud mental	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo

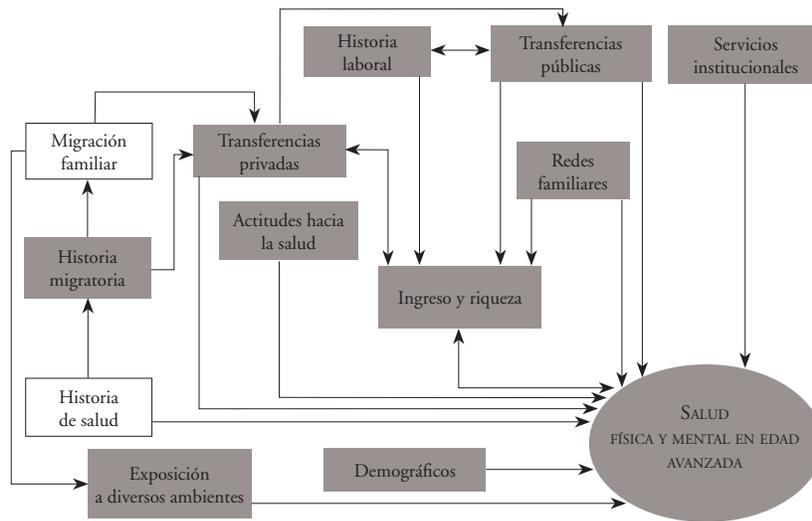
NOTA: Traducción adaptada y modificada de The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36).
FUENTE: Zúñiga, Carrillo-Jiménez, Fos, Ganden, y Medina-Moreno, 1999.

una medida para evaluar la salud, tomando en cuenta que la información a nuestro alcance permite aproximarnos a varios de los aspectos de la salud física y mental. Además, la versión para México de la SF-36 que se utilizó en el presente estudio ya ha sido evaluada, y cumple los supuestos de validez y confiabilidad (Zúñiga, Carrillo-Jiménez, Fos, Ganden, y Medina-Moreno, 1999).

En relación con los factores relacionados con el estado de salud de los mexicanos en edad madura y avanzada desde una perspectiva integral, Wong, y Lastra (2001) diseñaron el siguiente marco conceptual para estudiar el fenómeno (figura 1). Dicho marco es la base para la construcción de un modelo que permitirá conocer los factores relacionados con el estado de salud de la población que cuenta con 50 años o más. La variable dependiente será el índice para evaluar la salud, el cual será construido a partir de las preguntas que fueron seleccionadas y relacionadas con cada dimensión; se toma como referencia la encuesta SF-36. En este acercamiento se decidió no integrar en el estudio los conceptos “migración familiar” y “exposición a diversos ambientes”, debido a la complejidad de los mismos y algunas limitaciones de la encuesta para aproximarnos a tales factores; por ello, en la figura se les asignó un color blanco. No obstante, se agregaron otros factores relevantes, como la condición de padecer enfermedades crónicas y degenerativas, condiciones de riesgo y escolaridad que se consideró influyen en el estado de salud. El detalle de la operacionalización de las variables se encuentra en el anexo 1; la justificación de la construcción de cada variable, en Hebrero Martínez (2004).

La fuente de información más adecuada para el análisis, dada la disponibilidad de información detallada que incorpora en su cuestionario y su representatividad nacional (la cual per-

Figura 1
MARCO CONCEPTUAL PARA EL ESTUDIO DE LA SALUD EN EDADES AVANZADAS



FUENTE: Wong, y Lastra (2001).

mite generalizar los resultados), es la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001³ (Enasem, 2001); está dividida en 17 secciones⁴ y abarca los siguientes temas: datos demográficos, medidas de salud, familia, transferencias, aspectos económicos, ambiente de la vivienda, y medidas antropométricas (INEGI, 2001). La muestra se extrajo de un universo nacional de 13 millones de mexicanos nacidos antes de 1951;

³ La Enasem 2001 y 2003 es la encuesta tipo panel (con representatividad nacional, para localidades más urbanizadas y menos urbanizadas), que permite estudiar a la población que cuenta con 50 años o más.

⁴ Algunas secciones de la Enasem 2001 tenían una cantidad considerable de respuestas omitidas, por lo que los responsables del proyecto publicaron algunas variables con datos imputados de las secciones D (servicios de salud); G (ayuda de hijos y para hijos); J (vivienda); y K (pensión, ingresos y bienes), las cuales utilizaremos en el presente trabajo.

es decir, las personas que tenían 50 años o más en el momento de aplicar la encuesta. En total se realizaron 15 230 entrevistas a personas seleccionadas o sustitutos⁵ y cónyuges. La muestra es representativa por tipo de localidad menos urbanizada y más urbanizada⁶ (Wong, y Espinoza, 2002).

La unidad de análisis de estudio son los individuos de 50 años o más captados en la encuesta, que contaban con la información necesaria para poder evaluar el estado de salud. Es importante indicar que todos los cálculos que se llevaron a cabo, fueron realizados con la base ponderada.⁷ Como se recordará, el índice de salud que se puede calcular con los datos disponibles de la encuesta Enasem (2001), permite evaluar cinco de las ocho dimensiones de la salud que incluye la encuesta SF-36, y la pregunta denominada “transición de salud notificada”. El índice para evaluar la salud física y mental de la población con 50 años o más, se construyó integrando 25 preguntas; es un índice aditivo, ya que se realizó la suma de cada uno de los valores que se obtuvieron en las escalas de respuesta de cada dimensión. Las dimensiones fueron evaluadas por separado, así como estandarizadas, para finalmente hacer la suma de los

⁵ “Sustituto” se denominó a la persona que respondió al cuestionario en los casos en que el adulto mayor que debía ser entrevistado, no pudo contestar a las preguntas.

⁶ Se considera a las localidades con menos de 100 000 habitantes como “menos urbanizadas”; a las de 100 000 y más, como “más urbanizadas”.

⁷ Se considera como “base ponderada” los resultados obtenidos cuando se calcula un factor de ponderación escalado, el cual se consigue al dividir el total de registros de la encuesta (tamaño de muestra) entre el total de población que se obtiene al aplicar el factor de expansión; posteriormente, se multiplica por el factor de expansión de cada individuo. De tal manera, los resultados se ajustan por la estructura correspondiente al factor de expansión; pero ello no afecta el número de registros integrados en la muestra cuando se realiza el análisis estadístico.

valores de todas las dimensiones y obtener un valor único que va de 0 a 100. Para estandarizar los valores de cada dimensión, se multiplicó por 100 y se dividió entre el valor máximo posible que podía alcanzarse en cada dimensión; es decir, se asignó un mismo peso a cada pregunta, cuyas repuestas son ordinales (Hebrero Martínez, 2004).

IV. RESULTADOS ESPERADOS

De acuerdo con el enfoque de bienestar que se planteó en un apartado anterior relacionado con las oportunidades y los funcionamientos, se espera que —al disponer de un mayor conjunto de oportunidades identificándolas mediante el gasto como una aproximación a la capacidad de consumo, la educación, los servicios de la vivienda, la disponibilidad de servicios de salud, tener transferencias formales e informales: pensión o subsidio— sean factores que influyan para mantener o adquirir un buen estado de salud en las edades maduras y avanzadas.

Tomando en cuenta que los individuos tienen la libertad de elegir, la aproximación al concepto de *actitudes hacia la salud* se realizó a partir de los hábitos preventivos y los hábitos de riesgo que eligen las personas, factores que se espera resulten también significativos en el análisis. Además, hay una serie de eventos en la trayectoria de vida del individuo como la historia de salud en la niñez, la experiencia migratoria y la trayectoria laboral; ellos se exploran y se analiza su impacto en el estado de salud.

Asimismo, se esperaba probar que el diferencial por tipo de localidad iba a resultar significativo, y mostraría la falta tanto de disponibilidad como de accesibilidad a los servicios de salud en zonas menos urbanizadas.

Cuadro 2
GRUPOS DE FACTORES SEGÚN VARIABLES QUE LOS INTEGRAN
Y SU TENDENCIA ESPERADA EN RELACIÓN CON LA EVALUACIÓN
DE LA CALIDAD DE VIDA VINCULADA CON LA SALUD

<i>Factores agrupados</i>	<i>Descripción de variables</i>	<i>Efecto esperado en la salud</i>
Demográficos	Sexo: mujer	-
	Edad: mayor edad	-
	Tipo de localidad: más urbanizada	+
	Estado civil: viudos o solteros	-
Oportunidades	Servicios institucionales: derechohabiente de alguna institución de seguridad social, servicios médicos privados u otra afiliación	+
	Transferencias privadas: apoyos económicos de familiares	+
	Transferencias públicas: recepción de una pensión o un subsidio gubernamental	+
	Redes familiares: apoyo no-económicos de familiares	+
	Estrato socioeconómico: a mayor nivel de gasto	+
	Escolaridad: más años de escolaridad	+
Trayectoria de vida	Historia de salud: enfermedad grave en la niñez	-
	Historia laboral: actividad principal a lo largo de la vida (más ventajosa)	+
	Historia migratoria: dirección de la primera experiencia migratoria (más ventajosa)	+
Actitudes hacia la salud	Hábitos preventivos: asistencia al médico, actividad física y cambio de hábitos alimenticios	+
	Hábitos de riesgo: fumador o bebedor activo; frecuencia e intensidad actual	-
Control	Enfermedades crónicas o degenerativas: reporte de al menos un padecimiento	-
	Condiciones de riesgo: reporte de al menos una enfermedad	-

FUENTE: Elaboración propia.

V. RESULTADOS. ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD

De los seis aspectos que fue posible evaluar en el índice de salud con datos de la Enasem 2001, cuatro de ellos fueron sometidos a un análisis de confiabilidad, con el propósito de tener la certeza de que las preguntas integradas en cada dimensión eran adecuadas, para lo cual se utilizó el coeficiente alpha (α) de Cronbach. Tal herramienta estadística mide la consistencia interna⁸ de las preguntas que se plantean en cada dimensión; se recomienda dicho método en los estudios psicométricos cuando se diseñan cuestionarios (Cox, Fitzpatrick, Fletcher, Gore, Spiegelhalter, y Jones, 1992; Zúñiga, Carrillo-Jiménez, Fos, Ganden, y Medina-Moreno, 1999).

El valor del coeficiente mínimo recomendado para efectos comparativos entre poblaciones es 0.70 (Campbell, 1959, citado en Zúñiga, Carrillo-Jiménez, Fos, Ganden, y Medina-Moreno, 1999), lo cual representaría una confianza de por lo menos 70% de que el conjunto de registros son consistentes.

El siguiente cuadro muestra que tres de las dimensiones evaluadas poseen una confianza de alrededor de 80% de que la varianza del conjunto de registros es consistente, por lo que podemos señalar que las respuestas obtenidas en cada dimensión son convergentes a un determinado estado de salud. La dimensión de vitalidad fue la excepción: 52% de confianza;

⁸ El coeficiente mide la proporción de varianza en un conjunto de respuestas registradas, con la finalidad de estimar hasta qué punto la dirección de las preguntas en cada dimensión es convergente. Cada dimensión debe incluir al menos dos preguntas, por lo que la salud general y la transición de salud notificada (al formularse en una sola pregunta) no pudieron someterse a esta prueba. El coeficiente tiene un rango de $0 < \alpha < 1$. Cuando toma valores de 0, se dice que la varianza no es consistente; si tiene el valor de 1, la varianza es consistente.

la posible explicación se atribuye a que algunos aspectos culturales intervengan en la manera como se interpretaron las preguntas realizadas de dicha dimensión, por lo que en futuros análisis y aplicaciones del instrumento, tal resultado debe tomarse en cuenta. El índice que evalúa la salud física y mental obtuvo 77% de confianza de que su varianza es consistente.

Cuadro 3
ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DE LAS DIMENSIONES INVOLUCRADAS EN EL ÍNDICE

<i>Dimensión</i>	<i>Preguntas integradas</i>	<i>Coefficiente (α) de Cronbach estandarizada</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Número de casos</i>
Función física (FF)	9	0.83	85.68	16.20	13 523
Dolor corporal (DC)	3	0.78	64.23	34.94	13 531
Salud mental (SM)	6	0.78	32.04	21.24	13 872
Vitalidad (V)	5	0.52	51.11	30.85	13 498
Salud general (SG)	1		74.31	34.16	13 839
Transición de salud notificada (TS)	1		43.41	19.46	13 831
Índice de salud física y mental	25	0.77	58.71	18.18	12 947

FUENTE: Cálculos propios; con datos de la Enasem 2001.

VI. RESULTADOS: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

En su mayoría, la población reporta que puede realizar casi todo tipo de actividades físicas, con pocas o nulas limitaciones debido a sus condiciones de salud; poco más de la mitad reporta ausencia de dolor o limitaciones debido a él; el resto se distribuye de manera casi uniforme en los diferentes niveles de intensidad del dolor y sus limitaciones derivadas. Pese a que una proporción importante (30%) de la población tiende

a reportar una sensación de paz, felicidad y calma, más de la mitad declara tener algunas sensaciones de nerviosismo o depresión (o los dos).

La vitalidad presenta una distribución similar a una normal (campana), ya que casi 80% de la población se concentra en los valores centrales de la evaluación. De tal manera, la mayoría de las personas reporta tener niveles de entusiasmo y energía relativamente bajos y regulares.

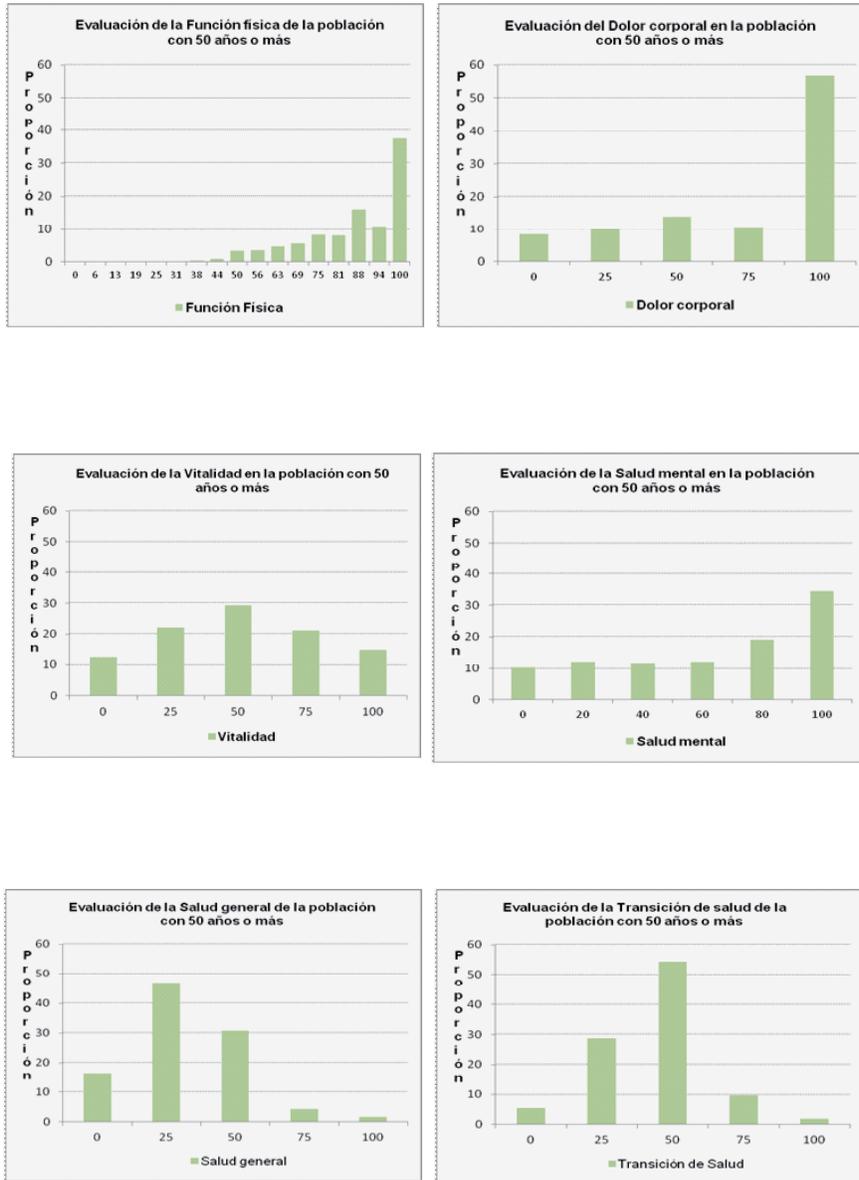
La autoevaluación de salud que constituye la dimensión de salud general, indica que en su mayoría la población reporta una evaluación de su salud personal de “regular” a “mala”, aunque una proporción importante (27%) la reporta como “buena”.

El reporte de la transición de salud notificada (la cual representa la comparación que hace un individuo de su salud general en el momento de la encuesta con la de hace dos años), indica que la población que reporta mejorías en su estado de salud es muy poca (10%), y que la gran mayoría la reporta en los grados de “igual” a “mucho peor”.

Integrando las seis dimensiones anteriores para construir el índice que evalúa la salud física y mental, el indicador general presenta una tendencia hacia un estado que denominaremos de “mejor salud”; evidentemente, resultado de la combinación de estados de salud favorables en cada una de las dimensiones antes mencionadas y que conforman dicho indicador.

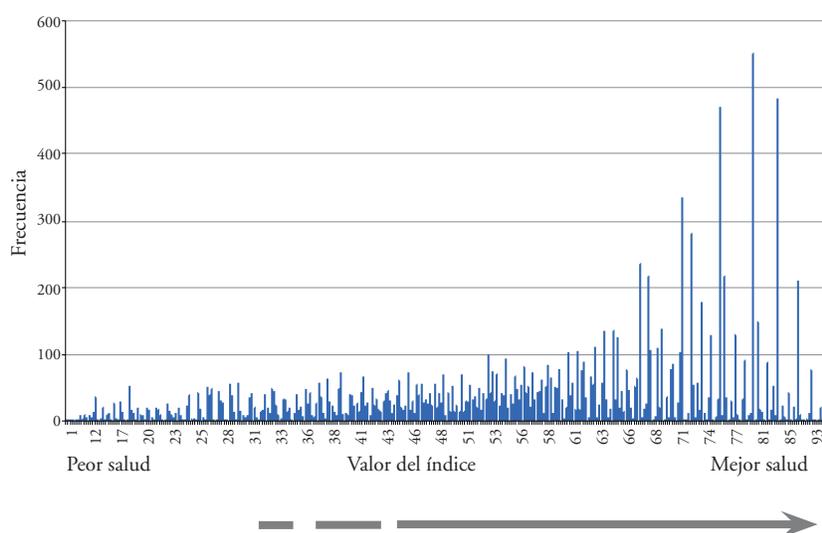
Como se observa en la gráfica 2, muy cerca del valor promedio 58.71 de la evaluación de la salud, las frecuencias de los valores muestran incrementos importantes: se concentran alrededor de 55% de los resultados. El índice presenta una desviación estándar de 18.18, lo cual muestra la presencia de valores extremos; indica asimismo la gran dispersión de los resultados obtenidos. Con la finalidad de facilitar el análisis de

Gráficas 1
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LOS ASPECTOS
 INVOLUCRADOS EN EL ÍNDICE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL



los resultados del índice de salud física y mental, se integraron cinco grupos. El criterio para conformar cada uno de ellos fue la simple división del valor máximo que es posible alcanzar entre cinco; en este caso, 100.

Gráfica 2
DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL
DE LA POBLACIÓN DE 50 AÑOS O MÁS



$\alpha = 77\%$ media = 58.71; desviación estándar = 18.18.

De acuerdo con los resultados obtenidos, la población mexicana analizada que cuenta con 50 años o más, tiene una edad promedio de 62.8 años; acorde con las tendencias observadas en todo el mundo, se encontró mayor cantidad de mujeres (53%) que de hombres. En la evaluación de la salud física y mental, las mujeres presentan una salud más desfavorable⁹ en comparación con la de los hombres, pues más de la mitad de

⁹ La denominación “más desfavorable” se referirá a la concentración de población en los tres primeros niveles de evaluación del estado de salud: “mucho peor”, “peor” y “regular”.

ellas se concentran en los tres primeros niveles de la evaluación (54.8%), cifra muy alta comparada con la de los varones (38%).

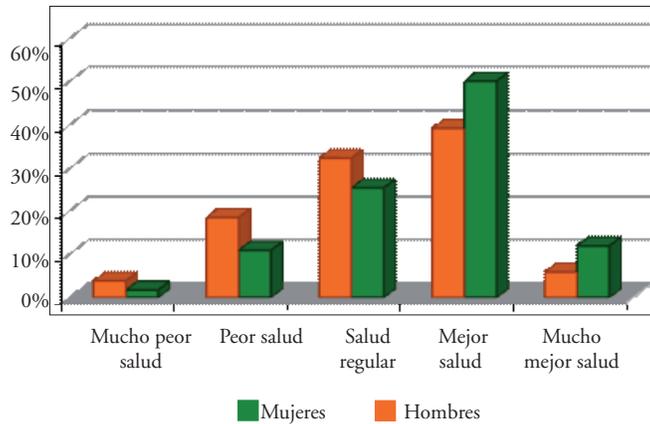
A continuación se muestran los principales resultados del análisis descriptivo de los factores que se exploraron en relación con la evaluación de la salud de la población que se estudia.

Cuadro 4
ÍNDICE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL AGRUPADO

<i>Valor agrupado</i>	<i>Categoría</i>	<i>Proporción</i>
0-20	Mucho peor salud	2.86%
20.01-40	Peor salud	14.98%
40.01-60	Salud regular	29.13%
60.01-80	Mejor salud	44.27%
80.01-100	Mucho mejor salud	8.74%
Total		100%

FUENTE: Cálculos propios; con datos de la Enasem 2001.

Gráfica 3
EVALUACIÓN DE SALUD FÍSICA Y MENTAL DE LA POBLACIÓN CON 50 AÑOS O MÁS POR SEXO



A. Factores demográficos

Fue posible identificar una tendencia inversa entre la *edad y el resultado del índice que evalúa la salud*; en los grupos de edad más avanzada, aumenta la proporción de personas con un estado de salud desfavorable y alcanza una concentración de 63.6% para la población con 80 años y más, cifra muy elevada en comparación con el grupo de 50-59 años (41.8%), la cual resulta aún más desfavorable para las mujeres.

Al evaluar la salud por *tipo de localidad*, se descubrió que las proporciones presentan una tendencia hacia una salud más desfavorable en las zonas menos urbanizadas, en comparación con la de las más urbanizadas; pues la mitad de su población se ubicó en los primeros tres niveles de la evaluación, en comparación con 43.3% de la población que habita en zonas más urbanizadas. La misma relación se identificó entre hombres y mujeres por tipo de localidad: en comparación con los hombres, ellas arrojaron los peores resultados en salud, los cuales coinciden con la tendencia que se había previsto. La explicación está relacionada con que en las zonas menos urbanizadas las actividades económicas requieren de un mayor esfuerzo y desgaste corporal, situación que genera deterioro en el estado de salud. Los hallazgos son consistentes con investigaciones previas (Wong, y Figueroa, 1999; Montes de Oca Zavala, 2001a).

Respecto del *estado civil*, en su mayoría se trata de población unida (63.4%); en importancia le sigue la población que se declara como “viuda”, la cual alcanza casi 20%. A mayor edad, se incrementa el número de viudos, pues alcanzan cifras superiores a 30% a partir de los 70 años, a más de 50% en aquellos que cuentan con 80 años o más. Se encuentran diferenciales significativos por sexo en las categorías de estado civil, donde

más de la cuarta parte de las mujeres se declaran como “viudas”; y la mitad de ellas, como “unidas”, fenómeno relacionado con la mayor mortalidad de los varones. La población que se reporta como “viuda” presenta la salud más desfavorable, pues concentra alrededor de 60% de los individuos en las primeras tres categorías sobre el estado de salud (“mucho peor”, “peor” y “regular”). Contrario a la tendencia esperada, aquellos que en la evaluación reportaron estar “unidos” no fueron quienes resultaron con una mejor salud que la del resto de los estados civiles; ese lugar fue ocupado por los que declararon ser “solteros”.

B. Factores relacionados con las oportunidades de los individuos

El gasto monetario promedio que declaró la población fue de alrededor de 2 656 pesos; pero presenta una dispersión muy elevada (23 728.91), lo cual indica gran heterogeneidad entre la cantidades declaradas y la presencia de valores extremos. Se hicieron cuatro cortes para analizar la distribución de gasto.¹⁰ El gasto presenta una asociación positiva con las condiciones de salud: a mayor nivel de gasto, la población se ubica en mejor estado de salud. La misma tendencia se observa por sexo. Sin embargo, en el menor nivel del gasto hay una proporción muy elevada de mujeres (64.6%) que reportaron salud más desfavorable en comparación con los hombres (54.1%) que

¹⁰ El primero de ellos toma en cuenta el posible escenario de que sólo se recibiera un apoyo precario institucional o por transferencias privadas: 0-700 pesos; el segundo considera una posible pensión o ingresos por trabajo: 701-2 000 pesos; el tercero, una mezcla de los anteriores: 2 001-5 000 pesos; el nivel más alto, un mejor status económico: más de 5 000 pesos.

mostraban la misma característica; los diferenciales son mayores conforme se incrementa el gasto alcanzado: cifras de más de 18 puntos porcentuales desfavorables para las mujeres.

Los resultados muestran que alrededor de 46.8% de la población recibe al menos una *transferencia pública*,¹¹ donde una mayor proporción de hombres (32%) en comparación con las mujeres (21.2%) se ven favorecidos con al menos una transferencia; ello se explica por una proporción mayor de varones que goza de una pensión por jubilación y subsidios gubernamentales. Las personas con 60 años o más son las más favorecidas por las transferencias públicas: más de 30% de su población en cada grupo de edad, se beneficia de al menos un tipo de transferencias. Pese a los resultados diferenciales por sexo en la recepción de transferencias públicas, al evaluar la salud tal característica no resultó estadísticamente significativa entre la población total y entre hombres o mujeres, ya que las proporciones en cada una de las evaluaciones fueron muy similares. Los resultados no fueron los esperados; por ello no es posible relacionar hasta estos momentos un estado de salud favorable a las personas que reciben al menos una transferencia pública.

Más de la mitad (52.7%) de la población reporta haber recibido *transferencias privadas*¹² de algún familiar cercano.

¹¹ Las transferencias públicas se refieren a una pensión formal por parte de alguna institución de seguridad social u otros organismo, por motivos de jubilación, invalidez, viudez, divorcio. . . ; así como algún subsidio en dinero o especie proveniente de programas como Procampo, Progresas, Instituto Nacional de la Senectud, u otro.

¹² En el presente trabajo, el concepto *transferencias privadas* se refiere a la recepción de ayuda económica en los últimos dos años por parte de algún familiar cercano a la persona seleccionada o su cónyuge, si dicha ayuda proviene únicamente de hijos(as), nietos(as), yernos o nueras.

En comparación con los hombres (46.4%), una mayor proporción de mujeres (58.3%) declaró haber tenido transferencias. También se encontró una asociación positiva conforme aumenta la edad y la proporción de personas que declararon haber recibido tal tipo de transferencias; los resultados oscilan entre 43.4% a 68.5%, y el mayor incremento se observa a partir de los 60 años. La población que recibe este tipo de apoyo (58.5%) padece por lo menos una enfermedad crónica o degenerativa, en comparación con la que no padece ninguna (46%). Contrario a la tendencia esperada, las personas que reportaron contar con transferencias privadas resultaron tener una salud más desfavorable (53.6%), en comparación con las que no las reciben (40.8%); dicha situación se intensifica en el caso de las mujeres que muestran esta característica: casi 60% de ellas se encuentran en los primeros tres niveles de la evaluación. Es decir, con una salud regular a peor, en comparación con 45.2% de los varones.

Pese a que las transferencias privadas no fueron las esperadas en primera instancia, los resultados son lógicos si tomamos en cuenta que muy probablemente en la mayor parte de los casos este tipo de transferencias sea otorgada como una especie de reciprocidad hacia las personas mayores, sobre todo en los momentos en los cuales los individuos padecen alguna enfermedad que los limita para realizar actividades cotidianas o productivas que les permitan obtener recursos. Por ello se explica en gran medida que más mujeres (las cuales presentan un estado de salud más desfavorable) reciban este beneficio en comparación con los varones.

Alrededor de la mitad de la población (48.6%) contó con *apoyos no económicos*¹³ en la fecha de referencia. No se hallaron diferenciales significativos por sexo. Por grupo de edad, se descubrió una tendencia a que la proporción de personas que reciben este tipo de apoyos se incremente a partir de los 60 años: los resultados van de 44.1% a 52.6% en las edades más avanzadas. La población que recibe este tipo de apoyo padece por lo menos una enfermedad crónica o degenerativa (51%), en comparación con la que no padece ninguna (45.7%). Poco más de la mitad de la población que recibió apoyo no económico se ubicó en los primeros tres niveles de la evaluación de salud, en comparación con 44.1% que no reciben tal tipo de apoyo. De igual manera, alrededor de 60% de las mujeres con esta característica se ubican en condiciones de salud más desfavorables, en comparación con las que no lo reciben (51.1%). Los diferenciales en el caso de los hombres no resultaron significativos: $p < 0.01$; sin embargo, al compararlas con las de las mujeres, las proporciones en los niveles más desfavorables de salud son más bajas: 38 por ciento.

La tendencia entre la población que recibe ayuda no económica se halló contraria a lo esperado. Sin embargo, al igual que las transferencias privadas, resulta coherente que el apoyo no económico por parte de familiares sea otorgado posiblemente como una especie de reciprocidad a la ayuda y cuidados que en el pasado les fue otorgada por las personas que ahora son mayores; sobre todo en el caso de las mujeres, quienes poseen en

¹³ El concepto *redes familiares* que manejaremos en el trabajo, se refiere a la ayuda no económica recibida por parte de algún familiar cercano a la persona seleccionada o su cónyuge; por lo menos una hora a la semana en los últimos dos años; se consideran únicamente a hijos(as), nietos(as), yernos o nueras.

su mayoría un desfavorable estado de salud en las edades más avanzadas.

La población que cuenta con al menos un *servicio de salud* de alguna institución de seguridad social es de 53.8%. Hay una mayor proporción de mujeres (55.8%) con esta característica, en comparación con los hombres (51.5%); ello puede explicarse en parte porque los hijos son derechohabientes. Por grupo de edad no se observa una tendencia única; no obstante, se presenta un descenso drástico en el derecho por lo menos a un servicio de salud no público para la población de 80 años y más (41%). Los diferenciales más representativos se identifican por tipo de localidad, ya que sólo 38% de la población residente en las zonas menos urbanizadas tienen derecho al menos a un servicio de salud, en comparación con 73% en las zonas más urbanizadas.

Acorde con la tendencia esperada, se identificó una asociación positiva entre ser derechohabientes al menos a una institución de servicio médico y un mejor estado de salud, ya que una mayor proporción de personas (56%) con esta característica se ubicaron en un estado “mejor” y “mucho mejor” de salud, en comparación con las que no cuentan con el beneficio (49%). La misma tendencia se observa por sexo; empero, resulta mucho más favorable en el caso de los varones, pues —de acuerdo con lo evaluado— la proporción de ellos que cuentan con el beneficio y poseen un “mejor” y “mucho mejor” estado de salud, resulta mucho más elevada (66.8%) que la proporción de mujeres que muestran las mismas características (47.5%).

El promedio de *escolaridad* de la población es de 4.1 años: las mujeres muestran más desventajas respecto de los hombres (4.6 años), ya que apenas cuentan con 3.7 años de escolaridad en promedio. Las zonas menos urbanizadas presentan notables

rezagos en los años de escolaridad, pues 42.2% de su población se declaró “sin escolaridad” y 50% señaló haber cursado de uno a cinco años de estudios. Es decir, casi la totalidad de su población no concluyó la primaria. Como se había previsto, resultó una asociación positiva entre los años de escolaridad y un mejor estado de salud: conforme se incrementa el número de años de escolaridad, la proporción de personas que en la evaluación resultaron con una salud “mejor” y “mucho mejor” se incrementa: 79% en las personas que declararon tener 13 o más años de escolaridad, en comparación con las que no cuentan con ella: 41.5 por ciento.

C. Factores relacionados con la trayectoria de vida del individuo

Alrededor de 59% de la población reportó haber tenido alguna *experiencia migratoria* interna o internacional. De ellos, la mayoría reportan haber migrado la primera vez hacia zonas rurales o urbanas (85.5%); es pequeña la proporción de población que declara migración internacional, principalmente hacia la Unión Americana, ser residente o poseer la ciudadanía estadounidense. Se esperaba identificar una tendencia positiva entre las categorías que se establecieron y un mejor estado de salud; ello conforme a la idea de que —según la dirección migratoria— se obtuvieran más ventajas u oportunidades para lograr o mantener un mejor estado de salud. Sin embargo, con base en los resultados, no fue posible identificar la tendencia esperada. Ellos muestran que quienes declararon que su primera experiencia migratoria fue hacia zonas urbanas, se ubican en estados de salud más desfavorables (59.6%), en comparación con el resto de las categorías, entre ellos quienes nunca han migrado. Pese a que quienes reportaron su primera dirección migratoria a zonas urbanas resultaron con un estado de

salud desfavorable, hay diferencias importantes entre hombres y mujeres en el resto de las categorías. Una mayor proporción de mujeres en la categoría de migración hacia Estados Unidos u otro país, se ubicaron en un estado de salud “mejor” y “mucho mejor” (52.2%). La mayor proporción de varones que reportaron un estado de salud favorable (68%) fueron quienes realizaron un movimiento migratorio hacia zonas rurales del interior del país.

Se decidió hacer grupos de acuerdo con *la ocupación principal a lo largo de la vida*; se tomaron como referencia las actividades manuales y las no manuales. Además, cada una de ellas fue diferenciada por actividades agropecuarias¹⁴ y no agropecuarias, ya que se han identificado algunas enfermedades relacionadas con el tipo de actividad que realizan los individuos en zonas rurales (McCulloch, y Kivett, 1998), así como con la idea de diferenciarlas en orden ascendente de acuerdo con las mayores ventajas para lograr o mantener un mejor estado de salud. Un porcentaje muy pequeño de la población (17%) reportó “nunca haber trabajado”. Dentro de los que declararon “haber trabajado”, se encontró que la actividad principal a lo largo de su vida fueron las actividades manuales no agropecuarias (36.4%), seguidas en proporciones relativamente similares por las actividades manuales agropecuarias y las no manuales no agropecuarias. Se identifican diferenciales por sexo (sobre todo en la categoría “nunca trabajó”, donde casi todas son mujeres: 32.6%), así como en la categoría “manual agropecuario”, donde predominan los hombres (36.4%). Acorde con la tendencia esperada, para el total de la población se identificó una asociación positiva entre el tipo de ocupación que se denomina “con mayores ventajas” (no

¹⁴ Se refiere a actividades agrícolas, caza, pesca, ganadería y silvicultura.

manuales) y un “mejor” estado de salud; la mayor proporción de personas dentro de la categoría “manual no agropecuario” (67.5%) se ubicaron en los niveles de “mejor” y “mucho mejor salud”, en comparación con los que “nunca trabajaron” (47.4%), que integraron el nivel más bajo.

Alrededor de 15.25% de la población reporta haber padecido alguna *enfermedad seria en la niñez*: tuberculosis, fiebre reumática, polio, fiebre tifoidea o un golpe grave en la cabeza —de tal manera que sufrió un desmayo— antes de cumplir los 10 años. Se encontró una asociación entre el reporte de haber padecido una enfermedad grave en la niñez y un estado de salud desfavorable. De la población que reportó haber padecido al menos una enfermedad grave en la niñez, 61.6% se ubicó en los niveles más desfavorables del estado de salud, comparado con 44.3% de la población que no padeció ninguna enfermedad de ese tipo. Por “sexo” se mantiene la misma asociación, aunque la intensidad es mayor en el caso de las mujeres: 70% de las que padecieron alguna enfermedad se ubican en los niveles más desfavorables de salud, en comparación con los varones (51.7%), quienes muestran la misma característica.

D. Factores relacionados con las actitudes hacia la salud

Una de cada cuatro personas que cuenta con 50 años o más reportó tener al menos un *hábito de riesgo*:¹⁵ fumar o tomar bebidas alcohólicas (o los dos), proporción de población

¹⁵ Se denominó *hábitos de riesgo* al reporte de ser bebedor o fumador activo (o los dos). Se tomó en cuenta la intensidad y la temporalidad, así como el número de días (siete y más días) en los últimos tres meses, en los cuales hubiera tomado más de cuatro copas; además, que hubiera fumado más de cinco cigarrillos habitualmente en un día.

compuesta en su mayoría por personas que fuman o toman bebidas alcohólicas (beben) con baja intensidad, y por los que sólo fuman con intensidad. Se identificaron diferencias significativas ($p < 0.01$) por sexo, grupo de edad y enfermedades crónico-degenerativas. Alrededor de 42.1% de hombres reporta tener al menos un hábito de riesgo, en comparación con 11.3% de las mujeres. Al explorar la relación entre los hábitos de riesgo y las enfermedades crónico-degenerativas, se identificó que una menor proporción (20%) de personas que reportan al menos una enfermedad, declaran tener hábitos de riesgo; en contraste, 33% no reportaron alguna enfermedad. Pese a que hay una relación entre los hábitos de riesgo y el estado de salud, no fue posible identificar una tendencia entre la temporalidad e intensidad del (los) hábito(s) y un estado de salud desfavorable; ello posiblemente se debe a la temporalidad e intensidad de los hábitos de riesgo en el pasado, que pueden estar influyendo de manera directa sobre algunos padecimientos, motivo por el cual la tendencia resultante no fue la esperada.

Casi tres de cada cuatro personas que cuentan con 50 años o más reportan practicar al menos un *hábito preventivo*¹⁶ (72.8%). Una proporción mucho mayor de mujeres (79.5%) los practican, en comparación con los hombres (65.2%). De igual manera, quienes habitan en las zonas más urbanizadas son los que reportan más frecuentemente esta característica: 80%, en comparación con 67% que arrojan las zonas menos urbanizadas. Se encontró una asociación entre el padecimien-

¹⁶ Se refiere al reporte de asistencia a revisión médica por parte de algún profesional de la salud en el último año, a partir de la fecha de referencia (el último año) que declaren los adultos en edad madura y avanzada para el cuidado de su salud.

to de por lo menos una enfermedad crónica o degenerativa y la práctica de hábitos preventivos, ya que 84.5% de la población con algún padecimiento reportó su práctica; en comparación con 59.5% de la población que no reporta ese tipo de padecimientos. Ello nos muestra que —más que hábitos preventivos— funcionan hasta cierto punto como catalizadores para evitar un mayor deterioro en la salud (correctivos).

Por otro lado, se observa una asociación inversa a la esperada entre el reporte de la práctica de al menos un hábito preventivo y un estado de salud favorable, pues de la población que cumple con esta característica, 49.5% se ubica en los niveles de “mejor” y “mucho mejor” estado de salud, en comparación con quienes no los practican: 63%. La tendencia se mantiene por sexo, aunque (como ha sido consistente a lo largo de todo el análisis) hay diferencias en la intensidad desfavorable a las mujeres.

E. Variables de control

En general, más de la mitad de la población (56.6%) reporta padecer al menos una *enfermedad crónica o degenerativa*.¹⁷ En comparación con los varones, las mujeres (64.6%) reportan mayor incidencia, con una diferencia de más de 17 puntos porcentuales, datos que resultan consistentes con investigaciones previas (Wong, 2002; Palloni, Soldo, Wong, y McEniry, 2002). Se identifica una asociación positiva entre los grupos de edad y la característica analizada: a mayor edad, aparece una tendencia a incrementarse la proporción de personas con al menos una enfermedad crónica o degenerativa. Todos los diferenciales

¹⁷ Hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar, enfermedad del corazón, embolia cerebral o artritis.

analizados resultaron estadísticamente significativos $p < 0.01$, aunque se ha identificado un subregistro de padecimientos crónicos y degenerativos, originado por el bajo nivel de cuidados preventivos; de tal manera, se estima que la proporción de población que cumple esta característica es mayor (Palloni, Soldo, Wong, y McEniry, 2002).

De acuerdo con la tendencia que se esperaba, un estado de salud desfavorable se asocia con el padecimiento de por lo menos una enfermedad crónica o degenerativa, pues alrededor de 59% de la población con algún padecimiento se ubica en los tres primeros niveles de salud (“mucho peor”, “peor” y “regular”), en comparación con 32% de quienes no reportan dicha característica. Por sexo resultó la misma asociación, aunque con diferente intensidad, pues una mayor proporción de mujeres con algún padecimiento presentan una salud más desfavorable (64.9%) que los varones quienes se encuentran en las mismas condiciones (49.8%).

En la población con 50 años o más, 62.4% reportan por lo menos una *condición de riesgo*.¹⁸ Aparecen ligeras diferencias por sexo, de cuatro puntos porcentuales, desfavorable a los hombres (64%). Por grupo de edad, se observa una tendencia a la alza en la proporción de reporte de padecimientos crónicos; sobre todo a partir de los 60 años, lo cual podría explicarse por el deterioro asociado con la edad. No obstante, al explorar si se encuentra alguna asociación entre alguna enfermedad en la niñez, un padecimiento crónico o degenerativo y el reporte de alguna condición de riesgo, se identificaron asociaciones entre

¹⁸ Falta de alguna extremidad; reporte de alguna fractura después de los 50 años; audición regular o mala, incluso con ayuda de un aparato auditivo, o legalmente sordo; visión regular o mala aun si usa lentes, o legalmente invidente.

tales características. El análisis entre estado de salud y condiciones de riesgo, presenta un patrón similar al de la población que padece enfermedades crónicas o degenerativas, aunque con diferente intensidad. Un resultado relevante se observa entre hombres y mujeres que presentan al menos una condición de riesgo, dado que 64.5% de ellas se ubican en los tres primeros niveles de la evaluación de salud, en comparación con 47% de los varones, pese a que dicha característica no resulta estadísticamente significativa por sexo; ello puede deberse a las asociaciones que se presentan con enfermedades crónicas y degenerativas.

VII. FACTORES ASOCIADOS CON LA SALUD FÍSICA Y MENTAL DE LA POBLACIÓN CON 50 AÑOS O MÁS

Con la finalidad de analizar los factores explicativos para los resultados obtenidos con el índice que evalúa la salud física y mental, se construyeron tres modelos de regresión lineal, en los cuales la variable dependiente fue el índice que evaluó la salud; para cada uno de los modelos, se hicieron las pruebas necesarias para verificar que no se violen los supuestos más fuertes del modelo de regresión, como la multicolinealidad¹⁹ y la homocedasticidad,²⁰ pues lo más importante en el estudio es que los coeficientes de cada variable sean los mejores estimadores lineales insesgados. En todos los casos fue necesario

¹⁹ Se analizó a partir del Tolerance (valores críticos <0.5), y el Índice de Condición (valor crítico cuando el acumulado es > 20), los cuales se generaron en el análisis de multicolinealidad del programa SPSS.

²⁰ Se hicieron análisis de residuos por el método gráfico (las gráficas no deben presentar ningún patrón que esté relacionado con problemas de heterocedasticidad).

excluir algunas variables explicativas o independientes, ya que en ocasiones éstas generaban problemas de endogeneidad, multicolinealidad, heterocedasticidad, o simplemente no eran variables relevantes para la explicación de nuestra variable dependiente. Respecto de la bondad de ajuste en los modelos de regresión, se buscó que el coeficiente de determinación (R cuadrada ajustada) tomara valores cercanos a 0.20, si se toma en cuenta que los datos manejados son desagregados (individuales) (Green, 1999). Después de varios ejercicios y pruebas, el modelo principal que resultó fue el modelo 1 (cuadro 5).

Puede observarse que no todas las variables propuestas en el apartado descriptivo se encuentran dentro del modelo: las variables de experiencia migratoria, transferencias privadas, apoyo no económico, hábitos de riesgo y hábitos preventivos, no se integraron al modelo por motivos de endogeneidad y multicolinealidad, ya que éstas presentaban una dirección contraria a la esperada; ello resultó consistente con el análisis descriptivo. En varios casos, sus coeficientes no resultaban significativos, y en conjunto causaban problemas graves de multicolinealidad.

En todos los casos, el tipo de localidad no resultó ser una variable explicativa del estado de salud física y mental de la población con 50 años o más, pese a que se intentó integrarla mediante interacciones con otras variables como las “visitas al médico”, independientemente de la derechohabiencia y la afiliación o derecho a un servicio de salud; nos interesaba captar dicho efecto para aproximarnos a las posibles desventajas en la disponibilidad de servicios de salud y su impacto sobre la variable dependiente. Sin embargo, los resultados no fueron los esperados. La posible explicación se puede asociar con la manera como fue definida y captada la variable, ya que al dividir sólo en dos grandes categorías (menos de 100 000 habitantes,

y 100 000 y más habitantes), se pierde la heterogeneidad que muy seguramente hay en localidades de menor tamaño.

La variable que se refiere a la dirección de la primera experiencia migratoria desde el análisis descriptivo, no presentó la tendencia esperada, ya que al haberse construido con la idea de que un tipo de migración proporcionaba más ventajas que otro, se esperaba encontrar una tendencia a presentar mejor salud conforme el tipo de migración fuera más ventajoso, o proporcionara más oportunidades; sin embargo, el comportamiento de la variable no presentó una tendencia clara. Ello originó que, al ser integrada la variable al modelo de regresión, ésta presentara una tendencia negativa, motivo por el cual se tomó la decisión de sacarla del modelo.

Las transferencias privadas y el apoyo no económico tanto en el análisis descriptivo como en el modelo de regresión, presentaron un comportamiento contrario al esperado; así pues, se tomó la decisión de extraerlas del modelo, debido a que generaban un problema de endogeneidad. Dichas dos variables pertenecían al grupo de oportunidades; así pues, se vislumbraba que si declaraban recibir ayuda monetaria o no monetaria (o las dos) por parte de sus familiares más cercanos, ello podría representar un beneficio para la salud de los individuos con 50 años o más. No obstante, el análisis descriptivo mostró que hay una fuerte asociación entre cada una de estas variables y el padecimiento de por lo menos una enfermedad crónica o degenerativa; es decir, los familiares más cercanos a la población con 50 años o más otorgan el apoyo generalmente cuando la persona padece alguna enfermedad grave.

Las dos variables que conforman el grupo de actitudes hacia la salud son los hábitos de riesgo y los hábitos preventivos. Ellas presentaron una dirección contraria a la esperada desde el análisis descriptivo; en los modelos de regresión, se observó

la misma tendencia. Por ello no hubo suficiente evidencia para aceptar nuestra hipótesis de que los efectos de los hábitos de riesgo tenían un efecto desfavorable en la salud de los individuos; y los hábitos preventivos, efectos benéficos. Se esperaba que declararse fumador o bebedor activo (o los dos) tuviera efecto negativo en la salud de los individuos; empero, el resultado fue contrario, lo cual se explica en parte porque la variable se refiere a la práctica de un hábito de riesgo en el momento de la encuesta, y no se está captando su práctica en el pasado, pues probablemente algunas personas que tuvieron problemas de salud a causa de tales hábitos (o bien por prescripción médica), los hayan abandonado en el momento de la encuesta.

La práctica de hábitos que consideramos “preventivos” presentó una asociación con el padecimiento de alguna enfermedad crónica o degenerativa; es decir, la mayoría de las personas que cuidan su salud en términos de visitas a algún profesional de la salud, que han cambiado sus hábitos alimenticios y se ejercitan, son quienes padecen enfermedades graves; así, de manera consistente con otras investigaciones (Palloni, Soldo, Wong, y McEniry, 2002), se corrobora que entre la población mexicana de 50 años o más no hay una cultura de prevención.

VIII. MODELO DE REGRESIÓN LINEAL: POBLACIÓN CON 50 AÑOS O MÁS

Encontramos en el modelo principal que las variables explicativas del estado de salud física y mental de la población con 50 años o más son las relacionadas con la enfermedad, factores demográficos, variables del grupo de oportunidades, y aspectos de la trayectoria de vida del individuo (cuadro 5). En todos los casos, las variables fueron consistentes con el análisis des-

criptivo, con excepción de las transferencias públicas, las cuales en el descriptivo no resultaron ser un diferencial significativo; empero, en el modelo fueron un factor explicativo relevante. La inferencia que se desarrollará a continuación para cada una de las variables, se realiza bajo el supuesto de que el resto de los factores permanecen constantes.

Las enfermedades crónicas o degenerativas (al igual que las condiciones de riesgo) fueron los factores más desfavorables en la salud de los individuos. Padecer al menos una de esas enfermedades, disminuye en aproximadamente 8.5 puntos la evaluación de la salud de las personas, en relación con las que no las padecen. Poseer al menos una condición de riesgo causa también un descenso de alrededor de 7.8 puntos en el indicador de salud, en relación con los individuos que no reportan tales condiciones.

Dentro de los factores demográficos, el sexo y la edad fueron de especial importancia. El hecho de ser varón da una ventaja cercana a cinco puntos en la evaluación del estado de salud, en relación con las mujeres. El incremento en la edad es un factor desfavorable en la salud, pues hay una pérdida de alrededor de 1.8 puntos en el indicador por cada diez años de incremento en la edad de los individuos.

Los aspectos relacionados con la trayectoria de vida de los individuos que resultaron significativos fueron haber padecido al menos una enfermedad grave en la niñez y el tipo de ocupación principal a lo largo de la vida que declararon. La enfermedad en la niñez es un factor desfavorable en la evaluación de la salud actual de los individuos, pues el indicador disminuye en cerca de 5.7 puntos, en comparación con quienes no las reportan. Haberse ocupado en una actividad que denominamos “más ventajosa” incrementa el indicador de salud en aproximadamente 0.4 puntos entre cada categoría, de tal

manera que quienes realizaron sobre todo actividades manuales no agropecuarias, tienen una ventaja de 0.4 puntos más que quienes realizaron actividades manuales agropecuarias; y así sucesivamente entre las otras categorías.

Las variables del grupo de oportunidades resultaron tener un peso favorable en la evaluación de la salud. La variable más relevante de este grupo de oportunidades fue el nivel de gasto, pues fue la que más ventajas proporcionó al indicador de salud, con un incremento cercano a 2.1 entre cada categoría del gasto. De tal modo, los individuos que reportaron pertenecer al mayor nivel de gasto con 5 000 y más pesos, tendrán una ventaja en la evaluación de su salud de alrededor de 6.3 puntos en relación con los del nivel más bajo: 0-700 pesos. Beneficiarse de por lo menos una transferencia pública y tener derecho al menos a un servicio de salud son factores que favorecen en aproximadamente 1.4 puntos cada uno, el indicador de salud en relación con quienes no se benefician de este tipo de transferencias y no tienen derecho a ningún tipo de servicio médico que no sea el público. Resalta la variable de escolaridad, la cual fue integrada como variable de control, pues no formaba parte del esquema analítico de referencia, pero resultó tener un peso importante en la explicación de la variable dependiente, dado que por cada año de escolaridad agregó 0.34 puntos al indicador. De tal manera, una persona que declaró tener seis años de escolaridad, tendrá una ventaja en su evaluación de salud de 2.04 puntos en relación con quienes se declararon “sin escolaridad”.

Los resultados anteriores muestran los múltiples tipos de factores que intervienen en el estado de salud física y mental de la población que cuenta con 50 años o más, los cuales no están asociados únicamente con las condiciones actuales de los individuos, sino también con eventos del pasado. Aunque las

variables relacionadas con la enfermedad tienen un peso muy desfavorable en la salud de esta población, los aspectos que forman parte del grupo de oportunidades atenúan de manera importante sus efectos.

Este primer ejercicio ha permitido verificar dos de los efectos esperados que se plantearon en el trabajo. El primero de ellos (relacionado con las oportunidades de los individuos que cuentan con 50 años o más, pese a que no todas las variables propuestas en este grupo resultaron significativas): hay suficiente evidencia para sustentar que oportunidades como mejor nivel de gasto, percibir al menos una transferencia pública, tener derecho a por lo menos un servicio de salud, y contar con mayor nivel de escolaridad, son factores que benefician la salud de los individuos. Otro de los efectos esperados se relaciona con la trayectoria de vida de los individuos, pues fue posible comprobar que uno de los factores de mayor relevancia fue haber padecido enfermedades graves en la niñez, evento que influyó de manera negativa y tiene uno de los efectos más desfavorables en la salud de las personas; en cuanto al tipo de ocupación principal a lo largo de la vida, podemos señalar que haber realizado una actividad más ventajosa tiene un efecto favorable en la salud de los individuos.

IX. FACTORES ASOCIADOS CON EL ESTADO DE SALUD FÍSICA Y MENTAL DE LA POBLACIÓN CON EDADES ENTRE 50 A 69 AÑOS, Y CON 70 AÑOS O MÁS

Derivado de los resultados del modelo principal —y teniendo como antecedente que en el análisis descriptivo había diferencias muy importantes entre hombres y mujeres—, se llevó a

cabo una prueba estadística de cambio estructural²¹ que justifica hacer un modelo para hombres y otro para mujeres, con la idea de encontrar diferencias significativas en el peso de las variables involucradas en el modelo. Sin embargo, la prueba mostró que no había evidencia suficiente que justificara elaborar dos modelos, pues —una vez realizadas las pruebas— no había cambios en el intercepto de las rectas; aunque sí hubo evidencia de cambios en la pendiente como resultado del impacto diferencial, principalmente de las enfermedades crónicas o degenerativas, que predominan en las mujeres. Es decir, las dos rectas fueron concurrentes.

Posteriormente se decidió explorar si había un impacto diferencial de las variables por edad, pues se ha descubierto que entre la población de edades más avanzadas (70 años o más) hay desventajas en el apoyo institucional a consecuencia de factores estructurales del desarrollo del país (Montes de Oca Zavala, 2001a), que posiblemente tengan un impacto en la salud física y mental de los individuos. De tal manera, con la finalidad de aportar más elementos a la discusión y verificar su

²¹ La prueba se realizó utilizando el enfoque de variables dicotómicas, el cual consiste en correr una regresión auxiliar en la que se agregan al modelo inicial las mismas variables, multiplicadas por la variable dicotómica que representa la diferencia que se quiere corroborar; en este caso, el sexo (interacciones). Si el coeficiente de la variable dicotómica de interés y algunos de los coeficientes de las variables de interacción resultan significativos, hay un cambio en la pendiente e intercepto de la recta de regresión, y entonces se justifica hacer dos modelos. Si sólo la variable de interés es significativa, las dos líneas posiblemente serán paralelas. Cuando la variable de interés no resulta significativa pero algunos de los coeficientes de interacción lo son, las dos regresiones tienen el mismo intercepto; es decir, son líneas concurrentes. En el caso de que la variable de interés y los coeficientes no sean significativos, se trata de dos líneas coincidentes (Gujarati, 2001).

impacto en la salud de la población, se hizo nuevamente una prueba de cambio estructural, donde nuestra variable de interés fue la variable dicotómica con categoría de referencia (0), menores de 70 años; la comparativa, los de 70 años o más (1). La prueba arrojó resultados significativos para la variable de interés y para algunos coeficientes de interacción, lo cual nos da indicios de que el intercepto y posiblemente la pendiente de la línea de regresión es diferente, por lo que se justifica elaborar un modelo para las personas con edades entre 50 y 69 años, y otro para los que cuentan con 70 años o más (cuadro 5).

X. ANÁLISIS COMBINADO DE LOS MODELOS DE LA POBLACIÓN CON 50 A 69 AÑOS Y CON 70 AÑOS O MÁS

Respetando la tendencia del modelo principal de la población total con 50 años o más, en ambos modelos por grandes grupos de edad la variable “sexo” muestra una ventaja favorable para los hombres. Sin embargo, es posible observar que en la población mayor de 70 años dicha ventaja disminuye de manera importante (3.6 puntos), comparada con la de la población que cuenta con edades entre 50 y 69 años (cinco puntos). La explicación del descenso en la ventaja entre hombres y mujeres tal vez pudiera estar asociada con el hecho de que los hombres que alcanzan edades más avanzadas, presentan una salud más desfavorable o relativamente más cercana a la que presentan las mujeres que cuentan con la misma edad.

A diferencia de la población que tiene entre 50 y 69 años, en la población con 70 años o más el estado civil resultó un factor significativo en la evaluación de la salud física y mental de los individuos. El hecho de que dicha variable sea factor explicativo para este segmento de la población, muestra cómo —en

Cuadro 5
MODELOS DE REGRESIÓN LINEAL PARA CONOCER LOS FACTORES ASOCIADOS CON EL ÍNDICE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL DE LA POBLACIÓN
CON 50 AÑOS O MÁS, CON 50 A 69 AÑOS Y PARA LOS DE 70 AÑOS O MÁS

Grupo factores	Variables	Modelo 1 (principal)		Modelo 2 Cambio estructural		Modelo 3 De 50 a 69 años		Modelo 4 70 años y más	
		β	Sig.	β	Sig.	β	Sig.	β	Sig.
Sociodemográficas	Constante	60.258	0.000	59.647	0.000	60.206	0.000	57.775	0.000
	Sexo (mujer)	4.977	0.000	4.947	0.000	5.060	0.000	3.628	0.000
	Edad (50-59 años)	-1.802	0.000	-3.664	0.000				
	Estado civil (unido)							-1.274	0.000
Trayectoria de vida	Grupo de ocupación (nunca ha trabajado)	0.395	0.002	0.413	0.001	0.344	0.012	0.712	0.020
	Al menos una enfermedad grave en la niñez (ninguna)	-5.708	0.000	-5.647	0.000	-5.133	0.000	-6.379	0.000
	Escolaridad (sin escolaridad)	0.339	0.000	0.348	0.000	0.296	0.000	0.599	0.000
	Niveles de gasto (0-700 pesos)	2.091	0.000	2.123	0.000	2.177	0.000	1.248	0.010
Oportunidades	Al menos una transferencia pública (ninguna)	1.401	0.000	1.249	0.000			2.392	0.002
	Derecho por lo menos a un servicio de salud (ninguno)	1.415	0.000	1.380	0.000	1.126	0.001	2.508	0.001
	Al menos una enfermedad crónica o degenerativa (ninguna)	-8.497	0.000	-8.639	0.000	-9.119	0.000	-7.082	0.000
Control (enfermedad)	Condición de riesgo (ninguna)	-7.809	0.000	-7.873	0.000	-7.476	0.000	-9.074	0.000
		N=11 658	R2 = 0.241	N= 11 658	R2 = 0.240	N = 9151	R2 = 0.233	N = 2509	R2 = 0.214

NOTA: Las categorías de referencia aparecen entre paréntesis.
FUENTE: Cálculos propios; datos de la Enasem 2001 (base ponderada).

las edades más avanzadas— no tener pareja resulta un aspecto desfavorable que impacta la salud física y mental de los individuos, sobre todo para quienes transitan por una pérdida.

Dentro de las variables de trayectoria de vida, la desventaja que acarrea el hecho de haber padecido al menos alguna enfermedad en la niñez, se incrementa entre la población de edades más avanzadas, dado que para quienes cuentan con edades entre 50 y 69 años, representa una pérdida de alrededor de 5.13 puntos en el indicador de salud; para los de 70 años o más, aumenta a 6.37 puntos en relación con aquellos que no reportan haber padecido ninguna enfermedad grave en la niñez. La ocupación principal a lo largo de la vida proporciona más ventajas entre cada categoría para las personas con edades más avanzadas, pues entre la población con 70 años o más aporta alrededor de 0.71 puntos entre cada categoría; a diferencia de la población con edades entre 50 y 69 años, donde la ventaja es de 0.34 puntos. Es importante señalar que el nivel de significancia del coeficiente de la variable “ocupación” resulta de las más bajas en comparación con el resto de las variables. De cualquier manera, resulta una variable explicativa del modelo; si no se considerara, se incurriría en problemas de especificación de los mismos.

Las variables del grupo de oportunidades mantuvieron la dirección esperada en ambos grupos de edad, pero presentaron cambios muy interesantes en cuanto a peso y significancia. El nivel de gasto en ambos grupos de edad resultó una variable explicativa; aunque para el grupo con 70 años o más, el nivel de significancia en el indicador es menor. Los beneficios de tener un mejor nivel de gasto son superiores para la población con edades entre 50 y 69 años; se agregaron 2.17 puntos por cada incremento en el nivel de gasto, cifra muy superior a 1.24

puntos que se agrega por los mismos cambios en el gasto entre la población con 70 años o más.

Las transferencias públicas no resultaron una variable explicativa para la población con edad entre 50 y 69 años; empero, resultaron significativas para la población con 70 años o más así como un factor favorable para la salud de esta población, pues aporta cerca de 2.4 puntos al indicador de salud de las personas que cuentan con al menos una de tales transferencias en relación con quienes no las tienen; acaso dicho resultado explica la relevancia que cobra el nivel de gasto entre la población de menor edad, derivado seguramente de que mucha de esa población aún forma parte del mercado de trabajo y todavía no se hacen acreedores a una pensión. El derecho por lo menos a un servicio de salud resultó un factor más relevante entre la población de 70 años o más, pues aportó alrededor de 2.5 puntos al indicador de salud; ello en contraste con la población que cuenta con edades entre 50 y 69 años, donde se agregan alrededor de 1.12 puntos. El mismo comportamiento presenta la escolaridad, ya que el peso de este factor aporta más ventajas (0.59) para la población que tiene 70 años o más.

Las variables de control que insertamos en el modelo y que se encuentran relacionadas con la enfermedad, consistentemente con el modelo principal, resultaron las de mayor peso sobre la salud física y mental de los individuos en ambos modelos; aunque se observa una especie de compensación en el peso entre el padecimiento de al menos una enfermedad crónica o degenerativa y tener por lo menos una condición de riesgo entre ambos modelos. Así, para las personas con edades entre 50 y 69 años, padecer al menos una enfermedad crónica o degenerativa resulta más desfavorable (-9.11) a su salud, que poseer al menos una condición de riesgo (-7.47); pero el efecto contrario aparece entre la población con 70 años o más, pues

resulta más desfavorable en este grupo de población tener al menos una condición de riesgo (-9.07) que padecer al menos una enfermedad crónica o degenerativa (-7.08). Tal especie de efecto compensador posiblemente se explique por la asociación que hay entre las enfermedades crónicas o degenerativas y las condiciones de riesgo; por ello, es posible que este tipo de enfermedades afecten de manera importante las condiciones de riesgo en las edades más avanzadas y —por tal motivo— aumente su relevancia.

Las inferencias respecto de los pesos de cada factor en todos los análisis de regresión se hicieron bajo el supuesto de que el resto de ellos se mantienen constantes. Por otro lado, es muy importante tomar en cuenta los posibles efectos de selectividad que surgen al haber elaborado dos modelos con base en los criterios de la edad, pues la población que ha sobrevivido 70 años o más, tiene características particulares por tener una mayor exposición al riesgo derivado de la edad.

Uno de los resultados obtenidos que se muestran más sobresalientes y que vale la pena rescatar de estos dos modelos, es el peso tan importante que cobran las variables del grupo de oportunidades en la población con 70 años o más. Aunque es cierto que en el grupo de población de menor edad (50-69 años) también tienen poder explicativo —sobre todo el nivel de gasto—, en la población con edades más avanzadas el conjunto de oportunidades como percibir al menos una transferencia pública, tener derecho por lo menos a un servicio médico, contar con más años de escolaridad así como con un mejor nivel de gasto, aporta beneficios muy importantes para la salud física y mental de esta población.

XI. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se identifican dos limitaciones metodológicas en el estudio, que vale la pena señalar; la primera de ellas corresponde a las preguntas que se asociaron con el instrumento SF-36, el cual tiene validez y confiabilidad probadas. Tales preguntas en su mayor parte no tienen la misma redacción ni presentan la misma escala que las preguntas del instrumento.²² Sin embargo, las seleccionadas para las dimensiones que fue posible medir, presentan consistencia y confiabilidad que indican una aproximación aceptable para interpretar cada dimensión.

La segunda se refiere a la decisión de calcular una sola medida que concentrara la información del total de dimensiones a las que fue posible aproximarse (índice) y que se atribuyera un mismo peso a todas las preguntas involucradas. Al respecto, vale la pena considerar los siguientes aspectos que justifican la decisión y que se ponen sobre la mesa de discusión tanto metodológica como conceptual:

- El instrumento SF-36 usa algoritmos de cálculo que a principios de 2004 (cuando se llevó a cabo el presente estudio) no estaban al alcance dado el alto costo en que eran vendidos; pero actualmente se brindan de manera gratuita a estudiantes e investigadores.²³
- En la literatura que se consultó sobre SF-36, se indica que cada dimensión debe ser evaluada por separado, debido

²² Véase la relación de preguntas relacionadas con el instrumento en el Anexo 1 de la tesis de Maestría de Hebrero Martínez (2004).

²³ A partir del 20 de julio de 2004, se ofreció consulta gratuita para los estudiantes e investigadores que deseen hacer estudios de los instrumentos. Disponible en línea: <http://www.sf-36.org/news/release_040720_DYNHA_scholarly.shtml>.

a distinciones conceptuales entre la salud física y mental; no obstante, la literatura encontrada (Kalish, 1996) señala que hay una relación estrecha entre ambas y sugiere analizarlas en constante interacción. A partir de lo anterior, se consideró una opción integrarlas a una medida estandarizada y verificar el comportamiento de los resultados con los recursos de que se disponía.

- Respecto del peso de cada pregunta (el cual de manera arbitraria se decidió que fuera el mismo para todos los ítems), el justificante fue la facilidad de elaboración de los cálculos y el tiempo muy limitado disponible para consultar expertos que apoyaran en la asignación de pesos acorde con la experiencia y con que el objetivo del estudio no era proponer un algoritmo alternativo de cálculo para medir el estado de salud.

Aunque resulta aventurado arriesgarse a explorar nuevas formas de aproximarnos a los fenómenos y problemáticas que ya tienen una línea relativamente marcada (seguida por muchos estudiosos y con el consenso de la comunidad científica), siempre vale la pena atreverse a plantear nuevas maneras de explicar y medir lo que se quiera estudiar con los recursos disponibles. En este caso me parece que la manera como se elaboró la aproximación a la calidad de vida relacionada con la salud, muestra que hay infinidad de opciones para abordar fenómenos y situaciones; además, en los resultados obtenidos se encuentran más coincidencias que divergencias, pues se ajustan a las explicaciones cuantitativas y cualitativas que se han encontrado en investigaciones previas discutidas respecto de las relaciones que privan entre la salud y los diferentes factores que influyen en ella.

CONCLUSIONES

Como se ha reiterado a lo largo del trabajo, la salud constituye una parte fundamental a lo largo de toda la vida: se trata de una dimensión básica del bienestar de los individuos. Asimismo, cobra relevancia en las edades más avanzadas, debido a la mayor exposición al riesgo que se adquiere con la edad. De tal modo, la inquietud por conocer el estado de salud integral en que se encuentra la población adulta mayor, intenta superar la visión únicamente relacionada con la enfermedad.

Los principales hallazgos del trabajo muestran que el estado de salud de las personas que cuentan con 50 años o más en 2001, se encuentra asociado con eventos del pasado e influido por situaciones del presente. Tales relaciones se muestran entre los distintos factores que se integraron en el análisis y aparecen como relevantes en etapas previas a la vejez. Se corroboró que los diferenciales por sexo y edad tienen un efecto muy importante, y que el estado civil se halla asociado con la salud de quienes tienen mayor edad. Sobresalen las enfermedades en la niñez y la ocupación principal a lo largo de la vida como aproximaciones a la trayectoria de vida de los individuos, con un efecto significativo. Las oportunidades de que disponen los individuos: el nivel de gasto, la percepción de una transferencia pública, tener derecho al menos a un servicio médico y los años de escolaridad, son factores que condicionan el estado de salud de la población con 50 años o más, lo cual de manera empírica muestra la relación que hay entre tal tipo de aspectos que proporcionan ventajas a los individuos y que forman parte fundamental del enfoque alternativo del “bienestar” que propone Amartya Sen (1996). Igualmente, las enfermedades crónicas degenerativas y las condiciones de riesgo que posee la población bajo estudio muestran una estrecha relación.

No fue posible comprobar los efectos esperados relacionados con las actitudes hacia la salud; al menos en la manera como nos aproximamos a este aspecto, debido a que las dos variables de dicho grupo presentaron un comportamiento contrario al esperado. Aunque el resultado presenta una lógica que se explicará más adelante.

El efecto esperado del tipo de localidad no se comprobó, pues no fue posible afirmar que este factor sea condicionante del estado de salud; por lo menos, en el modo como se presenta la información disponible, ya que el resultado se atribuye a la manera tan agregada en la cual fueron captadas las variables. Debemos señalar, no obstante, que dicha variable sí tiene un efecto diferencial significativo en el análisis descriptivo. Por tal motivo, considero que no debe desecharse la hipótesis sobre el efecto del tamaño de la localidad en la salud de la población que cuenta con 50 años o más, y que hemos de tratar de comprobarla en estudios futuros, con información más desagregada, que desglose las localidades hasta de 2 500 habitantes. Considero que el resultado hasta cierto punto muestra que las dos grandes categorías consideradas en esta variable (“zonas más urbanizadas” y “zonas menos urbanizadas”), no logran captar la heterogeneidad que hay en las zonas de menor tamaño. Por ello se sugiere que en futuras encuestas dicho hallazgo sea tomado en cuenta y se considere la posibilidad de identificar con mayor detalle otros tipos de localidad.

Los resultados diferenciales en los modelos por dos grandes grupos de edad, sugieren la necesidad de ampliar la cobertura de transferencias públicas y servicios de salud hacia la población con edades más avanzadas (70 o más), así como de apoyar la educación en la población adulta. Al respecto, los programas sociales que se han aplicado en el Distrito Federal, el componente de adultos mayores del Programa “Oportunidades” y el

programa de “70 y más” con cobertura en zonas rurales de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) —que se concentra principalmente en suministrar beneficios mediante transferencias monetarias y que son dirigidas a esta población—, serían una respuesta acertada a las necesidades; el siguiente paso será evaluar el impacto que tienen dichos programas e ir armando políticas cada vez más integrales.

Dentro de los aspectos relacionados con la trayectoria de vida de los individuos, la variable “enfermedad en la niñez” resultó ser un factor muy significativo que tiene impacto desfavorable en el estado de salud actual. Dicho resultado es fundamental para generar un estado de conciencia sobre la calidad de los cuidados preventivos que tengan los padres para con sus hijos en las primeras etapas de la vida; ello requiere el apoyo institucional mediante la implementación de programas educativos para el cuidado de la salud de la población. Aunado a estas recomendaciones, considero que resulta de especial importancia no limitar a las edades tempranas la calidad de los cuidados preventivos, pues en las distintas etapas de la vida se presentan cambios en los contextos y la exposición al riesgo de los individuos como resultado de sus distintas trayectorias de vida, así como de las oportunidades que se les presenten en un momento determinado. Por tal motivo, resulta necesario estar pendiente de manera constante del autocuidado de la salud física y mental.

En cuanto a la experiencia migratoria, es importante tomar en cuenta que el modo como fue construida la variable no refleja las etapas de adaptabilidad en los contextos de recepción del migrante. En ese sentido, cobra importancia conocer y trabajar datos sobre movimientos posteriores a otras zonas, con el propósito de mejorar la aproximación al fenómeno. La aportación más sencilla que podemos identificar de dicho resultado

es considerar en futuros estudios la relación entre el fenómeno migratorio y el proceso de envejecimiento, tomando en cuenta que nuestro país se caracteriza por tener una tradición migratoria interna e internacional desde hace varias décadas. Considero que analizar en conjunto ambos fenómenos seguramente aportará avances en la investigación sobre las características del proceso de envejecimiento en México.

Otro grupo de variables consideradas en el análisis fueron las actitudes hacia la salud; es importante señalar que —como fue construida— la variable “hábitos de riesgo” capta la intensidad, mas no refleja la duración del hábito de riesgo a lo largo de la vida. Por ese motivo, se sugiere que para futuras investigaciones se exploren los hábitos de riesgo en el pasado, y tal vez pueda ser captado el efecto desfavorable en el estado de salud. Por otro lado, los hábitos preventivos: visitar de manera regular al médico, hacer ejercicio físico o cambiar la alimentación, presentaron una asociación con tendencia desfavorable para el estado de salud, lo cual muestra que la población que en la actualidad practica dichos hábitos, posiblemente de antemano padecía un deterioro en la salud y recurre a la práctica de ellos por prescripción médica; o bien acaso pudieran encontrarse en situaciones de riesgo que deterioran su salud por someterse a dietas y practicar ejercicios no recomendables.

Dos variables del grupo de oportunidades que no fueron integradas al análisis de regresión son las transferencias privadas y de apoyo no económico de familiares; ello debido a que presentaban problemas de endogeneidad en los modelos, aunque en el análisis descriptivo mostraron una asociación desfavorable con el estado de salud. De acuerdo con los resultados, dichos tipos de apoyo se brindan en la mayor parte de los casos cuando la persona presenta un deterioro en su salud, principalmente por padecer alguna enfermedad crónica o degenerativa. Tal

resultado muestra que la solidaridad dentro de las familias está influida por la pérdida de la salud en la mayor parte de los casos, lo cual merece especial atención si queremos propiciar una cultura que favorezca las redes sociales en la vejez.

Varios aspectos deben ser abordados en las políticas públicas; algunos corresponden directamente a la generación de oportunidades del Estado y al hecho de que ellas sean estables y favorables para que se consoliden en las trayectorias laboral, educativa y familiar de los individuos a lo largo de su vida. Otros factores requieren participación activa de los individuos, como el cambio de actitudes hacia la salud y las limitaciones a la exposición al riesgo. Considero que obtener y mejorar la salud tanto física como mental de la población que actualmente cuenta con 50 años o más (al igual que la de las próximas generaciones que serán consideradas “población adulta mayor”), es tarea de Estado, sociedad e individuo.

Se requiere asimismo fortalecer las instituciones que ofrecen los servicios de salud para que con rapidez se incremente la cobertura. Tradicionalmente, la atención ha sido curativa; sin embargo, en la actualidad resulta demasiado cara y poco afectiva para las instituciones de salud. Por ello se hace indispensable un cambio de visión acorde con las necesidades de la población, lo que requerirá apostar a la inversión en prevención, a la educación constante para el autocuidado de la salud, y —como último recurso— a los cuidados paliativos.

Debemos asegurarnos de que las transferencias públicas que actualmente se contemplan en algunos programas sociales continúen otorgándose —sobre todo para las mujeres, las menos favorecidas de estos beneficios—, y se mantengan de manera indefinida hasta generar mecanismos de seguridad social, financieros y administrativos que permitan asegurar que se cubran las necesidades básicas de esta población.

Ofrecer mayor educación a la población de todas las edades servirá de apoyo para propiciar una cultura de prevención y solidaridad entre las generaciones; para evitar que en el futuro nuestra sociedad esté constituida en una gran proporción por viejos en condiciones de vida precarias, con redes sociales de apoyo debilitadas y que además padezcan condiciones pésimas de salud física y mental.

Considero que el mayor reto consiste en hacer conciencia de una responsabilidad compartida entre individuos, instituciones gubernamentales, así como sociedad civil organizada y no organizada. Sin embargo, la sociedad en nuestro país aún no toma la iniciativa y ello obliga a ejercer mayor presión sobre el Estado; situación poco favorable, pues estamos ante un gobierno limitado que ofrece pocas oportunidades y traslada cada vez más responsabilidades a los individuos y a las familias.

REFERENCIAS

- COHEN, Gerald A. 1996. “¿Igualdad de qué? Sobre el bienestar, los bienes y las capacidades”. En *La calidad de vida*, compilado por Martha C. Nussbaum, y Amartya Kumar Sen, 27-52. Serie Economía. México: Fondo de Cultura Económica.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. 2006. *Proyecciones de la población de México 2006*. México: Consejo Nacional de Población.
- COX, D. R.; R. Fitzpatrick; A. E. Fletcher; S. Gore; D. J. Spiegelhalter; y D. R. Jones. “Quality-of-Life Assessment: Can We Keep it Simple?” *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (Statistics in Society)* 155, núm. 3 (1992): 353-393.

- FONSECA, P. Galia Contanza. 2008. *Manual de medicina de rehabilitación: calidad de vida más allá de la enfermedad*. México: El Manual Moderno.
- GREEN, Wiliam H. 1999. *Análisis econométrico*. Madrid: Prentice Hall.
- GUJARATI, Damodar N. 2001. *Econometría*. 2a. ed. Bogotá: McGraw-Hill.
- GUTIÉRREZ ROBLEDO, Luis Miguel. 2000. “La salud del anciano en México”. En *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. Seminario Técnico*, compilado por Naciones Unidas-Comisión Económica Para América Latina-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 195-214. Serie Seminarios y Conferencias, vol. 2. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- HEBRERO MARTÍNEZ, Mirna. “Evaluación del estado de salud como una dimensión del bienestar de la población mexicana con 50 años o más y análisis de sus factores asociados”. Tesis de Maestría en Demografía. México: El Colegio de México, 2004.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. 2001. “Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001: Cuestionario Básico”. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- KALISH, Richard A. 1996. *La vejez: perspectivas hacia el desarrollo humano*. Madrid: Editorial Pirámide.
- KONING, Alex J., y Philip Hans Franses. 2003. *Confidence Intervals for Cronbach's Coefficient Alpha Values*. Erasmus Research Institute of Management Report Series. Research

in Management. Reference No. ERS-2003-041-MKT. Disponible en línea: <<http://ssrn.com/abstract=423658>>.

MCCULLOCH, B. Jan, y Vira R. Kivett. 1998. "Older Rural Women: Ageing in Historical and Current Context". En *Aging in Rural Settings: Life Circumstances and Distinctive Features*, compilado por Raymond T. Coward, y John A. Krout, 149-166. Nueva York: Springer Publishing Company.

MONTES DE OCA ZAVALA, Verónica. "El envejecimiento en México: un análisis sociodemográfico de los apoyos sociales y bienestar de los adultos mayores". Tesis de Doctorado. México: El Colegio de México, 2001a.

_____. "Desigualdad estructural entre la población anciana en México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México". *Estudios Demográficos y Urbanos* 16, núm. 48 (septiembre-diciembre, 2001b): 585-613.

ORDORICA MELLADO, Manuel. "Grandes causas de muerte de los mayores". *Demos. Carta Demográfica Sobre México*, núm. 14 (2001): 10-12.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. 2001. *La situación del envejecimiento de la población mundial*. Nueva York: Naciones Unidas.

PALLONI, Alberto; Beth J. Soldo; Rebeca Wong; y Mary McEniry. "Health Status in a National Sample of Elderly Mexicans". Ponencia presentada en la Gerontological Society of America Conference. Boston, 2002. CDE Working Paper No. 2003-03. University of Wisconsin-Madison-Center

for Demography and Ecology. Disponible en línea: <<http://www.ssc.upenn.edu/mhas/Papers/5.pdf>>.

- PARTIDA BUSH, Virgilio. “Perspectivas del cambio demográfico: monto y estructura de la población en el año 2000 y perspectivas en el 2050”. *Demos. Carta Demográfica Sobre México*, núm. 14 (2001): 6-7.
- PELÁEZ, Martha; Alberto Palloni; y Marcela Ferrer. 2000. “Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe”. En *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. Seminario Técnico*, compilado por Naciones Unidas-Comisión Económica Para América Latina-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 171-194. Serie Seminarios y Conferencias, vol. 2. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- ROMERO L., Cristina B. “Psicología de la salud en la promoción de la salud como un estado de bienestar bio-psico-social”. Tesis de licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Escuela Nacional de Estudios Profesionales-Iztacala, 2002.
- SEN, Amartya Kumar. 1996. “Capacidad y bienestar”. En *La calidad de vida*, compilado por Martha C. Nussbaum, y Amartya Kumar Sen, 54-79. Serie Economía. México: Fondo de Cultura Económica.
- VILLA, Miguel, y Luis Rivadeneira. 2000. “El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica”. En *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. Seminario Técnico*, compilado por Naciones Unidas-Comisión Económica Para América Latina-Centro Latinoamericano y

Caribeño de Demografía, 25-58. Serie Seminarios y Conferencias, vol. 2. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

WARE, John E. "SF-36 Health Survey Update". *Spine* 25, núm. 24 (diciembre, 2000): 3130-3139.

WONG, Rebeca. "La migración y las condiciones socioeconómicas en edades mayores". *Demos. Carta Demográfica Sobre México*, núm. 14 (2001): 16-17.

WONG, Rebeca, y María Elena Figueroa. "Morbilidad y utilización de servicios de salud entre población de edad avanzada: un análisis comparativo". *Papeles de Población* 5, núm. 19 (1999): 103-124.

WONG, Rebeca, y María Aysa Lastra. "Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado". *Estudios Demográficos y Urbanos* 16, núm. 48 (septiembre-diciembre, 2001): 519-544.

WONG, Rebeca, y Mónica Espinoza. 2002. *Bienestar económico de la población en edad media y avanzada en México: primeros resultados del estudio nacional de salud y envejecimiento en México*. Documento de referencia para la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores: el Rol del Estado, la Familia y la Comunidad. Santiago de Chile: Comisión Económica Para América Latina/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población. Disponible en línea: <<http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/11497/Rwong.pdf>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2004. "Organización Mundial de la Salud". Disponible en línea: <<http://www.who.int/about/definition/en/>>.

ZÚÑIGA, Miguel A.; Genny T. Carrillo-Jiménez; Peter J. Fos; Barbara Ganden; y Manuel R. Medina-Moreno. “Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México”. *Salud Pública de México* 41, núm. 2 (marzo-abril, 1999): 110-118.

ANEXO 1

DESCRIPCIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES QUE SE INCLUYERON EN EL ESTUDIO

<i>Concepto no observable</i>	<i>Concepto observable/descripción</i>	<i>Operacionalización de la variable</i>
Sexo	Sexo del entrevistado.	0 = mujer 1 = hombre
Edad	Edad del entrevistado. Se construyeron cuatro grandes grupos de edad.	0 = 50-59 años; 1 = 60-69 años 2 = 70-79 años; 3 = 80 y más años
Estado civil	El estado civil que reporta la persona seleccionada.	0 = Unido; 1 = Soltero 2 = Divorciado o separado; 3 = Viudo
Tipo de localidad	Tipo de localidad. Menos urbanizado = menos de 100 000 habitantes. Más urbanizado = 100 000 y más habitantes	0 = Menos urbanizado 1 = Más urbanizado
Actitudes hacia la salud	<i>Hábitos preventivos:</i> el reporte de al menos uno de estos cuidados: asistencia a revisión con un profesional de la salud por lo menos una vez al año; el reporte de cuidar su alimentación o realizar alguna actividad física para subir o bajar de peso. <i>Hábitos de riesgo:</i> el reporte de ser bebedor y/o fumador activo. Tomando en cuenta la intensidad y la temporalidad como el número de días (siete y más) en los últimos tres meses en los cuales ha bebido más de cuatro copas; y que fumen más de cinco cigarrillos normalmente en un día.	0 = Sin hábitos preventivos 1 = Al menos un hábito preventivo 0 = No fuma ni bebe 1 = Sólo bebe sin intensidad 2 = Sólo fuma sin intensidad 3 = Bebe y fuma sin intensidad 4 = Sólo bebe con intensidad 5 = Sólo fuma con intensidad 6 = Bebe y fuma con intensidad

<i>Concepto no observable</i>	<i>Concepto observable/descripción</i>	<i>Operacionalización de la variable</i>
Servicios de salud	Tiene derecho a algún servicio médico como IMSS, Isste, Pemex, Defensa o Marina; Seguro médico privado u otro.	1 = Algún servicio médico 0 = Sin servicio médico
Historia migratoria	Experiencia migratoria hacia áreas rurales, urbanas, EU u otro país, durante más de cinco años por cambio de residencia o motivos laborales. <i>Residencia o ciudadanía:</i> para aquellos que tuvieron experiencia migratoria hacia EU.	0 = Nunca ha migrado 1 = Migración rural 2 = Migración urbana 3 = Migración EU u otro país 4 = Más de cinco años de estancia, residencia o ciudadanía en EU
Historia de salud en la niñez	Reporte de haber padecido una enfermedad grave antes de cumplir 10 años, o haber padecido tuberculosis, fiebre reumática, polio, fiebre tifoidea o un golpe fuerte en la cabeza de tal manera que se desmayó.	1 = Al menos un padecimiento 0 = Sin padecimientos
Transferencias públicas y privadas	Transferencias públicas: beneficiario de una pensión por jubilación, viudez, invalidez o accidente laboral; por divorcio, separación, supervivencia u otro tipo; beneficiario de un donativo en dinero o especie de instituciones públicas como Procampo, "Progreso", o INSENI.	0 = Sin transferencias públicas 1 = Al menos una transferencia pública
Historia laboral	Transferencias privadas: recepción en los últimos dos años de ayuda en dinero o especie por cualquiera de sus hijos y/o nietos (y los de su cónyuge). Ocupación principal que el entrevistado realizó a lo largo de su vida.	0 = Ninguna transferencia 1 = Con transferencias 0 = Manual agropecuaria 1 = Manual no agropecuaria 2 = No manual agropecuaria 3 = No manual no agropecuaria

<i>Concepto no observable</i>	<i>Concepto observable/descripción</i>	<i>Operacionalización de la variable</i>
Enfermedad crónica o degenerativa	Padecimientos de hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar, enfermedad del corazón, embolia cerebral o artritis.	1 = Al menos un padecimiento 0 = Sin padecimientos
Condiciones de riesgo	Falta de alguna extremidad; el reporte de alguna fractura después de los 50 años; una regular o mala audición aun usando aparato auditivo, o legalmente sordo; una regular o mala visión aun usando lentes, o legalmente invidente.	0 = Sin condiciones de riesgo 1 = Al menos una condición de riesgo
Escolaridad	Escolaridad: Años de escolaridad acumulados. Variable: 0 a 19 años.	0 = Sin escolaridad 1 = 1-6 años de escolaridad 2 = 7-12 años de escolaridad 3 = 13 y más años de escolaridad
Estrato socioeconómico	Gasto: gasto mensual del hogar sin considerar autoconsumo.	0 = 0-700 pesos 1 = 701-2 000 pesos 2 = 2 001-5 000 pesos 3 = 5 001 y más pesos

FUENTE: Elaboración propia; con datos de la Enasem 2001.



Capítulo 3

“La construcción sociocultural de los nervios”: emociones, envejecimiento y pobreza en el área metropolitana de Guadalajara*

*Rocío Enríquez Rosas***

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo busca dar a conocer los hallazgos en torno a la construcción sociocultural de “los nervios” en adultos mayores que se encuentran en condiciones de pobreza extrema en la zona metropolitana de Guadalajara, México.

* Este documento forma parte de los avances de investigación del proyecto sistémico “Envejecimiento, escenarios familiares, redes sociales y bienestar subjetivo en contextos de pobreza rural y urbana: un estudio comparativo”, financiado por el Campo Estratégico de Acción en Pobreza y Exclusión del Sistema Universitario Jesuita en México (CEAPE-SUJ). Primera Convocatoria 2006-2007. Investigadores participantes: Paola Aldrete, del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO); Josefina Pantoja, de la Universidad Iberoamericana (UIA-León); Marcela Ibarra (UIA-Puebla); Joaquina Palomar (UIA-Ciudad de México). Coordinadoras del proyecto: Margarita Maldonado (ITESO) y Rocío Enríquez Rosas (ITESO).

Asimismo, el presente trabajo se presentó en 2010 en el II Coloquio Latinoamericano de Estudios Históricos y Sociales de la Ciencia y la Tecnología, organizado por la Sociedad Mexicana de Historia de la Ciencia y la Tecnología, A. C. La referencia de las memorias publicadas es Rocío Enríquez Rosas, “La construcción social de las emociones y exclusión social urbana en adultos mayores en la ZMG. Los nervios como categoría

El propósito central es conocer a partir del paradigma constructivista, la manera como se construyen, significan y regulan las emociones; en particular los *nervios*, en contextos urbanos de pobreza extrema, particularmente en hombres y mujeres adultos mayores. Para ello, un elemento fundamental es el análisis de las situaciones sociales en las cuales se presenta la experiencia emocional significativa, asociada con los nervios.

Los hallazgos refieren la pertinencia del análisis constructivista de las emociones; en particular de los *nervios*, para con ello dar cuenta de la raíz social del malestar que experimentan cotidianamente hombres y mujeres de la tercera edad, el cual por lo regular es atendido en su dimensión individual.

I. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS EMOCIONES: UNA PERSPECTIVA TEÓRICA

Se aborda la dimensión emocional y su relación con las condiciones materiales y sociales de vida, así como con la condición de género y generacional, a partir del estudio de las subjetividades.

sociocultural”, en *Múltiples enfoques, diversos objetos: tendencias en historia y estudios sociales de la ciencia*, coordinado por Ismael Ledesma Mateos, Oliva López Sánchez, Rosaura Ramírez Sevilla, 411-444. México: Sociedad Mexicana de Historia de la Ciencia y de la Tecnología A. C. Publicación electrónica, 2010.

** Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Antropología Social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Occidente. Profesora Investigadora del Departamento de Estudios Socioculturales de la Universidad Jesuita de Guadalajara, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Líneas de investigación: *a)* subjetividades, emociones y procesos de inclusión y exclusión social; *b)* género, generaciones, familias y redes sociales; *c)* pobreza y política social. Sistema Nacional de Investigadores-Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, nivel II.

El construccionismo social (Coulter, 1989; Swanson, 1989; Hochschild, 1990; Gordon, 1990; y Perinbanayagam, 1989, entre otros) conforma el andamiaje conceptual y analítico mediante el cual se respalda tanto la resolución metodológica como la interpretación de la evidencia empírica.

El presente trabajo se ubica en el construccionismo social moderado (Armon-Jones, 1986a) que busca analizar las emociones sociales; en este caso, “los nervios”, a partir de su rostro sociocultural, sin negar su dimensión biológica y psicológica. Se hace hincapié en el análisis del papel que desempeñan las normas, las creencias, los valores y las situaciones sociales concretas en la expresión, significación y formas de regulación emocional (Swanson, 1989).

Las asunciones básicas del construccionismo social de las emociones son:

Juicio, valoración y pensamiento: las emociones, más que estados psicológicos, son entendidas como respuestas basadas en la cognición y por tanto asociadas con creencias, valoraciones y juicios.

Intencionalidad, respuesta externa: las emociones están ligadas a escenarios socioculturales específicos; no es posible reconocerlas vía introspección únicamente, ya que a los estados internos (psicológicos) corresponde un referente externo. Las emociones se pueden identificar vía comportamiento y también de acuerdo con la situación externa a la cual están orientadas (intencionalidad).

Las emociones son prescritas por el sistema social y ello se refleja no solo vía semántica (la cual nos ofrece los términos para entender la emoción) sino también por la vía fenomenológica; es decir, en la cualidad de la experiencia de la emoción en sí misma.

Función de la emoción: las emociones tienen una dimensión sociofuncional que busca servir a los individuos únicamente en tanto miembros de la comunidad (Hochschild, 1990).

Coulter (1989) define los conceptos emocionales como construcciones que incluyen referencias a sensaciones, objetos de orientación y expresiones de conducta, ya sea a partir de reacciones físicas, actividades complejas, declaraciones o gestos. Las emociones humanas están vinculadas con varios síndromes de sensaciones, conductas y circunstancias en el mundo social; su desmaterialización no implica su “irrealidad” o “insubstancialidad”. Las emociones son fenómenos públicos; y los conceptos que tenemos acerca de ellas se derivan de manera social e intersubjetiva.

La experiencia emocional presenta cuatro elementos principales: la evaluación de la situación, los cambios en las sensaciones corporales, la libertad o la inhibición de gestos expresivos y un nivel cultural identificado. La emoción es entonces un sentido: se siente de la misma manera como se oye, se ve, se palpa. El “sentimiento” es el término usado para designar las emociones difusas y moderadas: se trata de una emoción con menos expresión o sensación física (Hochschild, 1990). Wood (1986) destaca cinco elementos en la experiencia emocional: el fisiológico, el sentimiento (fenomenológico); la exhibición externa de la emoción; el nombre que se atribuye a la emoción; la interpretación de la causa de la emoción y la interpretación de la emoción como pasión o acción; y, por último, la evaluación moral. Gordon (1990), por su parte, considera cuatro componentes básicos de la emoción que guardan estrecha relación con lo propuesto por Hochschild (1990) y Wood (1986): sentimientos (entendidos como sensaciones); gestos expresivos; conceptos relacionados; y normas regulativas. Para dicho autor, el componente central de las emociones es cómo

evalúa el sujeto la situación, la cual puede determinar la dirección y continuidad de ellas.

Cuando estos autores mencionan las *sensaciones corporales* como un primer componente de la emoción, se refieren principalmente a manifestaciones fisiológicas como ritmo cardíaco, tono muscular, sudoración, entre otras.

Los *gestos expresivos y acciones* forman un segundo componente de las emociones. Son todas aquellas manifestaciones faciales, corporales y acciones instrumentales que dan cuenta de la presencia de una emoción específica en el sujeto. Para los construccionistas, el prototipo de expresión facial natural tiene menos interés que la expresión socializada, como formas prescritas de manifestación cultural.

La *relación o situación social* es un tercer componente de la experiencia emocional. La emoción es una reacción a una situación usualmente de origen social, tal como un cambio en la relación social. La persona reacciona a la situación según su interpretación; se trata de un proceso cognoscitivo y, a la vez, de un componente social.

Por último, un cuarto componente se refiere a la *cultura emocional*, según Gordon (1990); para cada emoción se aprenden diferentes vocabularios asociados con ella, que reflejan también las normas y creencias implicadas en cada una de las experiencias emocionales, en un contexto sociocultural específico. Hochschild (1990) coincide con Gordon y añade una reflexión acerca de cómo la cultura emocional está aconsejada en libros, películas, actos religiosos y leyes. En tal sentido, si se desea estudiar la cultura emocional de un grupo sociocultural específico, es necesario adentrarse en su producción cultural a lo largo del tiempo. Perinbanayagam (1989) argumenta que si las emociones son sentidas, comprendidas, expresadas y transformadas en actos, deben ser distinguibles tanto en tipo como

en grado; además, de algún modo deben ser conceptualmente diferentes unas de otras. Según el autor, dichas diferencias son establecidas en términos de oposiciones y similitudes, así como en términos de diferencias de tonos que se obtienen de manera estructural.

Gordon (1990) sostiene que hay un vocabulario emocional compuesto por etiquetas (*labels*) que se atribuyen a cada una de las diferentes emociones en tanto experiencias comunes compartidas por muchos miembros; preocupaciones centradas en la significación de la interacción social; y lo bastante diferenciables como unidades más o menos independientes. El vocabulario emocional tiene como uno de sus propósitos sensibilizar a los sujetos para hacer frente a diversos sentimientos, conductas y situaciones. Las emociones finalmente discernidas por el lenguaje, son acaso las que se consideran importantes para hacer distinciones decisivas en las diversas modalidades de las relaciones sociales e institucionales: la familia, la economía, el gobierno y la religión. En este sentido, las sociedades pueden desarrollar una riqueza de lenguaje para subrayar las emociones culturalmente valoradas; pero también para prevenir sobre las emociones que pueden resultar peligrosas y que deben ser controladas y reguladas.

Gordon (1990) define cuatro dimensiones sociales de la emoción:

Origen: la mayor parte de las emociones surgen a partir de una definición cultural de la relación humana, no de la naturaleza biológica del ser humano. Aun cuando pueda hablarse de ciertas emociones primarias compuestas por elementos universales, éstas se encuentran sujetas a la definición y a las restricciones sociales. Una construcción social más completa ocurre en la mayor parte de las emociones, tales como simpatía, tristeza, dolor, culpa, envidia y nostalgia.

Tiempo: los estudiosos de las emociones desde el enfoque psicológico generalmente se centran en reacciones a corto plazo y dejan a un lado las emociones de mayor duración, tales como el amor, la amistad y la venganza. Las emociones que tienden a mantenerse a lo largo del tiempo son objeto de estudio del construccionismo social pues reflejan la persistencia y definición de las relaciones sociales. Los estudiosos de la construcción social de las emociones, entienden que ellas se encuentran determinadas no sólo por las condiciones presentes, sino también por propiedades acumulativas de las relaciones sociales y por la anticipación de eventos futuros.

Estructura: la coherencia entre los componentes de una emoción es mantenida y reproducida por fuerzas tanto psicológicas como sociales. Una situación concreta y situada en tiempo y espacio, evoca sentimientos específicos que son manifestados mediante ciertos gestos expresivos y acciones instrumentales, a los cuales otras personas pueden responder con aprobación o desaprobación, empatía o indiferencia. La naturaleza de los componentes particulares varía de acuerdo con los factores socioculturales de una sociedad dada.

Cambio: el cambio de una emoción a nivel micro puede ser causado no sólo por motivos psicológicos sino también por las relaciones sociales mismas. La autorregulación de la emoción es un interrogante teórico importante acerca de cómo los individuos modifican o reproducen la estructura social. En niveles macro, el cambio puede resultar de una tendencia histórica cultural que promueve mecanismos de reducción, intensificación o sustitución de ciertas emociones.

Finalmente, la estructura social afecta el flujo de la emoción mediante tres procesos interactivos importantes:

Diferenciación: Cada grupo social distingue e identifica mediante su lenguaje ciertas emociones, de acuerdo con los filtros sociales prevalecientes. De tal modo, las conductas y acciones instrumentales presentarán variaciones.

Socialización: los sujetos aprenden desde muy temprana edad —mediante la interacción con los grupos primarios— a reconocer, definir y expresar diferentes tipos de emociones.

Control: este proceso se refiere a las diferentes pautas sociales que establece la sociedad para regular, modular y expresar las emociones.

Respecto de las formas de regulación de las emociones, Hochschild (1990) considera que el sujeto es capaz de cambiar sus sentimientos desde “fuera hacia dentro”; también puede hacerlo desde “dentro hacia fuera” (trabajo emocional). Con el objetivo de alterar los sentimientos, el sujeto hace cambios tales como ajustes en la posición corporal, respiración profunda, cambios en el tono de voz, entre otros. De igual manera, es capaz de reducir o cambiar su punto de referencia mental (pensamiento) hacia otro ángulo que le permita arribar al sentimiento que desea experimentar.

Para dicha autora, hay una serie de reglas y normas sociales que regulan la expresión de los sentimientos. Tales normas orientan hacia aquello que debería sentirse en diferentes escenarios sociales: actúan como “zonas de regulación” que demarcan con qué intensidad, con qué duración y de qué maneras, es adecuado y apropiado sentir cierta emoción en particular.

Las *líneas emocionales* se refieren a una serie imaginable de reacciones emocionales frente a situaciones sociales diversas. Cada cultura define estas líneas emocionales que prescriben una gama de respuestas afectivas “más o menos apropiadas”.

Perinbanayagam (1989) argumenta que las emociones son manifestadas en maneras rituales de modo que el control,

el manejo y las proporciones se mantengan dentro de una línea o un límite social preestablecido. En el manejo de las emociones se entrena al sujeto para mantener una proporción adecuada entre la situación, la identidad y la audiencia. El exceso de emociones (en términos de las proporciones culturalmente determinadas) es uno de los criterios con que se juzga habitualmente la “enfermedad mental”. Los humanos están sujetos al entrenamiento en el manejo de las emociones, así como en su manifestación pública. Tal tipo de prácticas es común en todas las culturas.

Hochschild (1990) advierte sobre el hecho de cómo cada individuo internaliza la ideología dominante; esto lo lleva a expresarse y a actuar de maneras preestablecidas. En el caso de la ideología de género y su relación con las “reglas y normas del sentimiento”, la autora encontró tres tipos básicos de ideología: la tradicional, la igualitaria y la transicional. Ante dichas posiciones ideológicas, hay también estrategias de género, estrategias emocionales por medio de las cuales se evoca activamente o se suprimen varios sentimientos para perfilar una ruta de acción y expresión apropiada. De igual modo, hay *estrategias de cambio activo y directo*, donde se presentan emociones asociadas con la confrontación directa y la búsqueda del cambio en las relaciones desiguales de género. Las *estrategias de cambio pasivo e indirecto* son aquellas donde se muestra un enfrentamiento mediante acciones paralelas que evitan confrontaciones directas.

Armon-Jones (1986b) coincide con Hochschild (1990) en cuanto a la asociación prevaleciente entre género, emoción e ideología. Para la autora, es evidente que aun cuando las teorías sobre la madurez son aplicadas a ambos sexos, se subdividen en función de la masculinidad y la feminidad. Así, el principio de lo femenino es culturalmente asociado

con moderación y otras cualidades que son aprendidas desde la niñez, las cuales promueven los patrones de adscripción de las emociones de acuerdo con el género al cual se pertenece. Crespo (1986) afirma que hombres y mujeres son considerados socialmente como sujetos con distintos tipos de emociones. Dicha diferenciación se halla profundamente institucionalizada y aparece como una dimensión de lo “natural”. En la actualidad hay diversos movimientos sociales que buscan cuestionar estas adscripciones y promueven la autodefinición del individuo en términos emocionales.

Hochschild (1990) considera que así como se dispone de pautas y estrategias emocionales de género, también es posible encontrar estrategias que se desarrollan de acuerdo con el estrato social al que se pertenece. Cada contexto social exige una ruta y coordinación emocional específica; en tal sentido, el sujeto desarrolla una especie de sensibilidad protectora que le permite expresarse emocionalmente de manera apropiada, de acuerdo con esa realidad estratificada de la cual forma parte.

Nancy Scheper-Hughes (1992) aborda específicamente la construcción social de los nervios en un contexto de pobreza, violencia y muerte en una región específica del Brasil. Por medio del trabajo etnográfico, la autora ha descubierto una relación importante entre los síntomas característicos del hambre (debilidad, temblor, irritabilidad, pérdida del equilibrio, cansancio, sensación de desmayo, entre otros) y la penuria y aquellos con los que la gente describe “los nervios”.

Para la autora, el término “nervios” ofrece un esquema conceptual (de origen popular) sumamente rico para describir las relaciones entre cuerpo y mente, el cual la medicina (psiquiátrica, principalmente) ha retomado y transformado en algo distinto, y ha reducido toda esta construcción social a un padecimiento de carácter psicológico con diagnósticos prees-

tablecidos que requiere finalmente de medicamentos para su curación. De tal manera, el hambre (experimentada ante las condiciones de pobreza extrema) es negada y aislada, lo cual da lugar a un discurso de enfermedad mental, que individualiza una situación de origen social y moral.

Para la autora, la transición de un discurso popular sobre hambre a un discurso sobre enfermedad, ha generado una percepción diferente del cuerpo y sus necesidades: un cuerpo hambriento necesita comida; un cuerpo enfermo y “nervioso” requiere medicamentos. De tal modo, el cuerpo enfermo no implica, no culpa ni responsabiliza a nadie: se neutraliza de cualquier rol social y es simplemente “algo que a veces sucede”. Este tipo de construcciones (legitimadas por el modelo médico hegemónico) han traído consigo graves consecuencias en las poblaciones pobres: han dado lugar al consumo indiscriminado de medicamentos (tranquilizantes, sedantes, estimulantes, entre otros) que además contribuyen a mermar el ya deteriorado presupuesto familiar.

Burin, Moncarz, y Velázquez (1991) abordan específicamente el malestar emocional femenino desde el reconocimiento de las mujeres como sujetos sociales activos. Las autoras proponen entender el sufrimiento de las mujeres como *un malestar emocional* específico asociado con una situación concreta de opresión. El malestar femenino debe ser abordado y analizado desde la perspectiva y campo de significados que las mujeres mismas le atribuyen. Además, el malestar adquiere sentido en la medida en que produce una modificación en la vida de la gente y de su noción de *sujeto*.

Algunos de los *factores de riesgo* que se han asociado con el malestar emocional femenino en la actualidad son la edad de las mujeres; el nivel ocupacional; el número y edad de los hijos (tener tres o más niños pequeños en casa); el estado civil

(en mujeres, el matrimonio es factor de riesgo; en hombres, factor de protección); las situaciones de duelo (especialmente la pérdida de la madre o de un hijo); los fenómenos de violencia; la doble jornada de trabajo; la falta de ayuda de amigos o familiares (redes sociales y redes de apoyo emocional); así como la falta de comunicación íntima y confidencial con una pareja. Diversos investigadores insisten también en destacar cómo los roles de género afectan los modos de enfermar de las mujeres. Entre los roles genéricos más estudiados figuran el maternal, el conyugal, el de ama de casa, el doble rol social de trabajadora doméstica y extradoméstica. Un factor de riesgo que se denuncia constantemente es la inclinación de las mujeres a “maternizar” todos sus roles, más allá del rol maternal específico.

Las condiciones opresivas de la vida cotidiana de las mujeres, constituyen factores de riesgo importantes para su bienestar emocional. Sin embargo, dentro de las relaciones de poder y, muy particularmente, de los espacios de poder disponibles para las mujeres de nuestra cultura, hay también una problemática importante: el poder de los afectos. La expectativa social respecto del dominio en el poder de los afectos hacia las mujeres, a menudo mostró que entraba en contradicción con las posibilidades reales de su desempeño. El malestar femenino resultó entonces vinculado con la expresión de este conflicto, y su modo de manifestación constituye lo que comúnmente se conoce bajo la categoría de *depresión*. En este sentido, las relaciones de poder dentro del ámbito de la vida en familia —así como la asignación cultural del poder de los afectos al género femenino— se considera uno de los factores de riesgo para tomar en cuenta.

II. PRECISIONES METODOLÓGICAS Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

El objetivo central del presente estudio es analizar la construcción sociocultural de los *nervios* en hombres y mujeres adultos mayores que residen en la zona metropolitana de Guadalajara y que viven en condiciones de pobreza. Se aplicó una encuesta¹ a 201 personas: 96 hombres (47.76%) y 105 mujeres (52.23%). Los sujetos entrevistados forman parte de hogares que se encuentran en el padrón del programa federal “Oportunidades” o bien que viven en asentamientos urbanos caracterizados como de “alta marginación”. La encuesta se aplicó en un promedio de dos horas y se llevó a cabo principalmente en los hogares de las y los adultos mayores.

Fue aplicada a adultos mayores pertenecientes a los municipios de Guadalajara, El Salto, Zapopan y Tlaquepaque. En total, se trabajó en 17 colonias de la zona metropolitana de Guadalajara en las cuales reside población mayor beneficiaria del componente para adultos mayores (AM) del programa “Oportunidades”. En el caso específico de Jalisco, el descenso en la fecundidad y en la mortalidad ha tenido consecuencias en la transformación de la estructura poblacional por edad. La distribución actual muestra un proceso gradual de envejecimiento, a la par del alargamiento en la esperanza de vida. Hay, por tanto, cada vez más personas adultas y adultos mayores. Además, la disminución en la descendencia de las parejas muestra una reducción gradual en el peso relativo de niños y jóvenes. Al analizar por grupos de edad y concentrándonos en la ZMG, se observa que el grupo de edad de 65 años y

¹ Para fines de este documento, se retoma únicamente lo referente a algunas variables sociodemográficas, así como la indagación específica en torno a los nervios en hombres y mujeres adultos mayores.

más tiene el porcentaje más alto en el municipio de Guadalajara (6.9%). Según el Consejo Estatal de Población de Jalisco (Coepo, 2008), se espera que para el año 2030 dicho porcentaje se duplique. Esos datos de contexto permiten ubicar una problemática cada vez mayor que advierte sobre una sociedad en proceso de envejecimiento que —en su mayoría— carece de los sistemas de seguridad y protección social necesarios para vivir dignamente las etapas finales de la existencia.

La evidencia empírica señala que 11.5% de los hombres y 16.2% de la mujeres reside en hogares unipersonales. Tal tipo de arreglo familiar está relacionado con los flujos migratorios y los cambios demográficos que dan lugar a diversas formas de organización familiar que pudieran estar asociadas con condiciones de mayor vulnerabilidad cuando se relacionan con variables de carácter económico y social.

Los hallazgos reportados señalan un porcentaje de hogares unipersonales por arriba del mencionado por Saad (2005). El dato es mayor para las mujeres respecto de los hombres y puede estar asociado con un factor de riesgo social que se materializa cualitativamente distinto en relación con el género. Para Saad (2005), la razón por la cual hay mayor número de residencias solitarias femeninas, tiene que ver con que las mujeres viven más que los hombres; con que, cuando ellas enviudan, tienden menos a contraer segundas nupcias. Así pues, el riesgo de que las mujeres vivan solas en las edades más avanzadas es más elevado; especialmente en las que no tuvieron descendencia. Ello puede estar relacionado con situaciones emocionales específicas y que tienen que ver con un posible aislamiento social.

Una de las características del envejecimiento poblacional en los países latinoamericanos es el incremento de hogares multigeneracionales y con miembros adultos mayores; en dichos escenarios pueden convivir simultáneamente tres o más

generaciones. Ello complejiza las relaciones y dinámicas tanto de parentesco como de desarrollo de la vida cotidiana; también puede tener repercusiones en la experiencia emocional de los sujetos. En el presente estudio se analizaron los distintos tipos de arreglos familiares en los cuales residen las personas adultas mayores (cuadro 1); asimismo, se determinó el porcentaje por subgrupos del tipo de arreglo familiar. Una vez establecida tal estructura, se analizó cuál es la aportación semanal entre todos los miembros de ese hogar, así como el promedio de miembros que lo habitan.

Se encontró que el tipo de arreglo familiar más frecuente es el de estructura extensa: 44.8% de los hogares donde residen los adultos mayores varones y 47.4% en el caso de las mujeres adultas mayores. La información confirma que alrededor de 45% de los adultos mayores encuestados viven acompañados por otros familiares, más allá de la estructura nuclear tradicional. La coresidencia —sobre todo con la descendencia— es un arreglo residencial altamente frecuente entre los adultos mayores; también facilita las transferencias intergeneracionales, el cuidado del otro y —con ello— disminuye tanto el riesgo social como la posible vulnerabilidad del adulto mayor (Saad, 2005).

Un arreglo también frecuente está relacionado con los adultos mayores que coresiden con su pareja. Los porcentajes más bajos fueron encontrados en la categoría de “familia generacional”, que incluye al adulto mayor en coresidencia con hermanos y primos; sin embargo, este tipo de arreglo puede verse incrementado en los próximos años, sobre todo en el entorno urbano. Para conocer los ingresos económicos semanales del hogar donde reside el adulto mayor, se consideró la variable de promedio de aportación semanal de los miembros del hogar. Los datos muestran que los hogares de estructura nuclear

cuentan con la aportación mayor al hogar; los de estructura unipersonal, con la aportación menor. Pese a que el número promedio de miembros en los hogares extensos es mayor que en los hogares nucleares (5.6 y 3.4, respectivamente), en los de estructura nuclear se cuenta de entrada con un recurso económico relativamente mayor.

CUADRO 1
ARREGLOS FAMILIARES, APORTACIÓN SEMANAL Y TAMAÑO DEL HOGAR,
POR SEXO DEL ADULTO MAYOR (AM)

<i>Tipo de arreglos familiares</i>	<i>Hombres (n = 96)</i>	<i>Mujeres (n = 105)</i>	<i>Promedio aportación semanal</i>	<i>Promedio de habitantes por vivienda</i>
	%	%	X	X
Adulto mayor solo	11.5	16.2	X = 117.2 s = 165.8	X = 1 s = 0
Adulto mayor y pareja	17.7	16.2	X = 306.8 s = 425.6	X = 2 s = 0
Familia nuclear monoparental	7.3	11.4	X = 339.0 s = 502.3	X = 2.4 s = .76
Parentesco generacio- nal (AM hermanos y primos)	3.1	1.9	X = 212.5 s = 304.4	X = 2 s = 0
Familia nuclear (AM esposa e hijos)	15.6	6.7	X = 571.6 s = 770.4	X = 3.4 s = .73
Familia extensa (AM esposa, hijos, yernos, nietos. . .)	44.8	47.6	X = 549.5 s = 631.1	X = 5.6 s = 2.2

FUENTE: Elaboración propia a partir de los hallazgos de la investigación "Envejecimiento, escenarios familiares, redes sociales y bienestar subjetivo en contextos de pobreza rural y urbana: un estudio comparativo" (CEAPE-SUJ 2006-2007).

Para abordar la construcción social de los *nervios* en adultos mayores pobres urbanos, se aplicó una sección del cuestionario

denominada “Sobre sentimientos”,² compuesta por preguntas abiertas que buscan indagar la manera como las emociones se significan, se experimentan físicamente y se regulan —en particular, los *nervios*—, así como las situaciones sociales concretas en las cuales se presenta la experiencia emocional. El análisis de “*los nervios*” tiene como antecedentes los trabajos realizados por Salgado de Snyder, Díaz-Pérez, y Maldonado (1995) sobre los significados asociados con los *nervios* en mujeres de origen rural de la zona centro occidente del país, así como a partir de los hallazgos obtenidos por Enríquez Rosas (2005) en torno a la construcción social de los *nervios* en mujeres pobres urbanas de la zona metropolitana de Guadalajara.

Las preguntas específicas que se utilizaron para indagar sobre los *nervios* fueron: ¿Qué significa para usted sentirse con *nervios*? ¿Qué fue lo que causó este sentimiento de *nervios*? ¿Cómo le ha afectado este sentimiento en su salud física? ¿Qué hace cuando se siente con *nervios*? El análisis de las múltiples respuestas dadas por las personas adultas mayores se llevó a cabo de acuerdo con la propuesta de González Martínez (1998) para analizar información cualitativa: separar en *unidades mínimas de análisis* cada una de las frases dadas por los entrevistados, de tal manera que si alguien declara: “Me siento con *nervios* de que se vuela el techo de mi casa y por no tener comida”, esta frase se subdivide en dos unidades de análisis. Una será: “Me siento con *nervios* de que se vuela el techo de mi casa”; otra,

² Para la presente investigación se utilizó la elaboración de Crespo (1986) en relación con que los sentimientos es la manera ordinaria como en culturas iberoamericanas se enuncian las emociones, a diferencia de la cultura norteamericana. Por ello, para el acercamiento en campo se exploró a partir de la noción de *sentimientos* y desde el marco del construccionismo social de las emociones.

“Me siento con *nervios* por no tener comida”. De tal modo se deconstruye la información y —posteriormente—, a partir de un análisis inductivo, se elaboran las categorías madres en diálogo con los ejes provenientes del construccionismo social de las emociones: significados, situaciones sociales, referentes físicos y formas de regulación (excluyentes entre sí) y que contienen los datos cualitativos en extenso; más tarde, son ordenados analíticamente en subcategorías que incluyen cada una de las unidades mínimas de análisis encontradas. Finalmente, se pesan las categorías centrales de acuerdo con la frecuencia registrada; es decir, con el número de unidades que la integran. Así, el material cualitativo logra ser analizado tanto en su vertiente propia como desde las herramientas cuantitativas pertinentes, en búsqueda de tendencias y patrones.

Una vez analizado, categorizado y pesado el material cualitativo resultante, se elaboró un diagrama emocional sobre los *nervios* en varones adultos mayores; para las mujeres adultas mayores, se aplicó la misma estrategia. El interés se centra en poder establecer contrastes entre ambos sexos a partir de una lectura hecha desde la perspectiva de género. En estos diagramas se da cuenta de las categorías y subcategorías centrales construidas respecto de cada uno de los ejes de análisis abordados: significados de los *nervios*, situaciones sociales asociadas, referentes corporales, formas de regulación emocional y la presencia o ausencia de redes sociales en las formas de regulación emocional. Dichos diagramas emocionales, elaborados mediante un proceso inductivo, buscan avanzar cualitativamente con la información y mostrar tanto particularidades como generalidades en clave de género.

III. LA CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL DE LOS “NERVIOS” EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

El diagrama 1 muestra los hallazgos obtenidos en torno a los *nervios* en mujeres adultas mayores. Aparecen como subcategorías centrales respecto de los significados de los *nervios*, la preocupación, la desesperación, el coraje y el insomnio. Aunque este último alude a un referente físico, las mujeres lo señalan como una de las maneras de significar los *nervios*. En la categoría relacionada con referentes corporales, aparece nuevamente el insomnio, los dolores de cabeza y distintos referentes emocionales. En relación con las situaciones sociales asociadas con la experiencia emocional de los *nervios*, las respuestas se concentran en tres grandes subcategorías: en primer lugar la preocupación por el dinero; en segundo, las relaciones con los hijos; en tercero, las enfermedades. La preocupación por el dinero incluye como subcategorías las deudas, los problemas con la vivienda precaria y no tener para comer. Respecto de las relaciones con los hijos, las subcategorías refieren los conflictos con ellos, la migración de uno o varios y la muerte de ellos. En la subcategoría denominada “enfermedades”, las mujeres refieren tanto las propias como las que padece algún miembro de su familia o algunos de ellos. Por último —respecto de las formas de regulación emocional y redes sociales—, en la subcategoría que refiere la presencia de vínculos, aparece como estrategia la conversación con los otros. En la subcategoría que refiere la ausencia de vínculos, aparecen como estrategias tomar té para los nervios, salirse a caminar, consumir medicamentos y hacer el quehacer.

El diagrama 2 muestra los hallazgos obtenidos en torno a los *nervios* en adultos mayores varones: la evidencia indica que las subcategorías de significado con las cuales se asocian

los *nervios*, son el coraje, la desesperación, el miedo y el susto. Respecto de las categorías centrales en torno a los referentes corporales asociados con los *nervios*, aparecen como subcategorías los dolores de cabeza, el insomnio y el temblor. Al indagar sobre las situaciones sociales asociadas con la experiencia de *nervios*, las respuestas se concentran en dos subcategorías: la falta de recursos económicos y las relaciones con los hijos. En la primera subcategoría, los sujetos refieren principalmente la falta de recursos en cuanto a comida, dinero y la situación precaria de la vivienda. Respecto de las relaciones con los hijos, las respuestas se concentran en conflictos, así como la falta de visitas y cercanía con ellos. En relación con las formas de regulación emocional y redes sociales, hay dos subcategorías que refieren la presencia (o ausencia) de vínculos. En la primera aparecen las conversaciones con los otros como una estrategia utilizada; en la segunda subcategoría aparecen como posibles estrategias el consumo de medicamentos alopáticos, de medicamentos tradicionales (principalmente el consumo de té), fumar y escuchar la radio.

La categoría *nervios* actúa como una “enfermedad” maestra que cobija otros malestares; su comportamiento polisémico permite la atribución de significados específicos de acuerdo con los diversos entornos socioculturales. Gordon (1990) sostiene que hay un vocabulario emocional compuesto por etiquetas que se atribuyen a cierta emoción. En el caso de los nervios y al retomar las diferencias por género del adulto mayor, en los hombres aparece el coraje como uno de los significados recurrentes con el que asocian los nervios. Tal diferencia respecto de las mujeres que asocian los *nervios* en primer lugar con la preocupación, tiene que ver con las formas de socialización en la expresión de las emociones de acuerdo con el género (Burin, Moncarz, y Velázquez, 1991).

La cultura emocional (Gordon, 1990; Hochschild, 1990, entre otros) se refiere a la manera como se significa la interacción social; en ese sentido, se construyen categorías diferenciadoras sobre aquello que conmueve. En el análisis de los *nervios*, aparecen otras emociones fuertemente ligadas y que en conjunto dotan de significado. Tal familia de emociones en torno a los *nervios* (como categoría nuclear) cumple el propósito de sensibilizar a los otros sobre lo que conmueve, así como el de establecer los mecanismos necesarios para lograr la socialización de las emociones; en este caso, de los *nervios*. En dicho sentido, los *nervios* son discernidos por el lenguaje; y mediante la cultura transitan diversos significados, así como detonadores concretos del mundo social que son asociados con los *nervios* y con las formas de regulación y enfrentamiento de los mismos. De acuerdo con Gordon (1990), los *nervios* constituyen una categoría sociocultural que despliega el repertorio de significados asociados con el malestar; es construida mediante procesos intersubjetivos de larga duración relacionados con los procesos de diferenciación, socialización y control de las emociones.

La categoría *nervios* puede ser rastreada a partir de sus dimensiones sociales (*origen, tiempo, estructura y cambio*) de acuerdo con la propuesta de Gordon (1990). En su *origen*, los *nervios* deviene de una definición cultural; no hay correlato único y excluyente hacia ciertos referentes corporales ni hacia una sola emoción considerada como básica. Se trata de una categoría sociocultural que alberga en su interior múltiples significados construidos de manera intersubjetiva. Su normatividad en cuanto a formas de enfrentamiento da cuenta de las restricciones sociales y las permisividades posibles de acuerdo con un entorno sociocultural concreto.

En relación con el *tiempo*, los *nervios* son una emoción de larga duración; por ello persiste en el entramado narrativo con

DIAGRAMA EMOCIONAL 1

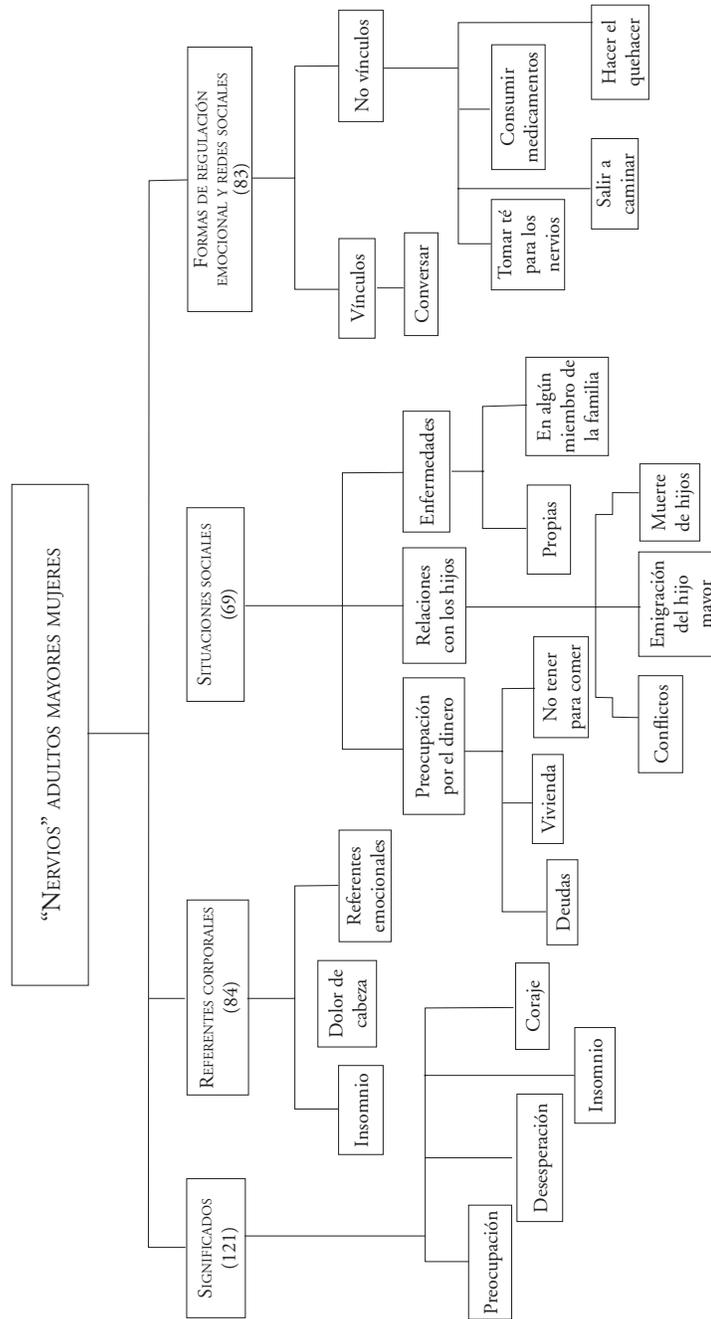
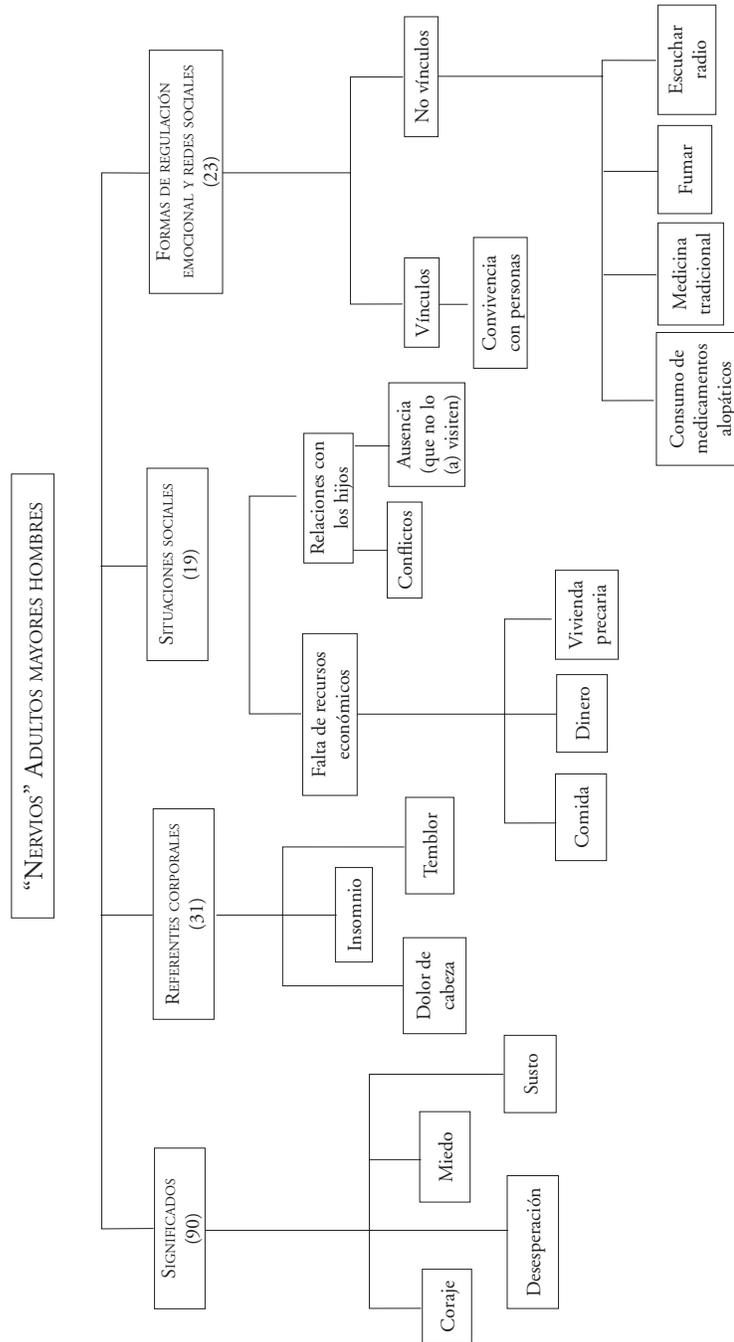


DIAGRAMA 2



que el sujeto relata su vida y califica su experiencia emocional. Los *nervios* son una emoción rica en su carga etnográfica —también compleja— que por tanto resulta pertinente para ser deconstruida mediante un marco construccionista. El *corpus* construido advierte sobre las formas acumulativas en que, mediante la historia del sujeto, los *nervios* van adquiriendo diversos significados y relacionándose con eventos no sólo presentes sino pasados: aparecen las situaciones de desventaja socioeconómica, de falta de recursos económicos para la sobrevivencia cotidiana, como elementos íntimamente relacionados con la experiencia emocional. No tener garantizado el alimento, la acumulación de deudas, la situación precaria de la vivienda: “Que se vuele el techo de mi casa”, aparecen como referentes sociales directos con los cuales los adultos mayores asocian su experiencia emocional en torno a los *nervios*.

Respecto de la *estructura*, el dato empírico da cuenta de los elementos que estructuran esta categoría sociocultural: *los nervios*. Hay significados específicos que aparecen íntimamente relacionados con ella, así como referentes corporales, situaciones sociales concretas y formas de regulación emocional. Aunque es posible detectar algunos elementos diferenciadores de acuerdo con una lectura de género, los datos señalan a esta categoría sociocultural como referente significativo para dar cuenta de los contenidos emocionales desde su vertiente tanto subjetiva como intersubjetiva. Los *nervios* es entonces una categoría que transita cotidianamente en los intercambios narrativos entre los sujetos; en este caso, entre las mujeres y los hombres de la tercera edad. Tal categoría permite nombrar y socializar con el otro los contenidos aparentemente individuales pero que presentan un correlato social inequívoco con la experiencia de la pobreza y la falta de recursos.

En relación con el *cambio*, la evidencia empírica muestra la utilización de mecanismos de regulación de las emociones que no implican un cambio en las estructuras externas asociadas con el malestar y que rebasen las fronteras de lo individual. El cambio se produce más bien en ajustes internos relacionados con la medicación del sufrimiento así como con el despliegue de estrategias asociadas con la vida cotidiana y que buscan mitigar el malestar. Tales estrategias están determinadas por las creencias, valores y juicios de la propia población. Destaca el consumo de té de diversas plantas medicinales como un modo ampliamente utilizado para controlar los nervios. Dicha estrategia es utilizada tanto por las mujeres como por los hombres adultos mayores.

De acuerdo con Hochschild (1990), hay estrategias para manejar las emociones: las de cambio activo y directo, así como las de cambio pasivo e indirecto. En la población adulta mayor estudiada, las formas de afrontamiento emocional se centran en cambios pasivos e indirectos que no hacen frente a situaciones objetivas de opresión y desigualdad que han dado origen al malestar experimentado. Consumir medicamentos, hacer uso de la medicina tradicional, fumar y escuchar la radio son las maneras como hombres adultos mayores buscan mitigar los *nervios*. En el caso de las mujeres, aparecen como estrategias centrales beber té, salir a caminar, consumir medicamentos y dedicarse al quehacer doméstico. Tales estrategias son acciones paralelas que evitan confrontaciones y enfrentamientos directos con las situaciones sociales asociadas con el malestar y que rebasan la frontera de lo intrapsíquico.

Las formas de regulación emocional se encuentran también determinadas por el género y la ideología (Armon-Jones, 1986a; Hochschild, 1990, entre otros); asimismo, adquieren formas rituales de acuerdo con el género (Perinbanayagam,

1989). En el caso de las mujeres, ante la presencia de los *nervios* aparece la reproducción de las tareas domésticas como estrategia ampliamente socorrida; en los hombres adultos mayores no surge dicha estrategia y sí la utilización de formas individuales y de carácter pasivo como fumar y escuchar la radio. Dichas diferencias por género se hallan ampliamente instituidas y aparecen como una dimensión de lo natural (Crespo, 1986), más que como una construcción de lo social.

Además de los filtros emocionales de acuerdo con el género, también están los relacionados con el estrato socioeconómico al cual se pertenece (Hochschild, 1990). Mediante el proceso de diferenciación, socialización y control, los sujetos desarrollan el conocimiento necesario sobre lo que está permitido expresar, así como la intensidad con que ello puede ser expresado; de acuerdo con Hochschild (1990), se trata de zonas de regulación. Así como se dispone de un repertorio emocional de acuerdo con el género y la clase social, también es posible hablar de uno relacionado con la generación a la cual se pertenece. La evidencia empírica muestra un consumo mayor de medicina tradicional en esta población femenina y en comparación con mujeres pobres urbanas de edad media (Enríquez Rosas, 2005).

La dimensión social de la emoción (Gordon, 1990; Hochschild, 1990; y Wood, 1986) puede ser rastreada por medio de las situaciones sociales con las cuales los adultos mayores asocian su experiencia emocional de nervios. Tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, aparecen en primer plano la falta de recursos económicos y las relaciones con los hijos. Las mujeres también reportan como un detonante importante asociado con los nervios, haber contraído enfermedades o que las padezcan otros miembros de la familia. La falta de recursos económicos está relacionada directamente con asuntos de

supervivencia como la inseguridad alimentaria, el incremento en las deudas con los otros y la situación precaria de la vivienda; sin embargo, cuando se indaga sobre los mecanismos de regulación de las emociones, aparecen estrategias que no atienden la precariedad ni la escasez de recursos.

En relación con los hijos y la importancia de los mismos en la red de apoyo social de los adultos mayores (Guzmán, Huenchuan, y Montes de Oca Zavala, 2003; Montes de Oca Zavala, 2004; Enríquez Rosas, y Aldrete González, 2006, entre otros), se observa la presencia de conflictos con este vínculo; ellos se asocian con las relaciones intergeneracionales de solidaridad (pero también de tensión y conflicto) entre los adultos mayores y su descendencia (Bazo, 2007). La situación de pobreza y de supervivencia cotidiana tiene efectos importantes en las posibilidades de intercambio y ayuda mutua entre generaciones, en particular hacia los adultos mayores. De igual modo, las dificultades a las que hacen frente los adultos mayores pobres para desplazarse en el entorno urbano, tienen efectos en las posibilidades de activación de sus vínculos sociales, especialmente con los hijos. “Que no me visite mi gente” es una de las expresiones recurrentes que dan cuenta de las situaciones de aislamiento social en las cuales se encuentran algunos adultos mayores; aparece también la migración de los hijos hacia los Estados Unidos y la escasa información sobre ellos, así como las dificultades para mantener activo el vínculo.

CONCLUSIONES

La dimensión social de los nervios no puede ser negada. Detrás de los síntomas corporales y de las palabras emocionales ligadas al sufrimiento individual, se encuentran circunstancias

sociales mantenidas a lo largo del tiempo, donde las situaciones de opresión, desigualdad y desventaja socioeconómica, están presentes. Los nervios y el malestar emocional en general, expresan un descontento aparentemente individual que evita cuestionar de manera abierta el orden social actual.

Para Scheper-Hughes (1997), el término “nervios” es una categoría sociocultural que permite establecer relaciones complejas entre cuerpo y mente. Tales elaboraciones no son retomadas lo suficiente por los esquemas actuales de salud mental, y su contenido se reduce a una sintomatología individual que deslinda el origen social del sufrimiento.

En dicho sentido, la pobreza y la exclusión social urbana que experimentan día con día mujeres y hombres adultos mayores (la cual aparece íntimamente ligada con el padecimiento de los “nervios”), es tratada como un problema individual que requiere ser atendido desde ese plano. Las expresiones sociales de la pobreza son sustituidas por un discurso de enfermedad mental que individualiza una situación de origen social y moral.

De acuerdo con Scheper-Hughes (1997), los nervios son entendidos como una enfermedad social que remite a las rupturas, a las líneas de falla, a las contradicciones de la sociedad. Los nervios deben ser entendidos como descriptores sobre las condiciones precarias de vida de los sujetos. En tal sentido, la evidencia empírica advierte claramente sobre una relación estrecha entre las condiciones materiales de vida y la presencia de una emoción comúnmente ligada con aspectos intrapsíquicos y por tanto de origen individual. Cuando buscan las causas de aquello que los hace experimentar “nervios”, tanto los adultos mayores varones como las mujeres señalan situaciones asociadas con la pobreza extrema y la precariedad.

REFERENCIAS

- ARMON-JONES, Claire. 1986a. “The Thesis of Constructivism”. En *The Social Construction of Emotions*, compilado por Rom Harré, 32-56. Oxford, Inglaterra: Basil Blackwell.
- _____. 1986b. “The Social Functions of Emotion”. En *The Social Construction of Emotions*, compilado por Rom Harré, 57-82. Oxford, Inglaterra: Basil Blackwell.
- BAZO, María Teresa. “Intercambios familiares entre las generaciones y ambivalencia: una perspectiva internacional comparada”. *Revista Española de Sociología*, núm. 2 (2007): 117-127.
- BURIN, Mabel; Esther Moncarz; y Susana Velázquez. 1991. *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. Colección Ideas y Perspectivas, vol. 20. Buenos Aires: Paidós.
- CONSEJO ESTATAL DE POBLACIÓN DE JALISCO. 2008. *Análisis sociodemográfico para la Zona Metropolitana de Guadalajara*. Disponible en línea: <coepo.jalisco.gob.mx>.
- COULTER, Jeff. 1989. “Cognitive ‘Penetrability’ and the Emotions”. En *The Sociology of Emotions: Original Essays and Research Papers*, compilado por David D. Franks, y E. Doyle McCarthy, 33-72. Greenwich, Connecticut/Londres: JAI Press Inc.
- CRESPO, Eduardo. 1986. “A Regional Variation: Emotion in Spain”. En *The Social Construction of Emotions*, compilado por Rom Harré, 213-214. Oxford, Inglaterra: Basil Blackwell.

- ENRÍQUEZ ROSAS, Rocío. 2005. "Malestar emocional femenino en contextos de pobreza urbana: un estudio de caso". En *Los rostros de la pobreza*. Vol. IV: *El debate*, coordinado por Mónica Gendreau Maurer, 129-163. Puebla/Guadalajara: Universidad Iberoamericana-Puebla/Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente/Universidad Iberoamericana-Torreón/Universidad Iberoamericana-León/Universidad Iberoamericana-León/Universidad Iberoamericana-Tijuana/Universidad Iberoamericana-Ciudad de México/Sistema Universitario Jesuita.
- ENRÍQUEZ ROSAS, Rocío, y Paola Aldrete González. 2006. "Envejecimiento y redes de apoyo social en contextos urbanos de pobreza extrema: un estudio de caso". En *Alternancia, políticas sociales y desarrollo regional en México*, compilado por Gerardo Manuel Ordóñez Barba, 367-398. México: El Colegio de la Frontera Norte/Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente/Universidad de Guadalajara.
- GONZÁLEZ MARTÍNEZ, Luis. 1998. "La sistematización y el análisis de los datos cualitativos". En *Tras las vetas de la investigación cualitativa: perspectivas y acercamientos desde la práctica*, coordinado por Rebeca Mejía, y Sergio Antonio Sandoval, 155-174. Tlaquepaque, Jalisco: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente.
- GORDON, Steven L. 1990. "Social Structural Effects on Emotions". En *Research Agendas in the Sociology of Emotions*, compilado por Theodore D. Kemper, 145-179. Albany, Nueva York: State University of New York Press.
- GUZMÁN, José Miguel; Sandra Huenchuan; y Verónica Montes de Oca Zavala. "Redes de apoyo social de las personas ma-

yores: marco conceptual”. *Notas de Población* 29, núm. 77 (diciembre, 2003): 35-70. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la Comisión Económica para América Latina.

HOCHSCHILD, Arlie Russell. 1990. “Ideology and Emotion Management: A Perspective and Path for Future Research”. En *Research Agendas in the Sociology of Emotions*, compilado por Theodore D. Kemper, 117-142. Albany, Nueva York: State University of New York Press.

MONTES DE OCA ZAVALA, Verónica. 2004. *Redes comunitarias, género y envejecimiento*. Colección Cuadernos de Investigación, vol. 31. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales.

PERINBANAYAGAM, R. S. 1989. “Signifying Emotions”. En *The Sociology of Emotions: Original Essays and Research Papers*, compilado por David D. Franks, y Doyle McCarthy, 73-92. Greenwich, Connecticut/Londres: JAI Press Inc.

SAAD, Paulo M. “Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: arreglos residenciales y transferencias informales”. *Notas de Población* 32, núm. 80 (octubre, 2005): 127-154. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la Comisión Económica para América Latina.

SALGADO DE SNYDER, Velia Nelly; María de Jesús Díaz-Pérez; y Margarita Maldonado. “Los *nervios* de las mujeres mexicanas de origen rural como motivo para buscar ayuda”. *Salud Mental* 18, núm. 1 (marzo, 1995): 50-55.

- SCHEPER-HUGHES, Nancy. 1992. *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley, California: University of California Press.
- _____. 1997. *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Colección Antropología. Barcelona: Editorial Ariel.
- SWANSON, Guy E. 1989. "On the Motives and Motivation of Selves". En *The Sociology of Emotions: Original Essays and Research Papers*, compilado por David D. Franks, y Doyle McCarthy, 9-32. Greenwich, Connecticut/Londres: JAI Press Inc.
- WOOD, Linda. 1986. "Loneliness and Social Identity". En *The Social Construction of Emotions*, compilado por Rom Harré, 185-208. Oxford: Blackwell Publishers.

Segunda Parte

Solidaridad familiar y malos tratos



Capítulo 4

La solidaridad familiar hacia los adultos mayores en Monterrey, Nuevo León*

*Blanca Mirthala Tamez Valdez***

*Manuel Ribeiro Ferreira****

INTRODUCCIÓN

En México, el envejecimiento de la población es un fenómeno social reciente que se presenta como producto de la transición demográfica iniciada durante las dos últimas décadas del siglo XX, y cuyas principales repercusiones ocurrirán en las primeras décadas del presente milenio. El envejecimiento demográfico se caracteriza principalmente por el descenso en las tasas de mortalidad y de natalidad (crecimiento positivo), lo que contribuye al incremento en la esperanza de vida; el envejecimiento

* El presente trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio, financiado por el Fondo Sectorial Secretaría de Gobernación-Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Es dirigido por el doctor Manuel Ribeiro Ferreira.

** Doctora en Filosofía con Orientación en Políticas Comparadas de Bienestar Social de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad Autónoma de Nuevo León. Es docente en la misma institución.

*** Doctor en Educación, Universidad Laval (Quebec, Canadá). Investigador de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad Autónoma de Nuevo León.

demográfico, además, puede verse acelerado por el incremento en la tasa de migración (crecimiento negativo) (Ham Chande, 2003; Partida Bush, 2005).

La transición demográfica avanza a la par de una transición epidemiológica, la cual consiste en el cambio gradual de las causas de morbilidad y de mortalidad; ocurre como producto de avances médicos, hábitos de higiene, ampliación del sistema educativo y mejoras en salud pública (Castillo Fernández, y Vela Peón, 2005).

El envejecimiento demográfico y social adquiere características particulares de acuerdo con la zona geográfica y cultural; por ello es importante considerar el contexto sociodemográfico, económico y sociocultural donde se presenta. En México el envejecimiento demográfico ocurre de manera vertiginosa: de acuerdo con las proyecciones demográficas, nos llevará menos de 50 años hacer frente a la transformación de población que los países europeos experimentaron en el transcurso de dos siglos: alcanzar niveles superiores a 14% de población envejecida (Ham Chande, 2003; Romero Centeno, 2004).

En el pasado reciente de México se observa un alto crecimiento demográfico ocurrido entre 1954 y 1974, gracias al cual grandes contingentes de población serán adultos mayores entre 2020 y 2050 (Partida Bush, 2005). Por las características del envejecimiento demográfico en México, dicho fenómeno social plantea una serie de retos importantes tanto a la política social como a la sociedad en general, sobre todo para el transcurso de las próximas décadas. Tras el incremento de los adultos mayores en números absolutos y porcentuales —y sobre todo ante el incremento de la esperanza de vida—, las necesidades de dicha población cobran una mayor dimensión y con ello surgen nuevas y mayores demandas tanto hacia la familia como a la sociedad en general.

Familia y seguridad social son las dos instituciones básicas de apoyo en la atención a las necesidades de los adultos mayores (Ribeiro Ferreira, 2000). En el caso de México, la mayor responsabilidad se ubica en la familia, pues la seguridad social brinda cobertura a menos de la mitad de las personas que cuentan con 65 años o más: 52% de adultos mayores no accede a la seguridad social y carecen de una pensión económica por jubilación (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2000). Pese a los esfuerzos realizados por el gobierno de la república para ofrecer un “seguro popular” a la población que carece de ella, la cobertura insuficiente en seguridad social de esta población continúa.

La familia, por su parte, ha venido presentando un proceso de transformación durante las últimas décadas (Ariza, y de Oliveira, 2001; De Riso, 2001; Giddens, 2001; Ribeiro Ferreira, 2004); dicho proceso coincide con la transición demográfica, que ha reducido el número de miembros en la familia. Además, toca aspectos económicos y sociosimbólicos: cambios en el papel de los miembros, funciones, roles y tareas. La transformación de la institución familiar ha traído consigo mayores complicaciones para atender las necesidades de sus miembros, sobre todo las de los adultos mayores. Por lo anterior, la atención de los problemas y necesidades de los adultos mayores demanda en mayor medida de interdependencia, solidaridad y reciprocidad intergeneracional entre las familias (Barg, 2003).

Para los adultos mayores, los lazos intergeneracionales con su familia entrañan gran valor. La mayoría de ellos mantienen relaciones estrechas con su familia, que funcionan en ambas direcciones: por un lado, las personas mayores realizan contribuciones hacia la familia, tanto económicas como en la educación y cuidado de los nietos y otros familiares; por otro,

demandan apoyo: tanto económico como de atención y cuidados, principalmente al deteriorarse su salud (Barg, 2003).

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento demográfico que ocurre en México plantea un complejo panorama; en él, la población de adultos mayores presenta actualmente un conjunto de dificultades y problemas: bajos ingresos; insuficiente cobertura de la seguridad social; alto costo de los servicios de salud, alimentación y vivienda; deterioro de su salud y demanda de cuidados físicos y afectivos. Por ello, los adultos mayores dependen cada vez más del apoyo que le otorgan las redes familiares; así pues, dichas redes se tornan prioritarias para la atención y supervivencia de los adultos mayores. Ante ello, se torna primordial el estudio de la solidaridad intergeneracional (de hijos a padres), por ser el principal indicador de la presencia de cohesión y responsabilidad en la familia, así como el principal referente para las personas adultas mayores.

El presente trabajo está conformado por una investigación social dirigida a las personas adultas mayores que viven en la ciudad de Monterrey, con la finalidad de conocer cuáles son las principales necesidades y problemas a los cuales hacen frente, así como la manera como los resuelven. Se centra principalmente en la solidaridad que los hijos de estos adultos mayores les muestran para lograr la satisfacción de sus necesidades.

Para la realización de este trabajo, se adoptó un enfoque teórico desde la perspectiva del curso vital (Bury, 1996); se analizaron aspectos tanto macrosociales como microsociales de la situación de los adultos mayores, al estudiar las relaciones familiares y redes de apoyo intergeneracionales. Además, para definir el término *solidaridad*, se tomaron elementos de la

teoría del intercambio social (Ritzer, 2001; Hidalgo González, 2001), así como de las perspectivas sociológica (Durkheim, 1967; Aranguren Gonzalo, 2000) y filosófica (Rorty, 1991; De Sebastián, 1996).¹

Como guía de estudio se establecieron cuatro preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son las principales necesidades y problemas de las personas adultas mayores que viven en la ciudad de Monterrey?
2. ¿Reciben apoyo de sus hijos para cubrir esas necesidades? ¿Cuáles son las necesidades que son cubiertas con el apoyo de los hijos y cuáles no lo son?
3. ¿Influye el género en las interrelaciones establecidas entre padres e hijos respecto de la solidaridad mostrada hacia los adultos mayores?
4. ¿Apoyan los hijos más a sus padres cuando éstos tienen mayor nivel de dependencia?

¹ Definimos la *solidaridad* como una cualidad de la acción en la que un individuo contribuye al bienestar de otro, particularmente cuando éste se encuentra vulnerable o presenta una carencia o necesidad. Se define *solidaridad* como la presencia de ayuda (transferencia de bienes o servicios) que recibe el adulto mayor para cubrir su necesidad. El estudio se enfoca en la revisión de los siguientes tipos de solidaridad: *A*) Económica [apoyo económico en efectivo, bonos o la renta de algún bien]. *B*) En especie [vivienda, alimentación, vestido, servicio médico, medicamentos. . .]. *C*) Funcional [cuidados especiales, ayuda para caminar, para bañarse, vestirse, cocinar, tomar medicamentos, tomar sus alimentos. . .]. *D*) Doméstica [reciben apoyo para realizar los quehaceres domésticos preparación de alimentos, limpieza del hogar, lavado de ropa. . .]. *E*) Instrumental [ayuda para sus traslados al médico, comprar alimentos u otras actividades externas al hogar]. *F*) Afectiva [interés en sus problemas y necesidades, contacto físico y/o telefónico].

Para responder a las preguntas de guía, se elaboraron los siguientes objetivos.

A. Objetivo general

Analizar el tipo y nivel de solidaridad que los hijos muestran a los adultos mayores, principalmente en lo que concierne a la satisfacción de sus necesidades; tanto en lo referente a transferencias de bienes y servicios (materiales, económicos, de cuidados y apoyo en lo funcional), así como también en el apoyo emocional: contacto físico o telefónico (o los dos), preocupación e interés en sus problemas y necesidades.

B. Objetivos específicos

1. Identificar las principales necesidades y problemas que enfrentan los adultos mayores encuestados en la ciudad de Monterrey.
2. Describir la manera como las personas adultas mayores cubren sus necesidades y en qué medida ello ocurre gracias a la solidaridad familiar.
3. Comparar el tipo de solidaridad y el grado en que se presenta de parte de los hijos hacia los adultos mayores en relación con el género, el estrato socioeconómico y el tipo de familia.
4. Analizar los niveles de solidaridad en que los adultos mayores reciben ayuda, a partir del nivel de dependencia que presentan.

II. MÉTODO

Para la realización de este estudio se eligió un diseño de tipo transversal; por ello se identificaron y analizaron los elementos relacionados con la acción de ayuda brindada al adulto mayor ante sus necesidades y dificultades, a partir de lo señalado por los adultos mayores como una acción pasada: sin manipular ninguna condición, estímulo o variable.

Se elaboró una cédula de entrevista con 190 preguntas: 171 precodificadas y 19 abiertas; ella se aplicó en un tiempo promedio de 40 minutos.

Se utilizó un muestreo irrestricto aleatorio, a partir de las estadísticas disponibles en ese momento (INEGI, 2001); asimismo, se incluyó a las personas que en el año 2000 se encontraban en el rubro de 60 a 64 años de edad, al considerar que para 2005 cumplirían 65 años o más. De tal modo, $N = 101\ 372$ adultos mayores. Con un nivel de confianza de 95% ($\alpha = .05$), un límite de error de estimación de .03 (+ 3%) y a partir de un enfoque conservador ($p = 1/2$ y $q = 1/2$), la muestra se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N(P*Q)}{(N-1)(D) + (P*Q)}$$

Dado que el tamaño del universo es grande, remplazamos $N-1$ por N (Scheaffer, Mendenhall, y Ott, 2007); es decir:

$$n = \frac{N(P*Q)}{(N)(D) + (P*Q)}$$

Donde

$$\begin{aligned} N &= 101\ 372 \\ D &= (\beta / Z \alpha/2)^2 \\ \beta &= .03 \\ \alpha &= .05 \\ Z \alpha/2 &= 1.96 \therefore \end{aligned}$$

$$n = \frac{101372 (.25)}{(101372)(.03/1.96)^2 + .25} = 1056$$

III. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el perfil de los adultos mayores podemos identificar las principales características del grupo estudiado. Primeramente, el aspecto sociodemográfico; después, el de familia y el económico. Para ello se consideró el total de personas encuestadas: 1 057. En el análisis de las variables de estudio: dependencia y solidaridad en los adultos mayores, sólo se trabajó con la muestra de adultos mayores que tiene hijos vivos. Además, aún sin enfocarse en el análisis desde la perspectiva de género, la mayor parte de las variables estudiadas son desagregadas por sexo. Se subrayan las diferencias encontradas en torno al nivel de vulnerabilidad que ellas representan en el grupo de adultos mayores, de acuerdo con el planteamiento del presente estudio.

IV. PERFIL DE LOS ADULTOS MAYORES

Los adultos mayores encuestados tienen entre 65 y 100 años; la edad promedio para ambos sexos es de 74 años. El grupo de estudio se halla compuesto por un total de 532 mujeres (50.3% de la muestra), y 525 hombres (49.7%). Es notorio que al reducir la muestra a los adultos mayores con hijos vivos, los porcentajes por sexo se invierten: 49.3% las mujeres del grupo; 50.7% los hombres. Aun cuando la diferencia no resulta estadísticamente significativa, ella nos indica un mayor porcentaje de mujeres adultas mayores sin hijos en relación con los varones en la misma situación.

En la variable “escolaridad” se advierte que 11% de los adultos mayores entrevistados son analfabetos, pues responden que

no saben leer ni escribir. Se agrega 5% más que responde saber leer, mas no escribir. El analfabetismo presenta una diferencia estadísticamente significativa en torno al género; mayor en el sexo femenino: 14% de las mujeres; mientras que en los varones, sólo 7%. Tal situación se explica por razones de género e históricas: la actual generación de adultos mayores —especialmente las mujeres— hicieron frente a mayores obstáculos para incorporarse a la escuela. El grado de analfabetismo tiene relación directa con los grados de escolaridad aprobados; 13% de los adultos mayores señalan no tener ningún grado aprobado: 14% de las mujeres y 12% de los varones.

Los años de escolaridad aprobados también muestran una diferencia entre sexos: las mujeres presentan una media de cinco años aprobados (el rango es de 0 a 20 años cursados); mientras que los varones, una media de 6.4 años aprobados (el rango es de 0 a 24 años). El nivel de escolaridad resultó más elevado en los varones que en las mujeres; estas últimas mantienen un nivel de analfabetismo acorde con la falta de escolaridad y declaran menos años de escolaridad aprobados en promedio. En cambio, los varones superan el analfabetismo: pese a no contar con escolaridad, mediante la actividad laboral logran superar esa carencia pues aprenden a leer y a escribir en una proporción significativa, al mismo tiempo que desarrollan un oficio y se desempeñan en la actividad económica formal.

En cuanto al estado civil, resalta que 52.3% de los adultos mayores viven en pareja (casados o en unión libre); mientras que los viudos(as) constituyen 37%; los que se encuentran separados o divorciados, 4.4% de los entrevistados; y aquellos que permanecen solteros integran 6%. En la distribución de estado civil por sexo, se observan marcadas diferencias: 1) los que se encuentran casados o en pareja corresponden a 70% de los hombres; mientras que esa situación aparece sólo

en 34% de las mujeres. Ellas se encuentran viudas en mayor medida: 53%; los varones, en 21%. Tales datos se observan en el cuadro 1.

Cuadro 1
ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO, 2005

<i>Sexo</i>	<i>Casado(a) o en pareja</i> %	<i>Soltero(a)</i> %	<i>Divorciado(a) o separado(a)</i> %	<i>Viudo(a)</i> %	<i>Total</i> %
Mujeres	34	8	5	53	100
Hombres	70	5	4	21	100
<i>Total</i>	<i>52</i>	<i>6</i>	<i>4</i>	<i>37</i>	<i>99</i>

FUENTE: Encuesta sobre Solidaridad Familiar hacia los Adultos Mayores en Monterrey, Nuevo León (2005).

Como se puede observar, la mayoría de los hombres vive en pareja; es menor la proporción (menos de la tercera parte) que se encuentra en estado de viudez, así como la de quienes permanecen solteros. En los varones separados, en cambio, la proporción resulta casi igual a la de las mujeres. En ellas, la situación se invierte: predominan las adultas mayores viudas, mientras las solteras casi duplican el número de los varones.

Podemos deducir que la mayoría de las mujeres (dos tercios) viven sin pareja; de acuerdo con algunos autores (Kalish, 1996; Mota López, 2000; Fericgla, 2002b; López Barajas, e Izazola Conde, 1994; Scott, y Wenger, 1996), ello se debe a tres razones: 1) al enviudar, los hombres vuelven a casarse en mayor medida que las mujeres; 2) los varones regularmente se casan con mujeres más jóvenes; 3) de acuerdo con datos del INEGI (2001), en Nuevo León la esperanza de vida es mayor en las mujeres (78.5) que en los hombres (73.7). Ello explica la mayor proporción de mujeres viudas.

En los datos de familia, resalta que 10 de cada 100 adultos mayores no tienen hijos vivos; la mayor proporción se localiza en las mujeres: 12 de cada 100; mientras en los hombres es 8 de cada 100. Se advierten algunos aspectos relacionados con lo anterior: primeramente, 9 de cada 100 adultos mayores no tuvieron hijos; 1 de cada 100 sobrevive a sus hijos (fallecieron todos); la mitad de los adultos mayores entrevistados sin hijos, permanecieron solteros. La proporción de mujeres que permanecieron solteras casi duplica la de hombres: 7.8%, pues los varones sólo congregan 4.7 por ciento.

El tipo de familia en que viven los adultos mayores es la de tipo monoparental en su mayor parte (27%). Sigue la familia de tipo nuclear (19%); solamente con su pareja (19%); los adultos mayores que viven en familia extensa constituyen 15% del grupo de estudio; y los que viven solos, 12%. Al relacionar el tipo de familia en que viven los adultos mayores con la variable de género, se advierten significativas diferencias de acuerdo con el cuadro 2.

Los hombres del grupo de estudio viven principalmente en familias de tipo nuclear; les siguen los adultos mayores que viven con su pareja; en tercer sitio se encuentran los que viven en familia de tipo monoparental. En las mujeres, en cambio, predominan las familias de tipo monoparental; les siguen las que viven solas; en tercer sitio se encuentran las que viven en familia de tipo extenso. Estos datos parecen confirmar que la mayor proporción de mujeres adultas vive sin pareja (viuda, soltera o separada); mientras que la mayoría de los varones vive con su pareja (con o sin hijos), o bien en una familia extensa. Como se puede observar, poco más de dos mujeres por cada hombre viven solas. En los que viven en pareja y en familia nuclear, la situación se invierte: la proporción de varones que viven en esa situación duplica la de las mujeres.

Cuadro 2
TIPO DE FAMILIA SEGÚN SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES, 2005

<i>Tipo de familia</i>	<i>Mujeres</i> %	<i>Hombres</i> %	<i>Total</i> %
Persona sola	16	7	12
Pareja sola	12	25	19
Nuclear	12	26	19
Compuesta	4	7	5
Monoparental	36	17	27
Extensa	15	15	15
Unidad familiar atípica	4	3	3
Unidad de coresidencia	1	0.4	0.8

FUENTE: "Encuesta sobre Solidaridad Familiar hacia los Adultos Mayores en Monterrey, Nuevo León" (2005).

Lo señalado anteriormente coloca a las mujeres en una posición de mayor vulnerabilidad, pues vivir solas o en pareja disminuye sus recursos de apoyo; asimismo, vivir en familia monoparental en mayor medida que los hombres indica que en un elevado porcentaje éstas viven sin pareja y apoyando o siendo apoyadas (o ambas) por hijos(as) o nietos(as) (o los dos). Ello coincide con lo señalado por Lamas (1996), quien subraya cómo las mujeres adultas mayores permanecen en búsqueda de mantener vigente su función de cuidadoras como parte de su realización o en la búsqueda de estatus social, pues las atenciones y cuidados que brindan constituyen su principal recurso para participar del intercambio social como un modo de reciprocidad por la ayuda que reciben.

El promedio de hijos que tuvo el adulto mayor corresponde a 6; mientras que los hijos que tiene en el momento del estudio

corresponde a cinco. Ello nos indica una proporción significativa de adultos mayores que ha perdido al menos un(a) hijo(a): 36 de cada 100 mujeres; mientras que los hombres, 28 de cada 100. El rango de hijos fallecidos va de 1 a 12. El promedio de hijos es alto si consideramos que Ariza, y Oliveira (2004) señalan que en América Latina cada persona de 65 a 69 años puede esperar contar en promedio con 4.4 hijos adultos; dicha cifra se reducirá a 4.0 en 10 años y a menos de 3.0 en 30 años.

Un aspecto de suma importancia al considerar los recursos de los adultos mayores es el número de personas con quienes vive. El promedio es 3.4: inferior al de miembros en el hogar en la ciudad de Monterrey, el cual corresponde a cuatro en el año 2000 (INEGI, 2000). El mayor porcentaje de los encuestados vive sólo con una persona en el hogar: 30% de los hombres y 29% de las mujeres; mientras que el porcentaje de adultos mayores disminuye conforme aumenta el número de miembros que viven en el hogar. Asimismo, un porcentaje significativo de adultos mayores viven solos: 16% en las mujeres y 7% en los hombres. Pese a que 9% de adultos mayores aún cuentan con hijos vivos en la actualidad, éstos viven solos.

En relación con el estrato socioeconómico, 3% de los adultos mayores encuestados se ubica en el alto; 12%, en el medio alto; 61%, en el medio bajo; y 24%, en el estrato bajo. En el rubro económico, resalta que 59% del grupo estudiado recibe pensión económica; 12% responde no recibirla, aunque su pareja sí la percibe. Lo anterior nos permite deducir que una importante proporción de adultos mayores (71 de cada 100) cuenta con pensión económica —directa o indirecta— para sostenerse, independientemente de la suficiencia de la misma. Al desagregar por sexo, se advierte que 44% de las mujeres entrevistadas cuentan con pensión; en el caso de los hombres, 74% la percibe.

Otro aspecto sobresaliente: 87% de los adultos mayores cuentan con seguridad social; la cifra resulta más elevada que la del nivel nacional: 48% de las personas de 65 años o más de edad (INEGI, 2004). En la población que tiene derecho a servicio médico gratuito se incluye a derechohabientes dependientes, los cuales reciben atención médica por ser esposa(o) o madre (padre) de un asegurado(a).

En el análisis del elevado porcentaje que accede a la seguridad social, así como del que cuenta con pensión económica (superior al nivel nacional), es importante considerar que la muestra trabajada es totalmente urbana, y que esa situación difiere mucho de la de población que vive en zonas rurales y en áreas marginales. Además, debe considerarse el momento histórico en que esta generación tuvo su época productiva, pues obtuvo logros elevados en lo tocante a prestaciones laborales, lo cual difiere de la situación de las actuales generaciones, que han tenido que recurrir en mayor medida a la actividad informal, por honorarios, o al desempeño por cuenta propia, sin tener acceso en ocasiones a la protección laboral del trabajador asalariado (Ariza, y Oliveira, 2004).

V. PRINCIPALES RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE DEPENDENCIA Y SOLIDARIDAD

Para el análisis de las variables centrales, se consideró como grupo de estudio a los adultos mayores del grupo que respondieron tener hijos vivos; se excluyó a quienes indicaron no tener hijos o bien que sus hijos fallecieron. Por ello, aun cuando la muestra total fue de 1 057 adultos mayores, en el grupo de estudio se consideraron sólo a 952 adultos mayores.

A. Sobre la dependencia de tipo económico

Adultos mayores que refieren presentar dependencia de tipo económico: 73 de cada 100 en el grupo estudiado; diferencia estadísticamente significativa de acuerdo con el sexo: entre las mujeres, 78 de cada 100 respondieron tener dependencia; entre los hombres, sólo 68 de cada 100 la refieren. La diferencia encontrada conviene con lo esperado, ya que en el perfil se observa que las mujeres tienen ingreso propio en menor proporción: la pensión que reciben por viudez por lo general es de menor monto y viven sin pareja en mayor medida; asimismo —y acorde con la teoría—, entre los adultos mayores la pobreza resulta común: por lo regular mayor en las mujeres, en especial por carecer de recursos propios (Lamas, 1996).

Otro aspecto relevante es la afirmación de necesitar ayuda económica pese a contar con ingreso por pensión económica, situación que expresan 37 de cada 100 adultos mayores, por considerar tal ingreso insuficiente para cubrir sus necesidades; sin embargo, 4% de los adultos mayores con pensión económica la consideran “suficiente” para cubrir sus gastos y aun así afirman requerir ayuda de tipo económico. De los adultos mayores encuestados, 33% declararon necesitar ayuda económica y no contar con pensión económica u otro tipo de ingreso; resalta el hecho de que 9% del grupo indica no tener dependencia de tipo económico, pese a que no cuentan con pensión económica.

Asimismo, se advierte que 14 de cada 100 del grupo de estudio responde necesitar ayuda económica aunque tienen un ingreso por salario, porque consideran que dicho ingreso resulta insuficiente. Lo encontrado coincide con lo que señala Romero Centeno (2004), quien retoma estudios a nivel nacional cuyo resultado subraya que de los adultos mayores,

24 de cada 100 trabajan; pero 11% no reciben pago o —a lo sumo— perciben un salario mínimo.

En la relación entre dependencia económica y edad de los adultos mayores, se advierte que la dependencia se incrementa conforme avanza la edad; de tal modo, a partir de los 83 años de edad la dependencia económica se presenta en 75% del grupo y se incrementa hasta llegar a 100%. En torno al estrato socioeconómico, se observa que en los estratos bajo y medio bajo el porcentaje de dependientes es mayor: el estrato bajo presenta 83% de dependientes; el medio bajo, 76%; el estrato alto sólo presenta 21% de dependientes; y el estrato medio alto los tiene en 43% del grupo. Las familias en las que viven en mayor medida adultos mayores con dependencia económica son la familia de tipo compuesto (83%); la de tipo extenso: 80%; la familia tipo monoparental presenta adultos con dependencia en 78%; los que viven solos, en 77% de los casos.

A partir de los datos descritos, podemos inferir en el grupo de estudio que la dependencia o necesidad de ayuda económica se presenta en mayor medida en la población femenina, principalmente en los estratos bajos; asimismo, se puede establecer que la dependencia económica se incrementa con la edad, y que los tipos de familia en que vive el adulto mayor dependiente son principalmente aquellos en los que él no tiene pareja; tal situación también resulta más frecuente en las mujeres, lo cual parece confirmar la situación de deterioro económico en las adultas mayores que no cuentan con pareja. Estos hallazgos coinciden con lo señalado por Laforest (2002), quien subraya tres factores que favorecen el incremento de dependencia en los adultos mayores: 1) enfermedad o deficiencias físicas; 2) carencia de recursos; y 3) coacción del entorno. Ya se mencionaron los primeros dos en el perfil: la menor cuantía de recursos en la mujer, la cual además presenta en mayor medida

problemas de salud de tipo crónico-degenerativo, que le generen mayores costos de atención y un deterioro más acentuado de su estado funcional, así como menor ingreso económico si cuenta con pensión, al igual que por su carencia de pareja en la mayor parte de los casos; en tanto el tercer factor parece estar relacionado con la situación familiar y de pareja (Fericgla, 2002a; y Musitu Ochoa, 2000).

B. La solidaridad económica

En torno a la ayuda recibida por los adultos mayores dependientes, se observa que 8 de cada 10 dependientes la obtienen. También hay una diferencia estadísticamente significativa entre los géneros, puesto que 84% de las mujeres dependientes reciben ayuda; en los hombres, dicha respuesta de ayuda está presente en 74 de cada 100 dependientes. Al centrarse en la ayuda recibida exclusivamente de los hijos, se advierte que ésta se presenta en 75 de cada 100 dependientes: 79% en el caso de las mujeres y 71% en los hombres. En relación inversa a la dependencia económica, la solidaridad económica es mayor en los estratos altos y disminuye considerablemente en los bajos. Ello hace que en los estratos bajos quede una mayor proporción de adultos mayores con dependencia económica que no la reciben (23%).

En la relación entre solidaridad económica y el tipo de familia en que vive el adulto mayor, se observa que las familias que brindan ayuda en mayor proporción son la unidad familiar atípica y la unidad de coresidencia (no son parientes), la familia de tipo extenso y la familia de tipo monoparental; mientras los adultos mayores que obtienen menor respuesta a su dependencia son quienes viven solamente con su pareja y

los que viven solos. Asimismo, se advierte que la ayuda recibida se incrementa en relación directa con el número de miembros; es decir, cuantos más miembros en la familia, mayor ayuda reciben los adultos mayores.

Cuadro 3
RELACIÓN ENTRE DEPENDENCIA Y SOLIDARIDAD ECONÓMICA
A PARTIR DEL GÉNERO, 2005

<i>Relación entre "Necesita ayuda económica" y "Recibe ayuda"</i>	<i>Sexo del A. M.</i>	<i>Recibe ayuda económica %</i>	<i>No recibe ayuda %</i>	<i>Total %</i>
Necesita ayuda económica	Femenino	84	16	100
	Masculino	74	26	100
<i>Total</i>	<i>A. M. dependientes</i>	<i>80</i>	<i>20</i>	<i>100</i>
No necesita ayuda económica	Femenino	28	72	100
	Masculino	18	82	100

$p = .002$ estadísticamente significativa.

FUENTE: "Encuesta sobre Solidaridad Familiar hacia los Adultos Mayores en Monterrey, Nuevo León" (2005).

En general, puede observarse en los resultados que la ayuda recibida por los adultos mayores con dependencia económica proviene principalmente de los(as) hijos(as), y se incrementa en relación con el número de miembros con los que vive. Dicha ayuda resulta mayor en los estratos altos. Esto último parece estar relacionado con la disponibilidad de recursos tanto en los adultos mayores como en los hijos, pues ello coloca al primero en una situación de ventaja respecto de las posibilidades de intercambio con sus hijos, de tal modo que puede haber reciprocidad en la ayuda.

C. La dependencia en especie

En el grupo de estudio, 61% de los adultos mayores refieren necesitar ayuda en especie, cifra ligeramente mayor en la población femenina: 68%; mientras que los hombres la presentan en 55%. Sin embargo, tal dependencia no parece tener relación con la edad de los adultos mayores: al igual que la dependencia económica, la referida aparece en mayor medida en los estratos bajos. En relación con el tipo de familia donde vive el adulto mayor dependiente, se observa que en mayor medida ello ocurre en familias de tipo extenso; les siguen aquellos que viven solos y quienes viven en familias de tipo monoparental.

D. La solidaridad en especie

La ayuda en especie es recibida por 3 de cada 4 dependientes; se advierte una diferencia estadística entre los géneros: 78 de cada 100 mujeres dependientes reciben la ayuda; 75 de cada 100 hombres la obtienen. Al centrarse en la solidaridad recibida de los(as) hijos(as), se advierte que la ayuda proviene de los hijos en 7 de cada 10 dependientes; las cifras son las mismas en ambos géneros. Al igual que la ayuda de tipo económico, ésta aparece en mayor medida en los estratos altos; en los bajos se recibe menor ayuda y con ello padecen mayores carencias (la tercera parte de los dependientes no percibe ayuda cuando pertenecen al estrato bajo y medio bajo).

En relación con el tipo de familia en la que vive el adulto mayor que recibe ayuda en especie, ésta se localiza en las familias de tipo monoparental (84% de los dependientes); en las familias compuestas (80%); así como en la familia de tipo extenso (78%). La ayuda recibida no muestra una clara relación con el número de miembros en la familia; sin embargo, se advierte

que proviene principalmente de los(as) hijos(as), sobre todo de los que viven con los adultos mayores, los cuales se percatan con mayor facilidad de las necesidades del mismo. Tal situación coincide con el hecho de que los adultos mayores que no viven con hijos(as), presentan la mayor carencia de ayuda.

Cuadro 4
RELACIÓN ENTRE DEPENDENCIA Y SOLIDARIDAD
EN ESPECIE SEGÚN EL GÉNERO, 2005

<i>Relación entre dependencia y ayuda recibida</i>	<i>Sexo de los adultos mayores</i>	<i>Recibe ayuda en especie %</i>	<i>No recibe ayuda %</i>	<i>Total %</i>
Necesita ayuda en especie	Femenino	78	22	100
	Masculino	75	25	100
<i>Total</i>	<i>A. M. Dependientes</i>	77	23	100
No necesita ayuda en especie	Femenino	9	91	100
	Masculino	9	91	100

$p = .374$ estadísticamente significativa.

FUENTE: Encuesta sobre Solidaridad Familiar hacia los Adultos Mayores en Monterrey, Nuevo León (2005).

E. Dependencia para realizar labores domésticas

La necesidad de ayuda para realizar labores domésticas como la limpieza del hogar, lavado de ropa, preparación de alimentos, y otras se encuentra presente en 62 de cada 100 entrevistados que en la actualidad tienen hijos vivos; resulta particularmente mayor en el sexo masculino, pues 7 de cada 10 hombres la presentan; mientras que en las mujeres ello ocurre en poco más de la mitad del grupo de estudio. El mayor nivel de este tipo de dependencia en los varones parece tener relación con un as-

pecto cultural, ya que por lo general tales tareas son asignadas a la mujer; el hombre difícilmente las asume, aun cuando viva solo (Ribeiro Ferreira, 2006).

Se advierte un incremento de dicha necesidad en relación con la edad, sobre todo a partir de los 80 años. La relación con el estrato no resulta muy clara, puesto que la dependencia se presenta en mayor medida en los estratos alto y bajo. El tipo de familia en que viven los adultos mayores con dependencia para realizar labores domésticas es principalmente la de tipo extenso: en ella son dependientes 3 de cada 4 adultos mayores; en la unidad familiar atípica, 7 de cada 10; y en la unidad de coresidencia, 67 de cada 100 adultos mayores.

F. La solidaridad en la realización de labores domésticas

De cada 10 dependientes, 9 reciben ayuda para realizar labores domésticas: un nivel elevado. En relación con el género, se advierte que —a diferencia de los otros tipos de dependencia— en este caso la ayuda resulta mayor hacia los hombres: 94 de cada 100 hombres dependientes la recibe; mientras que en el caso de las mujeres, 87 de cada 100, cifra acorde con lo señalado por Ribeiro Ferreira (2006) en relación con que la estructura prototípica de la familia en las sociedades de tipo patriarcal se ha fundamentado en una división del trabajo en función del sexo; en ella, las actividades del hogar —principalmente las domésticas— son asignadas a las mujeres; de tal modo, se entiende que en las familias muchas veces se asume que deberá ayudarse al padre en este tipo de actividades en mayor medida que a la madre. Sin embargo, la ayuda directamente proporcionada por los hijos se observa en menor medida que los otros tipos de ayuda; ello indica que la ayuda

es obtenida principalmente de cónyuge, empleada doméstica u otro pariente (o de los dos).

Cuadro 5
RELACIÓN ENTRE DEPENDENCIA Y SOLIDARIDAD EN LA REALIZACIÓN
DE LABORES DOMÉSTICAS SEGÚN EL GÉNERO, 2005

<i>Relación de ayuda doméstica</i>	<i>Sexo de los adultos mayores</i>	<i>Recibe ayuda para labores domésticas</i> %	<i>No recibe ayuda doméstica</i> %	<i>Total</i> %
Necesita ayuda doméstica	Femenino	87	13	100
	Masculino	94	6	100
<i>Total</i>	<i>A. M. Dependientes</i>	<i>91</i>	<i>9</i>	<i>100</i>
No necesita ayuda doméstica	Femenino	11	89	100
	Masculino	30	70	100

$p = .001$ estadísticamente significativa.

FUENTE: "Encuesta sobre Solidaridad Familiar hacia los Adultos Mayores en Monterrey, Nuevo León" (2005).

En torno a los recursos de los adultos mayores, se observa que quienes se ubican en estrato alto y medio alto son quienes reciben apoyo en mayor respuesta a su necesidad de ayuda. La relación que se observa entre la ayuda recibida por los adultos mayores y el tipo de familia donde viven, denota que casi todos los tipos de familia brindan la ayuda de manera total a los dependientes, con excepción sólo de la unidad familiar atípica que muestra ayuda a 86% de los dependientes y los adultos mayores que viven solos, quienes ayudan en 94%. Un aspecto de particular importancia es el incremento de la ayuda recibida en relación con el número de miembros que viven con los adultos mayores; se advierte que, efectivamente, la ayuda se incrementa en proporción a la disponibilidad de mayores

recursos humanos: más personas viviendo con el adulto mayor. En torno a la reciprocidad observada en la ayuda para realizar labores domésticas, se observa que 28% del grupo que recibe ayuda, comenta otorgar ayuda a sus hijos en algún momento después de cumplir 65 años de edad; ello confirma una red de intercambio establecida entre los adultos mayores y sus hijos.

G. La dependencia instrumental

Los adultos mayores que refieren necesitar ayuda de tipo instrumental son menos de la mitad del grupo de estudio (48 de cada 100 entrevistados): más en la población femenina (56%) que en los hombres (43%). La dependencia de este tipo se incrementa conforme aumenta la edad, principalmente a partir de los 85 años. No aparece diferencia significativa en relación con el estrato socioeconómico, pues se observa que en general en todos el número de dependientes aparece alrededor de 50%. El tipo de familia donde vive el adulto mayor que requiere ayuda para sus traslados, citas al médico y otras actividades externas al hogar, es la unidad de coresidencia, donde 67 de cada 100 son dependientes; en la unidad familiar atípica, 6 de cada 10; y en la familia monoparental, 59 de cada 100.

H. La solidaridad de tipo instrumental

La ayuda para realizar actividades fuera de casa como citas al médico, compras, visitas a familiares y otras, es una de las más altas, pues 94 de cada 100 dependientes la recibe; no hay diferencia significativa entre los géneros. Al centrarse en la solidaridad intergeneracional (de hijos a padres), se advierte que 77 de cada 100 dependientes señala recibir la ayuda di-

rectamente de los(as) hijos(as), en cuyo caso sí hay diferencia significativa entre los géneros: 81 de cada 100 mujeres dependientes obtienen ayuda de los(as) hijos(as); 71 de cada 100 varones la reciben. La ayuda se observa sin diferencias respecto de la edad de los adultos mayores.

La relación observada entre el estrato socioeconómico y la solidaridad instrumental es mayor en los estratos altos (alto y medio alto), los cuales la brindan al total de sus dependientes; no obstante, en los estratos bajo y medio bajo sigue siendo muy alta (más de 9 de cada 10 dependientes reciben la ayuda que requieren). Casi todas las familias brindan ayuda, con la única excepción de aquellos que viven solos o en una unidad familiar atípica (hermanos que viven juntos): 9 y 8 de cada 10 dependientes reciben ayuda, respectivamente; ello nos indica que la carencia de ayuda se presenta sobre todo en adultos mayores que no viven con hijos o cónyuge, pues estos últimos son quienes en mayor medida la brindan. En el caso de la ayuda instrumental, no se observa una relación clara entre el número de miembros con que vive el adulto mayor y el nivel de ayuda recibida.

En lo referente a la reciprocidad de ayuda entre los adultos mayores y su(s) hijo(s/as), se advierte que más de la mitad (51%) de los adultos mayores que reciben ayuda de tipo instrumental, han brindado a su vez ayuda a su(s) hijos(as) en algún momento después de cumplir 65 años de edad; ello indica que hay una red de intercambio entre los adultos mayores y su(s) hijos(as).

Cuadro 6
RELACIÓN ENTRE DEPENDENCIA Y SOLIDARIDAD INSTRUMENTAL
SEGÚN SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES, 2005

<i>Relación entre dependencia y solidaridad</i>	<i>Sexo de los adultos mayores</i>	<i>Recibe ayuda instrumental %</i>	<i>No recibe ayuda %</i>	<i>Total %</i>
Necesita ayuda instrumental	Femenino	94	6	100
	Masculino	95	5	100
<i>Total</i>	<i>A. M. dependientes</i>	<i>94</i>	<i>6</i>	<i>100</i>
No necesita ayuda instrumental	Femenino	14	86	100
	Masculino	13	87	100

$p = .847$.

FUENTE: "Encuesta sobre Solidaridad Familiar hacia los Adultos Mayores en Monterrey, Nuevo León" (2005).

I. La dependencia de tipo funcional

En la dependencia funcional se agrupan los casos de adultos mayores con requerimientos de cuidado especial, por lo general a partir del deterioro físico y disfuncionalidad de los adultos mayores; de tal manera que se considera *dependencia funcional* la necesidad de ayuda para caminar, levantarse de la cama, ir al baño, asearse o bañarse, alimentarse o tomar sus medicamentos (o los dos). De tal modo, se observa que 18 de cada 100 adultos mayores del grupo de estudio (adultos mayores con hijos vivos actualmente) presenta algún tipo de dependencia funcional; es mayor la proporción de adultos mayores que tienen sólo una dependencia funcional (9 de cada 100). Al relacionar la dependencia funcional con el sexo, se advierte que ella es mayor en las mujeres: 20 de cada 100 presentan dependencia funcional, mientras que 16 de cada 100 hombres la padecen.

En cuanto al estrato socioeconómico, se advierte que los estratos bajos (bajo y medio bajo) presentan en mayor medida adultos mayores dependientes, lo cual puede estar relacionado con el nivel de vida diferenciado en que se ubican los adultos mayores de acuerdo con los recursos económicos de que disponen. En relación con la edad, se observa que —de acuerdo con lo esperado— la dependencia funcional se incrementa conforme avanza la edad cronológica. El tipo de familia en que vive el adulto mayor con dependencia funcional es principalmente monoparental; de hecho aparece sobre todo en las familias encabezadas por mujer. Le siguen en orden decreciente los adultos mayores que viven en familia extensa y los que viven en unidad familiar atípica (en especial, hermanos viviendo juntos).

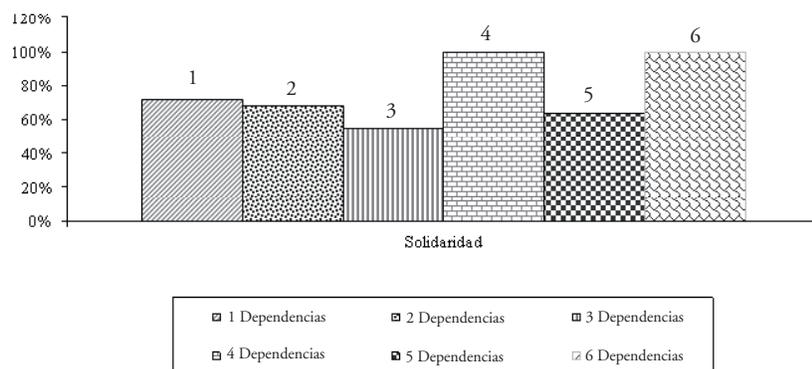
De las necesidades que se agrupan en la dependencia funcional, la que se presenta con mayor frecuencia es la necesidad de ayuda para caminar; le sigue la necesidad de ayuda para tomar medicamentos. Las que aparecen en menor proporción son la necesidad de ayuda para alimentarse, levantarse de la cama e ir al baño. Todas ellas muestran mayor proporción de dependientes mujeres que hombres.

En general, en el grupo de estudio la dependencia funcional se presenta en menor proporción; sin embargo, dicha dependencia plantea dificultades tanto para los adultos mayores como para su familia y las personas que viven con ellos(as), pues demanda mayor compromiso de parte del (los) cuidador(es), así como inversión de mayores recursos, sobre todo de tiempo y cuidados.

J. La solidaridad de tipo funcional

La ayuda recibida por los adultos mayores para cubrir sus necesidades de tipo funcional se observa principalmente en aquellos que presentan 4 y 6 dependencias, por lo cual reciben ayuda en su totalidad; luego se encuentran los que tienen un solo tipo de necesidad: 72% de los dependientes; 68% de quienes tienen dos dependencias la reciben; 64 de cada 100 que la reciben, presentan cinco necesidades a la vez. Finalmente, quienes presentan tres necesidades, reciben ayuda en una proporción de 55 por cada 100 dependientes.

Gráfica 1
AYUDA RECIBIDA SEGÚN EL NÚMERO DE DEPENDENCIAS QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES



De acuerdo con los resultados, se advierte que la solidaridad se incrementa conforme avanza el deterioro de los adultos mayores y requieren de cuidados más especiales. De tal manera, los que necesitan ayuda para alimentarse son quienes obtienen ayuda en mayor proporción (95%); les siguen los que la reciben para levantarse de la cama y tomar medicamentos (90%). En menor proporción, reciben ayuda quienes la necesitan para

bañarse (85%); para ir al baño (75%); y quienes la requieren para caminar (65%). Se puede observar en ello que la relación es inversa a la dependencia, puesto que la última disminuye la proporción conforme se incrementan los cuidados especiales; mientras que la ayuda aumenta conforme se incrementa el deterioro físico de los adultos mayores. Al observar específicamente la ayuda otorgada por los(as) hijos(as) de manera directa, se descubre que ella también aumenta en proporción conforme avanza el deterioro y la edad cronológica de los adultos mayores; las mujeres (madres) la reciben en mayor medida.

VI. PRINCIPALES NECESIDADES DE LOS ADULTOS MAYORES

Luego de revisar los resultados mencionados, podemos deducir que las principales necesidades expresadas por los adultos mayores son las siguientes:

1. La necesidad de ayuda económica —presente en una mayor proporción de adultos mayores que las otras necesidades estudiadas: 72 de cada 100— ocurre en mayor medida en la población femenina; sobre todo en los estratos bajo y medio bajo.

2. La necesidad de ayuda para realizar labores domésticas (presente en 62 de cada 100 adultos mayores del grupo de estudio) aparece —a excepción de las otras necesidades— en mayor medida en la población masculina, especialmente en el estrato alto.

3. La necesidad de ayuda en especie se observa en 61 de cada 100 adultos mayores entrevistados; en mayor medida, en las mujeres y en especial en el estrato medio bajo.

4. La necesidad de ayuda instrumental se aprecia en 48 de cada 100 adultos mayores; en mayor medida en las mujeres,

y se presenta por igual en todos los estratos (la mitad de la proporción en cada estrato).

5. Las necesidades de tipo funcional se observan en menor porcentaje de adultos mayores: 18 de cada 100 entrevistados señalan tener una o más dependencias de este tipo; también aparece en mayor medida en las mujeres, sobre todo en los estratos bajos: bajo y medio bajo.

6. Dentro de las dependencias o necesidades de tipo funcional, las necesidades de ayuda que se presentan en mayor medida son para *a*) caminar (13 de cada 100); *b*) tomar medicamentos (8 de cada 100); *c*) asearse o bañarse (7 de cada 100); *d*) ir al baño (5 de cada 100); *e*) acostarse o levantarse de la cama (5 de cada 100); *f*) tomar sus alimentos (5 de cada 100).

VII. SOLIDARIDAD OBSERVADA HACIA LOS ADULTOS MAYORES

De acuerdo con los resultados de apoyo proporcionado al adulto mayor, pueden enlistarse como aparecen a continuación.

1. *Ayuda funcional para alimentarse*: es la que los dependientes (95 de cada 100) reciben en mayor medida. Aparece en mayor proporción en las mujeres, sobre todo en los estratos altos (alto y medio alto), especialmente de las hijas y de todos(as) los(as) hijos(as); aunque los hombres la obtienen principalmente de su cónyuge. La ayuda brindada de manera específica por los hijos se observa en 69 de cada 100 dependientes; es mayor hacia las mujeres (74 de cada 100), mientras que se brinda a 61 de cada 100 hombres.

2. *Ayuda de tipo instrumental*: es recibida por 94 de cada 100 adultos mayores dependientes. En mayor medida por los hombres, sobre todo en los estratos altos (alto y medio alto); por lo general, proviene de todos(as) los(as) hijos(as), un(a) hijo(a) o

cónyuge (o de los dos). La ayuda recibida de manera específica por los(as) hijos(as) se observa en 77 de cada 100 dependientes. Es mayor hacia las mujeres (madres): 81% de las dependientes; mientras 71% de los hombres (padres) la reciben.

3. *Ayuda funcional para acostarse o levantarse de la cama (o las dos)*: es recibida por 9 de cada 10 dependientes; en mayor medida por las mujeres, especialmente en los estratos altos (alto y medio alto). La ayuda proviene de las hijas, todos(as) los(as) hijos(as) o de otro pariente; los hombres indican como principal ayuda a su cónyuge, a una empleada doméstica o a otro pariente. La solidaridad de los hijos se observa en 61 de cada 100 dependientes: es mayor hacia la madre (7 de cada 10); mientras que en el caso del padre, la reciben 5 de cada 10 dependientes.

4. *Ayuda funcional para tomar medicamentos*: 9 de cada 10 dependientes la reciben, sin diferencias en el género; en mayor proporción en los estratos altos (alto y medio alto). Las mujeres reciben la ayuda de sus hijos(as) u otro pariente; los hombres la obtienen de las hijas, todos(as) los(as) hijos(as) y su cónyuge. La solidaridad de los hijos se presenta en 65 de cada 100 dependientes; es mayor en las mujeres (madres) pues 71 de cada 100 dependientes la reciben; mientras que se proporciona a 55 de cada 100 dependientes varones (padres).

5. *Ayuda para realizar labores domésticas*: 9 de cada 10 dependientes la reciben; sin embargo, se presenta en mayor medida hacia los hombres, sobre todo en los estratos altos (alto y medio alto). El principal apoyo es su cónyuge, las hijas y la empleada doméstica; mientras que las mujeres la obtienen principalmente de la(s) hija(s), la empleada doméstica u otro pariente. La solidaridad de los hijos se observa sólo en 4 de cada 10; es significativamente mayor hacia las mujeres (madres): 51%, mientras que 33% de los hombres (padres) la reciben.

6. *Ayuda funcional para bañarse*: 85 de cada 100 dependientes la obtienen; en igual medida según el género, aunque resulta mayor en los estratos altos (alto y medio alto), pues es proporcionada en mayor medida por la(s) hija(s) o una empleada doméstica. En el caso de los hombres, también señalan al cónyuge y todos(as) los(as) hijos(as). La ayuda recibida directamente por los(as) hijos(as) se presenta en 6 de cada 10 dependientes; es mayor en las mujeres: 65%, mientras se proporciona a 50% de los hombres.

7. *Ayuda de tipo económico*: 8 de cada 10 dependientes la reciben; en mayor medida las mujeres, sobre todo en estratos altos (alto y medio alto), proporcionada por todos(as) los(as) hijos(as). La solidaridad de los(as) hijos(as) se advierte en 75 de cada 100 dependientes, sobre todo hacia las mujeres (madres): 79%; mientras que se brinda a 71% de los hombres.

8. *Ayuda en especie*: 77 de cada 100 la reciben; en mayor medida, mujeres en el estrato alto. La ayuda es recibida por todos(as) los(as) hijos(as) y la(s) hija(s); en el caso de los varones, también el (los) hijo(s). La solidaridad proveniente de los hijos se advierte en 7 de cada 10 dependientes; es igual para ambos sexos.

9. *Ayuda funcional para ir al baño*: 75 de cada 100 dependientes la reciben; en mayor proporción, las mujeres, sobre todo en los estratos altos (alto y medio alto). La ayuda es recibida por lo general de la(s) hija(s), o bien de otro pariente; en tanto quienes carecen de ayuda, señalan recurrir al uso de bastón para apoyarse. La solidaridad de los hijos se observa en 58 de cada 100 dependientes: es mayor en las mujeres (madres) en 67%; 45% de los hombres (padres) la reciben.

10. *Ayuda funcional para caminar*: es la que se recibe en menor medida: 65 de cada 100 dependientes; en mayor medida es proporcionada a las mujeres, sobre todo en el estrato

alto y con el apoyo de su(s) hija(s), todos(as) los(as) hijos(as) y el bastón en aquellos que no reciben ayuda. La solidaridad de los(as) hijos(as) se observa en 44 de cada 100 dependientes; es mayor en las mujeres: 54%, mientras que 29% de los hombres la reciben.

VIII. NECESIDADES AFECTIVAS DE LOS ADULTOS MAYORES Y LA RESPUESTA DE LOS HIJOS

Como parte del intercambio entre los adultos mayores y su(s) hijo(s), un aspecto importante es el interés que éstos muestran hacia las necesidades de aquéllos, especialmente hacia sus necesidades afectivas; se observa que una proporción considerable de adultos mayores sufre la indiferencia y el desinterés de uno o varios de su(s) hijo(s) o hija(s) (o de los dos) hacia sus necesidades. Sin embargo, la mayor proporción de adultos mayores indica que no hay diferencia en el interés mostrado por los hijos hacia sus problemas y necesidades en razón del género, estado civil y cercanía física con él (ella). Un aspecto llama la atención: por lo menos 4 de cada 100 adultos mayores indica que ninguno de su(s) hijo(s) muestra interés en sus problemas y necesidades, situación que al relacionarse con la carencia de ayuda que muestran algunos adultos mayores con dependencia —aunque sea de tipo funcional—, confirma que una proporción de adultos mayores sufre negligencia y/o abandono de parte de sus hijos.

IX. RECIPROCIDAD OBSERVADA EN LA AYUDA RECIBIDA
POR LOS ADULTOS MAYORES Y LA QUE ELLOS MISMOS
OTORGAN A SUS HIJOS

Al revisar si hay intercambio de bienes y servicios entre los adultos mayores y su(s) hijo(s), donde se estudia la relación entre la ayuda recibida por los adultos mayores y la otorgada por él(ella) a su(s) hijo(s), se advierte que los grupos que presentan mayor intercambio de bienes y servicios son los que reciben ayuda de tipo económico, pues 57% de los que reciben ayuda, la han otorgado también a su(s) hijo(s); quienes reciben ayuda en especie, en igual medida; y de los adultos mayores que reciben ayuda de tipo instrumental, 51% la ha otorgado.

En menor medida aparecen quienes reciben ayuda para ir al baño, tomar medicamentos y alimentarse (40% del grupo que la recibe, también la ha otorgado); luego se observan los que obtienen ayuda para bañarse, así como para levantarse de la cama, pues 37% han actuado con reciprocidad. Los que menos la practican son los que obtienen ayuda para caminar y realizar labores domésticas: 28 de cada 100 beneficiados han brindado también dicha ayuda.

Tras observar los datos señalados, podemos inferir que —efectivamente— hay una relación importante entre la ayuda recibida y el hecho de haberla otorgado, lo cual denota un intercambio de servicios entre adultos mayores y sus hijos. La evidencia indica que ello ocurre sobre todo con adultos mayores que reciben ayuda de tipo económico, en especie y de tipo instrumental; asimismo, parece ir en relación con los recursos económicos (estrato de los adultos mayores) que les brindan la posibilidad de participar en dicho intercambio de bienes y servicios. Lo anterior confirma lo planteado desde la teoría del intercambio social.

La situación es diferente en el caso de la ayuda funcional, pues los adultos mayores que reciben ayuda de este tipo han mostrado reciprocidad en una mínima parte. Ante ello podemos señalar que la ayuda funcional parece no estar circunscrita a los recursos y posibilidades de intercambio en los adultos mayores, sino a otros aspectos como la solidaridad de los hijos hacia su(s) padre(s), especialmente hacia la madre; sobre todo conforme el deterioro físico se incrementa, y los cuidados que requieren los adultos mayores se vuelven más especializados, lo cual confirma que se trata de solidaridad intergeneracional.

X. NIVELES DE DEPENDENCIA

En relación con el nivel de dependencia que señalan tener los adultos mayores, se observa que una tercera parte manifiesta tener sólo una dependencia de tipo económico; 28% comenta que además de tener dependencia económica, presenta dependencia instrumental; en tercer lugar están (15%) quienes no tienen ninguna dependencia y los que muestran (15%) todos los tipos de dependencia: económica, instrumental y funcional, como se puede observar en el cuadro 7.

Acorde con lo esperado, la proporción de adultos mayores con dependencia funcional es la menor, lo cual posiblemente se encuentre relacionado con la muestra con la que se aplicó el cuestionario pues una de las limitantes del estudio consistió en que el instrumento fue diseñado para que los adultos mayores respondieran de manera directa, no por un intermediario o informante sustituto, debido a algunas de las preguntas relacionadas con el sentir y pensar de los adultos mayores, lo cual impidió que el cuestionario se aplicara a quienes por incapacidad física o mental estaban incapacitados para responder,

además de aquellos que por encontrarse postrados en cama, su familiar o cuidador no permitió el acceso.

Cuadro 7
NIVELES EN FUNCIÓN DE LOS TIPOS DE DEPENDENCIA, 2005

<i>Niveles</i>	<i>Frecuencias</i>	<i>%</i>
1. Ninguna dependencia	144	15
2. Sólo dependencia instrumental	44	5
3. Sólo dependencia económica	318	33
4. Sólo dependencia funcional	5	0.5
5. Dependencia económica e instrumental	271	28
6. Dependencia económica y funcional	15	2
7. Dependencia funcional e instrumental	11	1
8. Todas las dependencias	141	15

FUENTE: "Encuesta sobre Solidaridad Familiar hacia los Adultos Mayores en Monterrey, Nuevo León" (2005).

XI. NIVELES DE SOLIDARIDAD

En relación con los niveles en que se presenta la solidaridad, los adultos mayores que reciben en mayor medida la ayuda requerida son los que presentan la combinación de dependencia económica e instrumental; les siguen aquellos que manifiestan únicamente dependencia económica. Esto puede observarse en el cuadro 8.

Cuadro 8
NIVELES DE SOLIDARIDAD EN FUNCIÓN DE LOS TIPOS DE AYUDA

<i>Niveles considerados</i>	<i>Frecuencias</i>	<i>%</i>
1. No recibe solidaridad	171	18
2. Sólo recibe ayuda instrumental	91	9.6
3. Sólo recibe ayuda económica	257	27
4. Sólo recibe ayuda funcional	4	0.4
5. Recibe ayuda instrumental y económica	282	30
6. Recibe ayuda instrumental y funcional	12	1
7. Recibe ayuda económica y funcional	10	1
8. Recibe los tres tipos de solidaridad	122	13

FUENTE: "Encuesta sobre Solidaridad Familiar hacia los Adultos Mayores en Monterrey, Nuevo León" (2005).

XII. RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE DEPENDENCIA Y LOS NIVELES DE SOLIDARIDAD

Con el propósito de considerar las diferencias cualitativas presentes en los diferentes tipos de dependencia y la situación de los adultos mayores dependientes, se revisa la relación que hay entre los niveles de dependencia con los niveles de solidaridad observados; ello con la finalidad de lograr un mejor acercamiento al grado de ayuda que reciben los adultos mayores. Dicha relación se puede observar en el cuadro 9.

De tal manera, podemos señalar que la mayor respuesta solidaria se observa en torno a la dependencia instrumental, en la cual la proporción de adultos mayores que recibe ayuda casi duplica la proporción de dependientes; le sigue de modo decreciente el nivel de solidaridad combinada de tipo instru-

Cuadro 9
CRUCE DE NIVELES DE DEPENDENCIA CON NIVELES DE SOLIDARIDAD, 2005

<i>Niveles de dependencia y solidaridad considerados</i>	<i>Adultos mayores con dependencia</i> %	<i>Adultos mayores que reciben ayuda (solidaridad)</i> %	<i>Diferencia</i> %
1. No presenta dependencia, no recibe ayuda	15	18	-3
2. Sólo dependencia o solidaridad de tipo instrumental	5	9.6	+ 5
3. Sólo dependencia o solidaridad de tipo económico	33	27	- 7
4. Sólo dependencia o solidaridad de tipo funcional	0.5	0.4	- 0.1
5. Dependencia y solidaridad tanto instrumental como económica	28	30	+ 2
6. Dependencia y solidaridad tanto instrumental como funcional	1	1	0
7. Dependencia y solidaridad tanto económica como funcional	2	1	- 1
8. Todos los tipos de dependencia y solidaridad	15	13	- 2

FUENTE: "Encuesta sobre Solidaridad Familiar hacia los Adultos Mayores en Monterrey, Nuevo León" (2005).

mental y económica, en el cual una proporción mayor a la de dependientes es la que recibe ayuda. En tercer sitio se observa la combinación solidaridad instrumental-funcional; le sigue la proporción de adultos mayores que recibe ayuda de tipo funcional. En quinto lugar se advierte la proporción de adultos mayores que recibe ayuda económica y funcional (sólo la mitad de los dependientes obtiene ayuda); a ella sigue la proporción de aquellos que no reciben ayuda aun cuando presentan los tres tipos de dependencia: económica, instrumental y funcional.

En séptimo nivel están quienes no obtienen ningún tipo de ayuda: superan en 3% a quienes no presentan dependencia alguna. En el nivel final se encuentran los adultos mayores que obtienen ayuda en cuanto a su dependencia económica.

A partir de tales datos, podemos inferir que al parecer hay una mayor disposición de los hijos a colaborar con los adultos mayores y responder a sus necesidades cuando la dependencia que experimentan es de tipo instrumental, ya se presente sola o en combinación con la económica o la funcional. Tal vez ello sucede porque dicha situación requiere menores recursos de tiempo y menos compromiso por parte de los hijos; mientras que las necesidades de tipo económico —sobre todo cuando se combinan con dependencia de tipo funcional— son cubiertas en menor medida en los adultos mayores. O, en el peor de los casos, no son cubiertas (aunque tal situación sólo ocurre en algunas de las dependencias funcionales).

XIII. A MANERA DE SÍNTEISIS

Tras los resultados observados, podemos concluir que las necesidades de los adultos mayores son primordialmente de tipo económico (económicas y en especie); les siguen las de tipo instrumental y, en menor proporción, las de tipo funcional. Ello nos indica que los requerimientos de ayuda en los adultos mayores refieren principalmente a recursos materiales para solventar sus gastos (alimentos, vestido, atención médica, medicamentos, pago de servicios y otros), lo cual ya ocurre desde los primeros años de esta etapa (65 años en adelante), sobre todo cuando los adultos mayores carecen de ingresos propios o bien consideran insuficientes aquellos de los que dispone: el ingreso o la pensión.

Por lo regular, la dependencia es mayor —con la sola excepción de la de realizar labores domésticas— en la población femenina; ello concuerda con lo esperado si se consideran las características enlistadas en el perfil elaborado en el presente trabajo: las adultas mayores disponen de menores recursos tanto educativos (mayor proporción de analfabetismo y menor escolaridad) como económicos (carencia de ingresos y de pensión; o, en el mejor de los casos, perciben una pensión por viudez, de menor cuantía). También cuentan con menores recursos familiares: por lo general no tienen pareja y viven solas en mayor proporción. Si además se considera que, de acuerdo con la teoría (Wong, 1999), las mujeres en edad avanzada presentan mayor deterioro de su salud física y peores condiciones de salud que los hombres, tal situación las coloca en un estado más vulnerable no sólo en cuanto a lo económico y lo educativo, sino también en lo referente a requerimientos de cuidados especiales cuando comienzan a perder funcionalidad.

Llaman la atención algunos aspectos: *a)* la dependencia en casi todos los tipos muestra incremento conforme avanza la edad de los adultos mayores; *b)* la situación familiar en que viven los adultos mayores presenta ciertas constantes: los dependientes viven sobre todo en familias de tipo monoparental (principalmente encabezadas por mujer), de tipo extenso, compuestas y —en menor medida— en unidad familiar atípica (hermanos que viven juntos), solos o en pareja; *c)* el estrato socioeconómico difiere en relación con el tipo de dependencia. Se observa que las dependencias económicas: económica y en especie —al igual que la dependencia funcional para caminar— predominan en los estratos bajos. Por el contrario, los adultos mayores con dependencia funcional para acostarse o levantarse de su cama, quienes necesitan ayuda para alimen-

tarse y aquellos que la requieren para realizar labores domésticas, se encuentran en mayor medida en estratos altos.

Por lo regular, los adultos mayores que viven solos o en pareja, mantienen cierto nivel de independencia y muestran necesidades sobre todo de tipo económico e instrumental. En cuanto al estrato, el hecho de que las dependencias económicas se presenten en mayor medida en los estratos bajos, se relaciona con que en ellos los adultos mayores cuentan con menores recursos; mientras que la dependencia de cuidados especiales en estratos altos puede ir de la mano del hecho de que en ellos los adultos mayores sobreviven con más facilidad a su dependencia de tipo funcional y presentan mayor longevidad tanto por su estilo de vida anterior como por haber observado hábitos de alimentación más saludables.

A. Sobre los principales problemas de los adultos mayores

Los adultos mayores hacen frente a dificultades y problemas relacionados; por un lado, su situación económica (carencia de pensión o pensión insuficiente) y educativa: analfabetismo, baja escolaridad, carencia de un oficio o profesión; por otro, ocasionalmente hacen frente a dificultades que surgen en sus relaciones familiares (indiferencia de los hijos ante sus problemas y requerimientos), las cuales van repercutiendo en la manera como resuelven sus principales necesidades.

En los problemas y dificultades a los que hacen frente, se advierten marcadas diferencias entre los géneros: las mujeres viven por lo regular solas o en familia monoparental; presentan mayores tasas de analfabetismo; disponen en menor proporción de una pensión económica y —cuando cuentan con ella— por lo general es de menor cuantía tras obtenerla por viudez: 90% del monto que percibía su cónyuge. Además,

una mayor proporción de ellas son solteras, no tuvieron hijos o bien sobreviven a los mismos. Los hombres, en cambio, viven por lo general en familia nuclear o bien con su pareja; perciben pensión por jubilación y presentan dependencia en menor medida que las mujeres, aunque también reciben en menor medida la ayuda, sobre todo la que proviene directamente de los(as) hijos(as).

Algo preocupante: una proporción (aunque pequeña) de adultos mayores no sólo sufren el desinterés e indiferencia de alguno de sus hijos, sino que incluso viven en completo abandono de ellos; además, pese a padecer una o varias dependencias de tipo funcional, no reciben ayuda. Esta situación resulta grave, sobre todo cuando se advierte que ella ocurre por lo regular en los estratos más bajos de la población, en los cuales los adultos mayores carecen de recursos para solventar sus necesidades.

B. La ayuda recibida por los adultos mayores

Los adultos mayores que en mayor medida reciben ayuda son los que necesitan cuidados especiales (ayuda funcional para alimentarse, levantarse de la cama y tomar medicamentos), así como la ayuda instrumental y para realizar labores domésticas. También reciben ayuda de manera significativa quienes muestran dependencia de otros para bañarse, así como la de tipo económico; mientras que los adultos mayores con menor recepción de ayuda son los dependientes en especie, al igual que quienes dependen de otros para ir al baño y para caminar.

Las evidencias señaladas denotan que la ayuda recibida por los adultos mayores se incrementa conforme avanza el deterioro y la edad, por lo que requieren de cuidados espe-

ciales. Asimismo, llama la atención que la ayuda proveniente de los(as) hijos(as) se brinde en mayor medida a la madre, lo cual posiblemente está relacionado con el aspecto sociocultural en el cual el papel de ella, cercano a los hijos, le permite recibir mayor respuesta (Lamas, 1996). También es probable que en lo anterior influya la situación de mayor vulnerabilidad en la mujer, por lo cual depende en mayor medida de los hijos. Otro aspecto que puede estar influyendo es la presencia de recursos directos en la madre (cuidado de nietos, elaboración de alimentos, actividades domésticas) que le permiten establecer un intercambio en su relación con los(as) hijos(as), además del trabajo previo que realizó de cuidados y atenciones hacia ellos.

Llama la atención la relación entre recibir mayor ayuda y el hecho de pertenecer a estratos socioeconómicos altos, lo cual indica una relación directa con los recursos de los adultos mayores y su familia como factores determinantes en la recepción de ayuda. Hay dos aspectos por considerar: el primero, que los cuidadores dispongan de mayores recursos para poder brindar la ayuda necesaria a los adultos mayores y dichos recursos son mayores en los estratos altos; el segundo se refiere a los recursos disponibles de los adultos mayores para mantener un intercambio recíproco de beneficios, principalmente con su(s) hijo(s), lo cual incrementa sus posibilidades de obtener ayuda para cubrir sus necesidades.

Un aspecto de suma importancia es con quién viven los adultos mayores. Las familias que más apoyo muestran al adulto mayor son la de tipo monoparental (especialmente la encabezada por mujer), la compuesta, la extensa, la unidad familiar atípica (hermanos viviendo juntos) y la nuclear. Sin embargo, tal situación parece ir de la mano con el número de miembros que viven con los adultos mayores, pues la ayuda se incrementa al aumentar el número de miembros en el hogar,

por lo que los posibles cuidadores aumentan. No obstante, se advierte también que hay una proporción de adultos mayores que carece de ayuda, aun cuando vivan en compañía de una familia; sobre todo pese a que presenten deterioro físico y necesidades de cuidados especiales. Ello nos indica que algunas veces la familia no alcanza a dar respuesta a las necesidades de ayuda de los adultos mayores, y que el hecho de tener hijos(as) no les garantiza recibir los cuidados que requieren cuando su dependencia se incrementa.

C. Relación entre nivel de dependencia y nivel de solidaridad

En tal relación, podemos observar que la ayuda que se brinda en mayor proporción a los adultos mayores es sólo la de tipo instrumental, lo cual señala que los hijos parecen estar más dispuestos a brindar la ayuda que representa una menor inversión de recursos: tiempo, dinero y compromiso, pues la frecuencia con la que los adultos mayores necesitan este tipo de ayuda no es tan continuo como pudieran ser los cuidados especiales de tipo funcional, o incluso los requerimientos de ayuda económica y en especie.

Un aspecto importante es la ayuda otorgada directamente por los(as) hijos(as), entre las que destacan la de tipo instrumental, así como de tipo económico y en especie; además, aun cuando la ayuda de tipo funcional se brinda por los(as) hijos(as) en menor proporción, aparece sobre todo hacia las mujeres (quienes demandan en mayor medida cuidados especiales) y se incrementa en relación directa cuanto más evidente sea el deterioro de los adultos mayores (principalmente, el de la madre). De tal modo, la ayuda brindada por los(as) hijos(as) aumenta con la dependencia de cuidados especiales: ayuda para alimentarse, tomar medicamentos y levantarse de la cama.

Otro aspecto que resalta es la carencia de ayuda, la cual —de acuerdo con la relación entre los niveles de dependencia y los de solidaridad— señala que 12 de cada 100 adultos mayores dependientes se queda sin recibir ayuda para cubrir sus necesidades, lo cual equivale a un total de 117 adultos mayores en el grupo de estudio, quienes —aun cuando presentan dependencia de uno o más tipos— no obtienen respuesta para sus necesidades, pese a tener hijos vivos. Esto nos confirma que no hay garantía de que los adultos mayores que padezcan un alto nivel de dependencia, recibirán la ayuda requerida al incrementarse su deterioro físico.

D. El intercambio social y la solidaridad familiar

De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos señalar que hay una proporción importante de adultos mayores que reciben ayuda de parte de su(s) hijo(s), pero que —a su vez— han brindado ayuda a los mismos después de cumplir 65 años. Se advierte una clara correspondencia entre ambas; de tal modo, los adultos mayores que reciben ayuda de los hijos (económica, en especie e instrumental) en mayor medida, son también quienes han otorgado en mayor medida ayuda a sus hijos. Ello nos habla de un intercambio de bienes, servicios, cuidados y afectos entre los adultos mayores y su(s) hijo(s), lo cual se confirma al observar que la ayuda se incrementa en los estratos altos, pues ello indica la clara correspondencia con la posibilidad de los adultos mayores de participar en un intercambio con los(as) hijos(as), lo cual conviene con la teoría del intercambio social.

Por otro lado, también hay una proporción importante del grupo de estudio que recibe ayuda para cubrir su necesidad, aun cuando no sea recíproca y más aún cuando no se tienen

posibilidades de participar en un intercambio, por disponer de recursos económicos escasos, además de presentar deterioro físico que lleva a la dependencia de tipo funcional. Podemos señalar que dicha ayuda se circunscribe a la responsabilidad social de los(as) hijos(as), lo cual nos habla de que los adultos mayores cuentan con una clara solidaridad de parte de su(s) hijo(s); ello confirma la presencia de solidaridad intergeneracional.

En suma, podemos concluir que las necesidades de los adultos mayores estudiados son múltiples y diversas, además de que se conjuntan con características sociodemográficas que varían de acuerdo con el sexo, el estrato socioeconómico y el tipo de familia en que viven, las cuales en ocasiones complican la situación de dependencia y deterioro en los adultos mayores. Podemos afirmar, entonces, que las necesidades de los adultos mayores están relacionadas con aspectos tanto macroestructurales: transición sociodemográfica de la población, transición epidemiológica, seguridad social, estrato socioeconómico al que pertenecen los adultos mayores, como de tipo microsociales: edad, nivel de funcionalidad e independencia, número y parentesco de personas con quienes viven, relaciones establecidas en su historia familiar.

Asimismo, podemos señalar que si bien la familia —sobre todo los(as) hijos(as)— es el principal apoyo que los adultos mayores tienen para cubrir sus necesidades y carencias (y que una buena parte de dichas familias parece estar realizando un esfuerzo por apoyarlos), también es cierto que el hecho de tener hijos e incluso vivir en familia, no garantiza a los adultos mayores poder contar con la ayuda necesaria cuando su dependencia se incrementa y por lo tanto demanda de más recursos materiales y de tiempo para su atención. Ello indica que las transformaciones familiares ocurridas en las últimas

décadas pueden estar generando dificultades al interior de las relaciones transgeneracionales.

CONCLUSIONES

Es importante considerar que el envejecimiento poblacional en México presenta características muy particulares: aumento en números absolutos y porcentuales de adultos mayores de manera vertiginosa, insuficiente cobertura de seguridad social para ellos, monto insuficiente en pensiones de retiro y viudez, que traen consigo graves dificultades para la atención que pudieran recibir, por lo cual gran parte de la responsabilidad de dicha atención se dirige hacia la familia. Sin embargo, ésta hace frente a una visible transformación tanto en su estructura como institución social (disminución del número de miembros, cambios en roles y funciones) como en su interior (papeles de la mujer y de los niños, importancia de la pareja) que contrasta en ocasiones con las demandas de atención y recursos de los abuelos. Ello ahonda los conflictos y dificultades a los que se hace frente para lograr los ajustes y modificaciones necesarios.

En los hallazgos del presente estudio, debemos reconocer el esfuerzo que hacen las familias por atender las necesidades y demandas de los adultos mayores, independientemente de que surja como modo de intercambio intergeneracional de bienes y servicios, sobre todo entre adultos mayores e hijos; o bien como respuesta solidaria (responsabilidad social) hacia los adultos mayores cuando —al incrementarse su dependencia— éstos muestran vulnerabilidad, sobre todo la de tipo funcional.

La situación señalada es más apremiante si consideramos que, en las próximas décadas (hacia 2030), elevados contingentes de población llegarán a la edad de “adultos mayores”

(Partida Bush, 2005): tras representar poco más de 7% de la población total, pasarán a integrar 28% (Ham Chande, 2003). Este fenómeno acarrea fuertes repercusiones de relevancia social, económica y política en México, debido —por un lado— a la mayor carga económica que la población económicamente activa ejercerá respecto de la población en edades dependientes, y —por otro— dados los retos que el envejecimiento poblacional plantea, especialmente en lo referente a las necesidades de salud de la población (donde aún se observa un rezago importante de atención), a pesar de los esfuerzos por brindar alternativas, como el seguro popular que se ofrece a los no derechohabientes de la seguridad social.

Un aspecto relevante: las características del envejecimiento poblacional en México presentan una situación promedio que —sin embargo— aparece con distintas facetas en las distintas regiones y entidades del país, las cuales presentan rasgos específicos que las distinguen de las demás regiones (Castillo Fernández, y Vela Peón, 2005). En el caso de Nuevo León (considerado por Tuirán, Partida Bush, y Aguilar, 2001) como entidad en etapa de transición muy avanzada por mantener bajas tasas tanto de fecundidad como de mortalidad (por debajo del promedio nacional), se presenta un alto contingente de población que en las próximas décadas llegará a los 65 años con menores porcentajes de cobertura en seguridad social que la generación actual de adultos mayores (según cifras oficiales: INEGI, 2004).

Tal situación (aunada a una mayor esperanza de vida que la nacional) nos lleva a predecir incrementos en la población de adultos mayores en Nuevo León; no sólo en la llamada “tercera edad” (menores de 80 años), sino también en la etapa considerada como “cuarta edad” (mayores de 80 años), en las próximas décadas.

Podemos concluir que en los años por venir haremos frente a un incremento en las demandas de recursos y atención; atención tanto para los cada vez más numerosos adultos mayores, como para las familias que deban brindar atención a uno o más de ellos con un menor número de hijos (dada la disminución de la fecundidad), y con menores recursos para responder a las necesidades de sus miembros; entre ellas, las de los adultos mayores. Los(as) hijos(as) tendrán, al igual que la carga de atender a su(s) familiar(es) adulto(s) mayor(es), la de apoyar a su(s) hijo(s) durante más años y —al mismo tiempo— generar recursos para su propia vejez.

Es importante que desde el momento actual se diseñen políticas sociales y programas específicos de atención al adulto mayor que carezca de apoyo; deberán ser dirigidos principalmente a los que viven en pareja o solos; sobre todo en los estratos bajos y cuando presentan deterioro físico. Resulta imprescindible, además, que dichos programas ofrezcan servicios y apoyos diferenciados de acuerdo con el género y la situación (tipo y nivel de dependencia) de los adultos mayores. Igualmente importante, deben elaborarse políticas y programas dirigidos a las familias que entre sus miembros cuentan con uno o más adultos mayores para su atención; también a los que conviven con hijos solteros y que sólo requieren de apoyos específicos que faciliten la recepción de apoyo por parte de su familia.

No menos importante resulta que se prosiga realizando investigación en torno al tema; que se profundice en aspectos que quedan poco claros: ¿Cuáles son las principales dificultades y conflictos a que hacen frente las familias que atienden a un adulto mayor? ¿Cuáles son los factores que influyen en el desinterés de algún(os) de los(as) hijos(as) en las necesidades de los adultos mayores? ¿Quiénes son los(as) hijos(as) que ayudan

más al adulto mayor: aquellos que han recibido ayuda o los que no la han recibido?

Estas y otras preguntas surgen al finalizar el presente estudio, de tal modo que señalan la necesidad de seguir invirtiendo recursos en la investigación, que permitan complementar los datos descriptivos con explicaciones de tipo cualitativo que arrojen luz acerca de las relaciones entre los distintos aspectos del envejecimiento; principalmente, de la situación que viven de manera específica los adultos mayores en la región. Ello permitirá realizar acercamientos cada vez más concretos y enriquecedores que clarifiquen en mayor medida los parámetros y lineamientos que han de seguirse en la política social dirigida a los adultos mayores y su familia.

REFERENCIAS

- ARANGUREN GONZALO, Luis A. “Ser solidario, más que una moda”. En *La cuestión social* 7, núm. 4 (diciembre, 1999-febrero, 2000): 349-366. México: Asociación Mexicana de Promoción y Cultura Social.
- ARIZA, Marina, y Orlandina de Oliveira. 2001. “Cambios y continuidades del trabajo, la familia y la condición de las mujeres”. En *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*, coordinado por Elena Urrutia, 43-86. México: El Colegio de México-Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.
- _____. 2004. “Universo familiar y procesos demográficos”. En *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, coordinado por Marina Ariza, y Orlandina de Oliveira, 9-29. Colección México: Escenario del Nuevo Siglo. Vol. III. México:

Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales.

BARG, Liliana. 2003. *Los vínculos familiares: reflexiones desde la práctica profesional*. Buenos Aires: Editorial Espacio.

BURY, Mike. 1996. "Envejecimiento, género y teoría sociológica". En *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*, compilado por Sara Arber, y Jay Ginn, 35-54. Madrid: Narcea, S. A. de Ediciones.

CASTILLO FERNÁNDEZ, Dídimo, y Fortino Vela Peón. "Envejecimiento demográfico en México. Evaluación de los datos censales por edad y sexo, 1970-2000". *Papeles de Población* 11, núm. 45 (julio-septiembre, 2005): 107-141. Universidad Autónoma del Estado de México-Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población.

DURKHEIM, Émile. 1967. *La división social del trabajo*. México: Colofón.

FERICGLA, Josep Maria. 2002a. "Relaciones sociales en la cultura de la ancianidad". En *Envejecer: una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos. Editorial del Hombre.

_____. 2002b. *Envejecer: una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Ediciones Herder.

GIDDENS, Anthony. 2001. *La tercera vía: la renovación de la socialdemocracia*. Colección Taurus Pensamiento. México: Editorial Taurus.

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

HIDALGO GONZÁLEZ, Jorge G. 2001. *El envejecimiento: aspectos sociales*. San José de Costa Rica: Ediciones de la Universidad de Costa Rica.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. 2000. “Indicadores de Hogares y Familias por Entidad Federativa”. Aguascalientes, Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.

____. “XII Censo General de Población y Vivienda, 2001”. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en línea: <<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/med.asp>> [Consulta: 6 de marzo, 2004].

KALISH, Richard A. 1996. *La vejez: perspectivas sobre el desarrollo humano*. Colección Psicología. Madrid: Pirámide Ediciones.

LAFORREST, Jacques. 2002. *Introducción a la gerontología: el arte de envejecer*. Barcelona: Editorial Herder.

LAMAS, Martha, comp. 1996. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Colección Las Ciencias Sociales. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Programa Universitario de Estudios de Género/Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.

LÓPEZ BARAJAS, María de la Paz, y Haydea Izazola Conde. 1994. *El perfil censal de los hogares y las familias en México*. Vol. 9. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud/Universidad Nacional Autónoma de México.

MOTA LÓPEZ, Rosalía. 2000. “Las consecuencias sociales y familiares del envejecimiento”. En *Mayores y familia*, com-

pilado por María Salomé Adroher Biosca, 131-155. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

MUSITU OCHOA, Gonzalo. 2000. "Las redes de apoyo social en la persona mayor". En *Políticas sociales para las personas mayores en el próximo siglo (Actas del Congreso Murcia, 10-12 de noviembre de 1999)*, compilado por Manuel Enrique Medina Tornero, y María Jesús Ruiz Luna, 61-86. Barcelona: Universidad de Murcia-Servicio de Publicaciones.

PARTIDA BUSH, Virgilio. 2005. "La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México". *Papeles de Población* 11, núm. 45 (julio-septiembre, 2005): 9-27. Nueva Época. Universidad Autónoma del Estado de México-Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población.

RIBEIRO FERREIRA, Manuel. 2000. *Familia y política social*. Colección Política, Servicios, y Trabajo Social. México: Editorial Lumen Humanitas.

_____. 2004. *Hacia una política social de la familia*. México: Senado de la República.

_____. 2006. "Conciliación entre el trabajo y la familia. Participación de los varones en la vida doméstica". En *Tópicos selectos en políticas de bienestar social*. Tomo 1: *Grupos vulnerables, juventud, género y salud*, compilado por Manuel Ribeiro Ferreira, y Raúl Eduardo López Estrada, 179-193. Colección Ciencias Políticas. México: Universidad Autónoma de Nuevo León-Facultad de Trabajo Social/Ediciones Guernika.

RISO, Silvia J. de. 2001. "Familia y crisis en el fin de siglo: permanencia y cambio". En *La familia en los albores del nuevo milenio: reflexiones interdisciplinarias. Un aporte al trabajo*

- social*, compilado por Eloísa de Jong, Raquel Basso, y Marisa Paira, 71-82. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- RITZER, George. 2001. *Teoría sociológica clásica*. 3a. ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- ROMERO CENTENO, Margarita. 2004. "Demografía de la vejez". En *Vida plena en la vejez: un enfoque multidisciplinario*, compilado por Nélide Asili, 2-18. México: Editorial Pax, Librería Carlos Cesarman.
- RORTY, Richard. 1991. *Contingencia, ironía y solidaridad*. Paidós Básica. Barcelona: Paidós Ibérica.
- SCHEAFFER, Richard L.; William Mendenhall III; y R. Lyman Ott. 2007. *Elementos del muestreo*. 6a. ed. Madrid: Thomson Editores/Paraninfo.
- SCOTT, Anne, y G. Clare Wenger. 1996. "Género y redes de apoyo social en la vejez". En *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*, compilado por Sara Arber, y Jay Ginn, 221-240. Madrid: Narcea S. A. de Ediciones.
- SEBASTIÁN, Luis de. 1996. *La solidaridad*. Barcelona: Editorial Ariel.
- TAMEZ VALDEZ, Blanca Mirthala. 2008. *La solidaridad familiar hacia los adultos mayores en Monterrey, Nuevo León*. Serie Investigaciones. Nuevo León, Monterrey: Gobierno del Estado de Nuevo León/Instituto Estatal de las Mujeres.
- TUIRÁN, Rodolfo; Virgilio Partida Bush; y Elba Aguilar, coords. 2001. *La situación demográfica de México*. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en línea: <http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=291&Itemid=15>.

WONG, Rebeca. 1999. “Transferencias intrafamiliares e inter-generacionales en México”. En *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades*, 145-169. México: Comisión de Población y Desarrollo/Consejo Nacional de Población/Cámara de Diputados-H. Congreso de la Unión. Disponible en línea: <<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/Otras/Otras2/PDF/envejeci.pdf>> [Consulta: 20 de marzo, 2003].

Capítulo 5

El maltrato hacia las personas adultas mayores: la realidad del Distrito Federal

Martha Liliana Giraldo Rodríguez

INTRODUCCIÓN

Las investigaciones de las últimas décadas que abordan el tema de la violencia y del maltrato intrafamiliar se han enfocado principalmente sobre el que se ejerce contra niños y niñas, así como el de la violencia hacia la mujer. El maltrato infligido a personas adultas mayores resulta un problema social con graves consecuencias para quien lo vive. Se trata de un tema de interés reciente que ha tenido avances importantes en países como el Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y algunos otros países de Europa. En un contexto como el de América Latina y el Caribe, el tema del maltrato a personas mayores cobra importancia cuando se anuncia que en los próximos decenios habrá un enorme incremento en la población de este grupo de edad, y que el proceso de envejecimiento de la población se produce con mayor rapidez de lo que ocurrió históricamente en los países desarrollados.

El maltrato a personas adultas mayores, es entendido como “[...] la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana”. Puede ser de varios tipos: físico, psico-

lógico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional u omisión (Organización Mundial de la Salud, Universidad de Toronto y de Ryerson/International Network for the Prevention of Elder Abuse, 2002). Sin duda se trata de un problema desconocido que no puede seguir ignorándose, pues acarrea graves consecuencias psicológicas, médicas, sociales y jurídicas en nuestra sociedad en general, al igual que efectos en las condiciones tanto de salud como de bienestar en dicho grupo de la población.

En la investigación del maltrato se han utilizado diferentes marcos teóricos. Sin embargo, no hay consenso sobre las explicaciones teóricas de por qué ocurre el maltrato en las personas adultas mayores ni sobre los factores que lo desencadenan. Teorías como la del aprendizaje social o la de la violencia transgeneracional, el cansancio (estrés = tensión) del cuidador, el aislamiento, la dependencia, la psicopatología del maltratador, y la feminista —entre otras— han sido apoyadas por diversos autores (Coyne, Reichman, y Berbig, 1993; Lachs y Fulmer, 1993; Wolf, 1999; Hirsch, Stratton y Loewy, 1999; Hoban, 2000).

De manera reciente, el maltrato ha sido concebido como un problema complejo que implica nuevas herramientas analíticas para avanzar en su comprensión; desde esta óptica, se han empleado marcos explicativos más amplios (como el modelo ecológico de Bronfenbrenner), al igual que posicionamientos críticos de las visiones reduccionistas que absolutizan el sentido del maltrato en particular y de la violencia en general, considerándola como un proceso a-histórico, por encima de las conciencias y de la sociedad.

Tal diversidad de teorías explicativas del maltrato no puede verse de modo aislado; seguramente en cada caso de maltrato a la persona adulta mayor se hallará una conjunción más o me-

nos variada de estas diferentes causas; por tanto, la detección de una o varias de ellas nos permitirá mantenernos alerta ante la posibilidad de la existencia o riesgo de maltrato (Bover Bover, Moreno Sancho, Mota Magaña, y Taltavull Aparicio, 2003).

Lo diáfano es que el maltrato ejercido sobre personas adultas mayores constituye un problema oculto, con frecuencia envuelto en el secreto de la familia, lo cual crea dificultades en la investigación de este tipo de violencia. Recientemente surge la necesidad de investigar las condiciones en que se encuentra dicho grupo de la población y las situaciones que violan sus derechos, de modo de poner en evidencia problemas que tiende a creerse que no existen o que no son tan graves. El presente capítulo tiene como objetivo analizar el fenómeno del maltrato a personas adultas mayores que viven en la Ciudad de México; pone de manifiesto la conexión entre edad, género y maltrato, para determinar su prevalencia, sus manifestaciones, así como a quienes lo infligen: los “responsables”.¹ En esta medida, la intención de la investigación —además de dar visibilidad al problema— es contribuir con información para diseñar medidas preventivas que permitan evitar que el maltrato se presente en la vejez.

En el presente estudio se considera entonces que analizar el fenómeno del maltrato a personas adultas mayores desde una perspectiva de género, permite averiguar si las inequidades prevalecientes en el nivel social y familiar que se manifiestan en este grupo de la población, incrementan las posibilidades de maltrato tanto a las personas adultas mayores en general como a las mujeres en particular. En la medida en que las relaciones de género son relaciones de poder, se pretende analizar

¹ En el presente trabajo se entiende por “responsable” al que ejerce maltrato a una persona adulta mayor.

la interacción entre las personas adultas mayores con diversas personas que son familiares o que no lo son, y la manera como el género permite descubrir manifestaciones de poder que propician los malos tratos. Según Papadopoulos y La Fontaine (2000), la teoría feminista explica el maltrato en función del desequilibrio de poder dentro de las relaciones.

El presente capítulo tiene por objetivo mostrar analíticamente los principales resultados de la primera “Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal” (EMPAM-DF), realizada en 2006.

Para su presentación, el presente capítulo se encuentra dividido de la siguiente manera: en la primera parte, se expone una breve semblanza de la EMPAM-DF (Giraldo Rodríguez, 2006b). Posteriormente se presentan los principales resultados del estudio: el indicador sobre el porcentaje general y de los subtipos del maltrato reportado por la población en el último año previo a la aplicación de la encuesta, así como el porcentaje del maltrato institucional; después se hace una descripción de las características generales de las personas que sufrieron maltrato. Las variables analizadas fueron edad, estado civil, escolaridad y condición de actividad. Por último, se aborda lo relacionado con quienes infligen el maltrato a personas adultas mayores, a saber: familiares, amigos, vecinos y cuidadores.

I. BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EMPAM-DF, 2006

Debido a la ausencia tanto de investigaciones como de datos que den cuenta del problema del maltrato que padecen las personas adultas mayores en la población mexicana, se elaboró la primera EMPAM-DF, cuyo objetivo principal era generar información sobre la dimensión, caracterización y prevalencia de los malos tratos hacia este grupo de la población. De un total de

859 438 adultos mayores (360 452 hombres y 498 986 mujeres) residentes en 16 delegaciones y 2 368 Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEBS), se diseñó una muestra probabilística con un esquema de muestreo en dos etapas y por conglomerados. El tamaño de la muestra se calculó considerando que no se conocía la variable de interés que era la proporción de personas mayores que sufrían maltrato; asimismo, se consideró un error absoluto de 0.04, dando como resultado un tamaño de muestra igual a 626 personas con 60 y más años de edad que vivían en la Ciudad de México. El cuestionario, compuesto por ocho secciones, permitió recabar información sobre situaciones de malos tratos en los últimos 12 meses.

II. IMPACTO DEL MALTRATO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DEL DISTRITO FEDERAL

La encuesta sobre malos tratos a personas adultas mayores [EMPAM-DF] (Giraldo Rodríguez, 2006b) mostró que 16% de la población mayor de 60 años sufrió maltrato en los 12 meses previos a la encuesta. En concreto, las cifras del tipo de maltrato fueron las siguientes: 12.7%, psicológico; 3.9%, económico; 3.7%, físico; 3.5%, negligencia y abandono; y 1%, abuso sexual.

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, son éstas las que se encuentran más afectadas por el problema, pues 18.4% de las que viven en el Distrito Federal han sufrido maltrato; en contraste, en los hombres la cifra es de 12%. No obstante, al distinguir entre los diferentes tipos de maltrato, se aprecian diferencias significativas en cuanto al sexo de las personas adultas mayores y el maltrato psicológico, económico y sexual (cuadro 1).

CUADRO 1
 PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR SEXO,
 SEGÚN TIPO DE MALTRATO SUFRIDO. DISTRITO FEDERAL, 2006

	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Total</i>	<i>Significación*</i>
Maltrato	12.0	18.4	16.0	0.004
Psicológico	9.1	15.1	12.7	0.004
Económico	2.3	4.9	3.9	0.031
Físico	3.7	3.7	3.7	0.569
Negligencia	2.6	4.0	3.5	0.161
Sexual	0.4	1.3	0.9	0.047

FUENTE: EMPAM-DF (2006b).

* Para ver diferencias estadísticamente significativas, se utilizó la prueba de la chi cuadrada, la cual se emplea cuando deseamos apreciar si unas frecuencias obtenidas empíricamente difieren de manera significativa o no de las que se esperarían bajo cierto conjunto de supuestos teóricos. El nivel de significación con el que se trabajó es $p < .005$.

Un aspecto importante para tener en cuenta en el análisis de este fenómeno, es que no siempre ocurre un solo tipo de maltrato, sino que en ocasiones aparecen más de uno a la vez. Tanto es así que del total de personas que sufrieron maltrato, 61.0% señaló uno de los cinco tipos; 27.0%, dos diferentes tipos de maltrato; 10.0% declaró haber sufrido tres; y 2.0% de las personas refirieron haber sufrido cuatro diferentes tipos de maltrato en el último año.

En el caso de los hombres, 65.6% declaró un solo tipo de maltrato; 23.7%, dos; y 10.7% manifestó haber sufrido más de tres diferentes tipos de maltrato. En el caso de las mujeres, presentan mayor posibilidad de sufrir más de un tipo de maltrato: según los datos, 58.7% dijo haber sufrido un solo tipo de maltrato; 27.1%, dos tipos; 14.2%, hasta tres y cuatro diferentes tipos de maltrato.

A. Maltrato institucional

Se entiende por “maltrato institucional” los malos tratos que reciben las personas mayores en los establecimientos de atención permanente: hogares de ancianos, establecimientos de atención residencial, instituciones de salud: hospitales, clínicas y centros de atención ambulatoria. Se reconoce que son varias las personas que pueden infligir malos tratos; por ejemplo, un miembro del personal asalariado (Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud, 2003). En la medida en que el presente estudio incluyó a personas que se encontraban en el ámbito comunitario, sólo se indagó por los malos tratos que recibieron en instituciones de salud, sociales u otras públicas o privadas. La EMPAM-DF captó someramente la problemática a la que hacen frente las personas adultas mayores cuando acuden a una institución para recibir cualquier tipo de servicios; ello con el fin de averiguar si han sido maltratadas en alguna institución pública o privada.

Cuadro 2
PORCENTAJE DE PERSONAS ADULTAS MAYORES
CON AL MENOS UN INCIDENTE DE MALTRATO INSTITUCIONAL
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. DISTRITO FEDERAL, 2006

	<i>¿Ha recibido algún tipo de maltrato en instituciones de salud (IMSS, Issste, . . .)?</i>			<i>¿Ha recibido algún tipo de maltrato en instituciones públicas?</i>			<i>¿Ha recibido algún tipo de maltrato en otra institución pública o privada?</i>		
	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Total</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Total</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Total</i>
Sí	15.3	15.1	15.2	1.6	1.3	1.5	1.1	1.3	1.1
No	84.7	84.9	84.8	98.4	98.7	98.5	98.9	98.7	98.9
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: EMPAM-DF (2006b).

Con base en los datos, se encontró que de todas las instituciones públicas y privadas a las que acuden las personas adultas mayores para recibir algún tipo de servicio, las públicas de salud fueron las más mencionadas en cuanto al auto-reporte de maltrato (cuadro 2). A diferencia del maltrato que las personas adultas mayores reciben en su hogar o fuera de él, el maltrato institucional afecta de igual modo a hombres y a mujeres. La falta de respeto y la atención inadecuada por parte de trabajadores hacia tal grupo de la población, son acciones de mala actitud social que contribuyen a la existencia de este gran problema social, a veces denominado “discriminación por edad”. Dicha cuestión plantea algunas preguntas interesantes sobre la capacidad de los trabajadores en general y de los sanitarios en particular para estar sensibilizados y capacitados en cuanto a brindar un buen trato a personas adultas mayores.

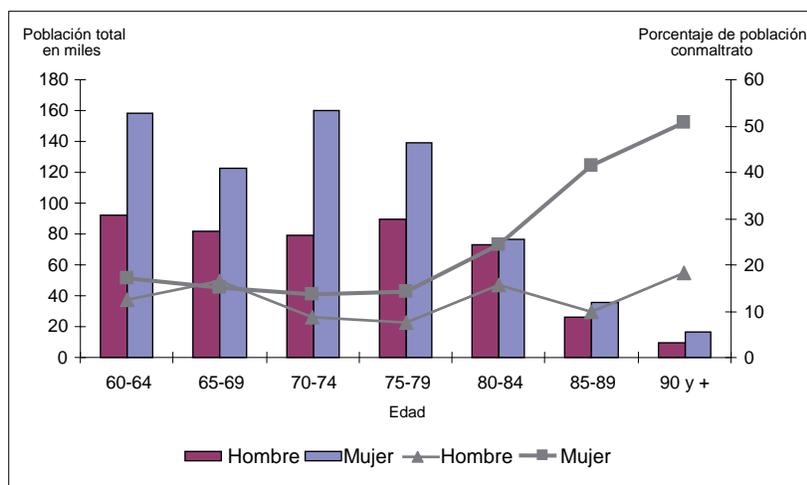
III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS QUE SUFRIERON MALTRATO

A. Edad

Con la EMPAM-DF se encontró que el maltrato se incrementa conforme aumenta la edad, situación que se hace más evidente en el caso de las mujeres (gráfica 1). El proceso de envejecimiento va acompañado de dos grandes etapas. Una primera donde se mantiene cierto grado de autonomía, se puede vivir de manera independiente, colaborar en actividades del hogar, participar en actividades económicas, y las necesidades asistenciales son limitadas. Una segunda en la que de modo progresivo se va perdiendo autonomía, poder en caso de haberlo tenido, así como participación en las actividades del hogar;

además, los cambios en la salud pueden volver a las personas más frágiles y vulnerables.

Gráfica 1
PREVALENCIA DEL MALTRATO, DISTRITO FEDERAL, 2006



FUENTE: EMPAM-DF (2006b).

Con base en las pruebas estadísticas que se realizaron para encontrar diferencias en cuanto a la edad y el sexo según el tipo de maltrato sufrido, se encontró que sólo en el caso de las mujeres el maltrato se presenta de modo diferenciado según su edad; es decir: a más edad, mayor maltrato. En cuanto a los hombres —a excepción del maltrato económico—, los datos no muestran diferencias significativas en las otras tipologías. No obstante, se observa que a partir de los 80 años los porcentajes muestran un ligero incremento; es decir, los actos abusivos ocurren con más frecuencia en la etapa más extrema de la vida (cuadro 3).

Cuadro 3
 PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR EDAD Y SEXO,
 SEGÚN TIPO DE MALTRATO SUFRIDO. DISTRITO FEDERAL, 2006

<i>Tipo de maltrato</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>				<i>Significación</i>
		60-69	70-79	80-89	90 y +	
Maltrato	Hombre	14.2	8.3	14.1	20.0	0.356
	Mujer	16.5	13.8	31.5	50.0	0.000
Psicológico	Hombre	11.5	5.5	11.8	0.0	0.204
	Mujer	12.7	11.5	25.0	50.0	0.000
Económico	Hombre	3.4	2.1	0.0	20.0	0.023
	Mujer	4.2	3.1	13.0	0.0	0.002
Físico	Hombre	5.4	2.8	2.4	0.0	0.536
	Mujer	2.1	2.8	7.6	20.0	0.001
Negligencia	Hombre	4.1	1.4	2.4	0.0	0.516
	Mujer	3.4	2.4	8.7	20.0	0.001
Sexual	Hombre	0.7	0.0	0.0	0.0	0.665
	Mujer	2.1	1.2	0.0	0.0	0.047

Fuente: EMPAM-DF (2006b).

Los resultados evidencian que la edad se configura con el género, lo cual abre la posibilidad de sufrir mayor maltrato.

B. Estado civil

Al igual que otras características demográficas, el estado civil de las personas que sufren maltrato representa un factor que debe tenerse en cuenta, con el objetivo de establecer un acercamiento más claro de las personas mayores maltratadas. Un hallazgo importante de este trabajo tiene que ver con el hecho de señalar la viudez como un posible factor de riesgo para

padecer maltrato. Se encontró también que 33% de las personas que sufrieron maltrato se encontraban en unión: casadas o en unión libre; dicho porcentaje es mayor en comparación con las personas que declararon estar solteras, divorciadas o separadas. Como se verá más adelante en el análisis de los responsables de causar maltrato, del total de personas que se encontraban unidas y sufrieron malos tratos, en 11.8% de los casos los infligieron el cónyuge o el compañero; ello demuestra que los conflictos internos, las presiones y el maltrato se encuentran presentes en las relaciones matrimoniales de las personas adultas mayores.

Cuadro 4
PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR ESTADO CIVIL Y SEXO,
SEGÚN SI SUFRIÓ MALTRATO O NO. DISTRITO FEDERAL, 2006

<i>Estado civil</i>	<i>Maltrato</i>		<i>Total</i>	<i>Personas que sufrieron maltrato</i>	
	<i>Sí</i>	<i>No</i>		<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>
Viuda	47.0	39.3	40.5	57.1	23.3
Unida (casada o en unión libre)	33.0	44.1	42.3	21.4	60.0
Separada o divorciada	12.0	10.4	10.7	14.3	6.7
Soltera	8.0	6.2	6.5	7.1	10.0

Fuente: EMPAM-DF (2006b).

Cuando distinguimos entre las personas que sufrieron maltrato y las que no lo padecieron, los porcentajes más altos se encontraron entre quienes tenían un estado de viudez, las separadas o divorciadas y los solteros. En términos generales, del total de hombres y mujeres que recibieron maltrato, las viudas, separadas o divorciadas fueron quienes presentaron porcentajes más altos, en comparación con los hombres que tenían el mismo

estado civil; en el caso de ellos, los casados fueron quienes reportaron mayor maltrato (cuadro 4).

C. Escolaridad

Una característica como la escolaridad ha estado presente en los estudios sobre violencia intrafamiliar; en especial en la violencia hacia la mujer. Así, las mujeres con mayor grado de educación formal experimentan menor riesgo de violencia en el hogar (García, y Oliveira, 2004; Oliveira, Eternod, y López, 1994; Oropesa, y Hogan, 1994). De igual modo, en investigaciones sobre maltrato a personas adultas mayores, se ha llegado al mismo planteamiento: suponer que éste ocurre con más frecuencia en personas con los niveles socioeconómicos y educativos más bajos. Sin embargo, en el presente estudio se encontró que el maltrato no sólo afecta a los menos escolarizados, sino también a quienes cuentan con altos niveles de escolaridad (cuadro 5). La diferencia se halla en el tipo de maltrato al que se haga referencia, así como en otras características personales, familiares y sociales.

Con base en la EMPAM-DF, se observó que en las personas adultas mayores sin instrucción y sólo con estudios de primaria, era más frecuente el maltrato psicológico y el físico, seguidos del sexual y la negligencia. En las personas que contaban al menos con estudios de secundaria, fueron más los casos de negligencia, abuso sexual, maltrato económico y físico. En los casos donde las personas adultas mayores manifestaron contar con preparatoria y mayor escolaridad, se hizo más evidente el maltrato físico, el psicológico y el económico. Por último, entre las personas que dijeron contar con estudios profesionales y que sufrieron maltrato, sobresale el económico y el psicológico (cuadro 6).

Cuadro 5
 PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR ESCOLARIDAD Y SEXO,
 SEGÚN SI SUFRIÓ MALTRATO O NO. DISTRITO FEDERAL, 2006

<i>Escolaridad</i>	<i>Maltrato</i>		<i>Total</i>	<i>Personas que sufrieron maltrato</i>	
	<i>Sí</i>	<i>No</i>		<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
Sin instrucción	24.0	19.1	19.9	20.0	25.7
Primaria	46.0	39.9	40.9	33.3	51.4
Secundaria	14.0	14.1	14.1	30.0	7.1
Preparatoria y carrera técnica	8.0	17.3	15.8	7.7	8.6
Profesional	8.0	9.6	9.4	10.0	7.1

FUENTE: EMPAM-DF (2006b).

Cuadro 6
 PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR ESCOLARIDAD
 Y TIPO DE MALTRATO SUFRIDO. DISTRITO FEDERAL, 2006

	<i>Psicológico</i>	<i>Económico</i>	<i>Físico</i>	<i>Negligencia</i>	<i>Sexual</i>
Sin instrucción	26.7	15.5	32.5	33.1	54.7
Primaria	42.2	42.9	30.5	33.3	19.5
Secundaria	13.1	19.2	14.9	27.6	25.8
Preparatoria y carrera técnica	9.8	5.8	15.7	-	-
Profesional	8.2	16.6	6.4	6.0	-

FUENTE: EMPAM-DF (2006b).

Tales tendencias indican que el nivel de escolaridad no mantiene —en el caso del maltrato de personas adultas mayores— un comportamiento como el encontrado en los estudios de violencia doméstica para otros grupos etarios de la población,

pues el maltrato se relaciona —además de con el nivel de escolaridad— con otras características individuales, del entorno de la persona adulta mayor, así como sociales y culturales que influyen en la ocurrencia de los abusos. Por ello, quienes cuentan con más escolaridad, presentaron mayor maltrato económico; y el maltrato psicológico se hace presente en la mayoría de las personas que manifestaron malos tratos, sin importar su nivel de escolaridad.

D. Condición de actividad

Un análisis de la condición de actividad y ocupación permite un mayor acercamiento al conocimiento del contexto social en el que viven las personas que sufren maltrato. La independencia económica de las personas adultas en general —y de las mujeres mayores en particular— resulta decisiva para la prevención de los malos tratos en la vejez. Un análisis de los datos permitió descubrir que de las personas que sufrieron maltrato, el porcentaje más alto apareció en los que declararon estar incapacitados(as) para trabajar y los que trabajan ayudando en algún negocio familiar (con pago o sin él).

Cuando se analiza entre los que sufrieron maltrato y los que no lo sufrieron, no trabajar fue la condición de actividad que presentó la diferencia porcentual más alta. En el caso de los hombres adultos mayores, el porcentaje más alto en la comparación estuvo integrado por quienes declararon no trabajar, seguidos de los que trabajaron ayudando en algún negocio familiar (sin pago), estar incapacitados(as) para trabajar y los que se dedican a los quehaceres del hogar. Las mujeres (quienes presentan los porcentajes más altos de maltrato), por su parte, fueron quienes —en orden de importancia— declararon no trabajar; que tenían trabajo pero no trabajaron; que lo hicieron ayudando

en algún negocio familiar; y que estaban incapacitadas para realizarlo (cuadro 7).

A partir de los resultados anteriores, debe resaltarse que estar incapacitado(a) para trabajar se relaciona con una mayor posibilidad de maltrato.² Sin embargo, en el análisis de dicho problema no es conveniente relacionar de manera directa tal condición con el maltrato, pues podría caerse en el riesgo de alimentar los estereotipos dominantes de considerar a las personas adultas mayores como una carga y de que las situaciones de discapacidad necesariamente explican las conductas abusivas. La causa del maltrato ejercido contra las personas adultas mayores no necesariamente es la discapacidad: pueden estar influyendo otros factores sociales (Aitken, y Griffin, 1996).

Si las personas adultas mayores cuentan con un trabajo y son económicamente independientes, ello puede llegar a constituir un elemento fundamental para resistirse ante las conductas abusivas. No obstante, el ingreso que perciben puede incluso propiciar el maltrato económico.

IV. RESPONSABLES DEL MALTRATO

HACIA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

El maltrato a personas adultas mayores puede ocurrir dentro de cualquier relación donde haya expectativa de confianza; es decir, puede ser infligido por parientes o por otras personas conocidas: amigos cercanos, vecinos o cuidadores. En el presente análisis se dan a conocer las principales características de las personas que lo ejercen; además, se buscan las diferencias —en

² La “discapacidad” se define como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Cuadro 7
PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR CONDICIÓN DE ACTIVIDAD
Y SEXO, SEGÚN SI SUFRIÓ MALTRATO O NO. DISTRITO FEDERAL, 2006

<i>Durante la semana pasada, usted...</i>	<i>Mujer</i>			<i>Hombre</i>			<i>Total</i>			<i>Distribución porcentual de los que sufrieron maltrato</i>
	<i>Maltrato</i>			<i>Maltrato</i>			<i>Maltrato</i>			
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>	
Trabajó	14.5	14.8	14.8	30.0	29.7	29.7	19.2	20.8	20.6	15.0
Tenia trabajo pero no trabajó	1.4	0.0	0.3	0.0	1.9	1.7	1.0	0.8	0.8	20.0
Trabajó ayudando en algún negocio familiar (con pago)	1.4	0.0	0.3	3.3	1.9	2.1	2.0	0.8	1.0	33.3
Trabajó ayudando en algún negocio familiar (sin pago)	0.0	1.0	0.8	6.7	1.0	1.7	2.0	1.0	1.1	28.6
Se dedica a quehaceres del hogar	43.5	46.1	45.6	3.3	1.0	1.3	31.3	27.9	28.5	17.6
Está incapacitado(a) para trabajar	1.4	0.6	0.8	6.7	1.4	2.1	3.0	1.0	1.3	37.5
Es jubilado o pensionado	24.6	28.7	28.0	23.3	49.3	46.0	24.2	37.0	35.0	11.1
No trabajó	13.0	8.7	9.5	26.7	13.9	15.5	17.2	10.8	11.8	23.3
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>16.0</i>

FUENTE: EMPAM-DF (2006b).

caso de haberlas— entre la relación o parentesco que guarda el adulto mayor con quien le infligió el maltrato, así como el tipo de maltrato que éste ejerció.

Es necesario tener en cuenta que el maltrato no necesariamente es un problema de estrés o patológico de quien lo infligió o de la familia, por ejemplo; no se parte de la idea errónea de que se trata de una persona enferma con trastorno mental o psiquiátrico, aunque ello no significa que no padezca algunas patologías que plantean cierto riesgo de que aparezcan conductas agresivas. Lo anterior en la medida en que la heterogeneidad de las personas que infligen el maltrato sugiere que entre esa población no habrá significativamente más enfermos mentales que entre la población general, y que no es posible atribuir la causa del maltrato al padecimiento de un trastorno mental, aunque en algunos casos puede ocurrir así (Tolman, y Bennett, 1990).

Tales elementos de partida reconocen lo complejo del fenómeno estudiado; también permiten formular una explicación más amplia del maltrato que ocurre en la vejez. El hecho de evitar centrarse en los síntomas de disfunciones individuales, familiares o de ambos tipos, posibilita abrir la discusión sobre los diferentes factores relacionados con dicha problemática. Este tipo de análisis hará manifiestas las tensiones que ocurren dentro de la familia respecto del carácter cambiante del poder entre hombres y mujeres, así como al interior de la unidad familiar.

Según la fuente de datos, 56.2% de los hombres infligieron maltrato a personas adultas mayores, y 43.8% de las mujeres. Aparecen diferencias significativas en el porcentaje tanto de hombres como de mujeres que maltratan a las personas adultas mayores, al igual que en los porcentajes de los diferentes tipos de maltrato. En este sentido, los varones aparecen como

los principales causantes del maltrato económico, físico, de negligencia y el sexual; mientras que las mujeres presentaron un porcentaje mayor en comparación con los varones en lo referente a maltrato psicológico.

En cuanto a la edad (entre la adolescencia y la vejez) de quienes ejercen el maltrato, sobresalen por su frecuencia las personas que se encuentran entre 36 y 59 años de edad (57.4%), seguidas de las que tienen menos de 35 años (23.2%); por último, se encuentran las de 60 años o más (19.4%). En este sentido, la edad media de quienes infligen maltrato a personas adultas mayores es de 45 años; resulta ligeramente mayor en el caso de los hombres.

A. Parentesco de la persona adulta mayor con el responsable del maltrato

En México en general y en el Distrito Federal en particular, la familia continúa siendo la principal entidad responsable del cuidado y la integración de las personas adultas mayores. Ello es así debido a la escasa cobertura de seguridad social y a la ausencia de una tradición institucional y comunitaria de cuidado hacia las personas de edad.³ Por eso no resulta extraño que el mayor número de casos de maltrato ocurra en el ámbito familiar, y que quienes lo infligen sean los parientes más cercanos a la persona adulta mayor.

A partir de los datos de la EMPAM-DF, 36% de los casos de maltrato fueron ejercidos por los descendientes directos (hijos e hijas); 11.8%, por la pareja actual en su calidad de cónyuge

³ En lo referente a hogares con al menos una persona adulta mayor, un significativo 86.8% corresponde a los de tipo familiar; incluye los nucleares, los ampliados y los compuestos (Giraldo Rodríguez, 2006b).

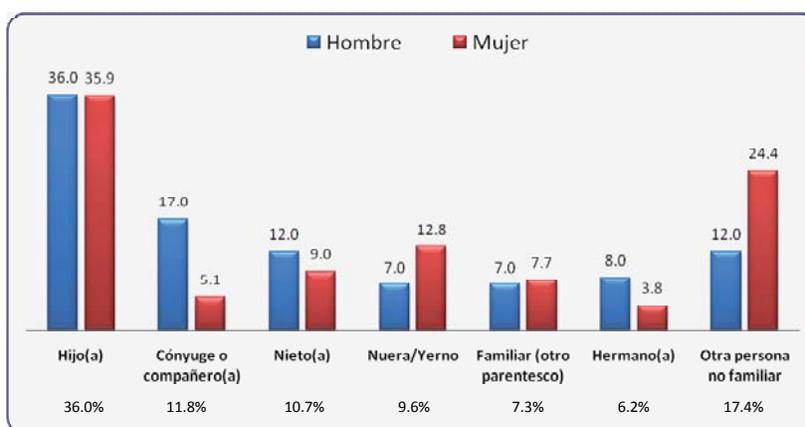
o compañero(a); 10.7%, por los nietos(as); 9.6%, por la nuera/yerno; 6.2%, por un hermano; y 7.3%, por otro familiar (los porcentajes por sexo del responsable de causar maltrato se muestran en la gráfica 2).

Asimismo, llama la atención que 17.4% de quienes lo perpetraron son personas que no tienen vínculo de parentesco; entre ellos sobresalen los vecinos (10.1%). Dicha situación en particular puede estar relacionada con procesos de intolerancia social y con el incremento de la inseguridad pública, a lo que se suman los estereotipos dominantes que consideran a las personas adultas mayores como víctimas propiciatorias para cometer actos delictivos contra ellas; sin embargo, se trata de uno de los aspectos que trasciende el ámbito de esta investigación y que requieren ser trabajados en el futuro.

De igual modo, los altos porcentajes que presentan otros familiares cercanos (como los nietos y la nuera/yerno, además de los hermanos), pueden estar relacionados con varios aspectos. Uno de ellos son las estrategias familiares, donde intervienen diversas maneras de ayuda que pueden incluir desde la convivencia en una misma vivienda de personas emparentadas de género así como generaciones distintas, como es el caso de los hijos(as) adultos que integran su hogar y viven con sus padres; igualmente, transferencias de servicios, que incluyen desde la distribución de recursos para satisfacer necesidades básicas, obligaciones, responsabilidad y hasta el cuidado de personas dependientes.

Al analizar la edad de la persona adulta mayor y el parentesco, se encontró que cuando el responsable de causar maltrato es el cónyuge o el compañero, dicho problema se hace más evidente en edades tempranas: de los 60 a los 79 años, lo cual indica que en esta etapa de la vida se trata de violencia conyugal; en especial en el caso de las mujeres mayores. Cuando los

Gráfica 2
RESPONSABLES DE CAUSAR EL MALTRATO Y SU RELACIÓN
CON LA PERSONA ADULTA MAYOR. DISTRITO FEDERAL, 2006



FUENTE: EMPAM-DF (2006b).

responsables de infligir maltrato son los hijos, el porcentaje de ellos va en incremento conforme aumenta la edad de la persona adulta mayor. Así pues, más de 50% del maltrato que reciben las personas con 80 o más años de edad es ejercido por los hijos y las hijas (cuadro 8).

Cuadro 8
PERSONAS ADULTAS MAYORES POR GRUPO DE EDAD
Y RELACIÓN CON LA PERSONA RESPONSABLE DE CAUSAR MALTRATO.
DISTRITO FEDERAL, 2006

Parentesco	Hombre				Mujer			
	60-69	70-79	80 y +	Total	60-69	70-79	80 y +	Total
Cónyuge o compañero(a)	18.2	11.0	7.1	13.4	49.8	20.1	6.9	31.3
Hijos(as)	28.3	50.5	42.9	39.7	25.5	37.8	52.0	34.9
Otro familiar	25.3	9.9	19.0	18.1	14.5	25.0	30.4	21.2
Amigos/vecinos/ cuidadores	28.3	28.6	31.0	28.9	10.2	17.1	10.8	12.6

FUENTE: EMPAM-DF (2006b).

Ante tal escenario, resulta de gran importancia en el presente análisis observar cómo se distribuyen los hombres y las mujeres que infligen los malos tratos, según el parentesco que guardan con la persona adulta mayor.

B. Hijos e hijas como responsables del maltrato

Como se refirió líneas antes, los hijos y las hijas aparecen como los principales responsables de ejercer maltrato a personas adultas mayores. Del total de ellos, 56.3% corresponde a los hijos; 43.8%, a las hijas. La edad media de aquéllos es de 44.4 años; la de éstas, 40.3 años. Son diversos los hallazgos ubicados en dicha parte del análisis que deben destacarse. En primer lugar, la ocurrencia de los malos tratos se da de modo diferenciado según el sexo de los hijos y el tipo de maltrato. En tal sentido, los hijos hombres tienden a cometer más el maltrato de tipo económico, el físico y el de negligencia; mientras las mujeres incurrirán más en el maltrato de tipo psicológico. Por otro lado, se encontró mayor maltrato de este tipo por parte de las hijas hacia el padre y, en menor medida, uno de tipo físico.⁴

⁴ Hay dos aspectos importantes que deben tomarse en cuenta a partir de los resultados derivados de la EMPAM-DF. El primero de ellos se relaciona con el maltrato sexual, del que no se presentaron casos que señalaran a hijos e hijas como responsables de tal tipo de abuso. Ello no indica que este tipo de maltrato no se ejerza por parte de ellos; en un estudio previo, 7.5% de las personas adultas mayores que presentaron denuncia ante el INAPAM y las UAPVIF, refieren a los hijos como responsables de abusos sexuales (Giraldo Rodríguez, 2012). En segundo lugar, que tampoco se hayan presentado casos de maltrato físico por parte de las hijas hacia al padre, no quiere decir que ellos no ocurran, pues del total de denuncias de maltrato físico por parte de los hombres adultos mayores, 16.7% de los casos refirieron a las hijas como las responsables (Op. cit.). En esta

En segundo lugar, resulta pertinente analizar los diferentes tipos de maltrato que ejercen tanto los hijos como las hijas hacia sus padres, teniendo en cuenta las situaciones de convivencia y la dependencia física por parte de la persona adulta mayor; ello con el fin de evaluar en cierta medida las relaciones de dependencia —en caso de haberlas— con el maltrato.

Un porcentaje alto de la población adulta mayor vive en hogares de tipo familiar que incluye los hogares ampliados y compuestos. Del total de personas que sufrieron maltrato, 42.1% refirió vivir con al menos un hijo o hija y —en algunos casos— con la familia de éstos: 27.5% con el cónyuge y los hijos; 10.7% declaró vivir solo; 5.1%, con otra persona familiar; 4.5%, sólo con el cónyuge; 3.9%, con un nieto(a); 2.8%, con un hermano(a); y 1.7%, con el cónyuge y con un nieto(a).

Los hombres que informaron vivir con la cónyuge y los hijos(as), sufrieron mayor maltrato por parte de sus hijos varones (61.5%); entre los que vivían con sus hijos(as), fueron las hijas las que surgieron como quienes lo infligieron (45.5%). En el caso de las mujeres, las que vivían con sus hijos(as) y que sufrieron maltrato, señalaron a las hijas como principales responsables de haberlo cometido (64.7%). Los datos muestran que un alto porcentaje de personas adultas mayores que comparten vivienda con sus hijos e hijas, sufrieron maltrato principalmente por parte de sus hijas, y que a su vez éste se caracterizó por ser —la mayor parte de las veces— de tipo psicológico, como se vio anteriormente. Sin embargo, lo anterior tiene una explicación.

Por un lado, la convivencia de las personas adultas mayores con los hijos e hijas está relacionado con situaciones de de-

medida, lo que se propone para posteriores investigaciones es utilizar otras metodologías, dada la complejidad del problema.

pendencia física por parte de dichas personas, pues del total de quienes sufrieron maltrato y manifestaron necesitar ayuda para realizar al menos una de las actividades básicas de la vida diaria, más de 50% de ellas vivía con los hijos(as). En tal sentido, el hecho de que las hijas aparezcan como principales responsables y a su vez ello esté relacionado con los modos de convivencia, tiene que ver principalmente con las maneras como se entretajan las relaciones de poder y se asignan deberes inequitativamente, así como responsabilidades dentro de las familias donde hay al menos una persona adulta mayor; es decir, la manera como se decide quién cuidará de la persona mayor.

Diversos estudios han revelado que principalmente a las mujeres —y en especial a las hijas— se asigna el cuidado de las personas adultas mayores; asimismo, la designación de una hija cuidadora es impuesta, más que negociada (Robles Silva, 2001). Según un estudio realizado en Guadalajara, México, se encontró que cuando el rol de cuidadora es incorporado a un contexto familiar, no se exime a la persona asignada de sus otras responsabilidades sociales, sino que el cuidado viene a añadirse como una tarea más (*Op. cit.*).

En tal sentido, en el acercamiento a la comprensión de este gran y complejo problema social, tiene que llegarse a ciertos grados de desagregación que permitan descubrir diferencias en sus manifestaciones. En dicha medida, los datos muestran que el maltrato por parte de los hijos hombres se da indistintamente de una relación de cuidado o de convivencia; tal vez por ello sobresale que surjan diferentes tipologías, situación que no ocurre en el caso de las hijas. Por ejemplo los hijos hombres ejercen maltrato económico, independientemente de si los padres viven con el hijo, solos o con otros familiares. Sin embargo, en la mayor parte de los casos el maltrato psicológico

(y, en algunos otros, el maltrato físico) ocurre principalmente cuando la persona adulta mayor vive con los hijos hombres y, en ciertos casos, con la familia de éstos. Tal situación también se hace evidente en el caso de las hijas: los porcentajes más altos de maltrato (en especial, el psicológico) tuvieron lugar en un contexto de convivencia donde los padres compartían la vivienda con las hijas.

C. El cónyuge o compañero(a) como responsable de ejercer maltrato

En las últimas décadas, los estudios sobre violencia conyugal han tenido un avance considerable; empero, ello no se refleja en las relaciones de las parejas mayores, pues las limitantes empiezan desde el momento en que no se reconoce su existencia. En el presente estudio se encontró que del total de casos de maltrato, 11.8% fueron ocasionados por la pareja actual en su calidad de cónyuge o compañero(a) (81% hombres; 19% mujeres). El tipo de maltrato que sobresale es el psicológico: hombres y mujeres lo ejercieron en gran medida. Los hombres responsables también cometieron abusos sexuales, maltrato físico y negligencia. Mientras que en el caso de las mujeres responsables, ellas ejercieron principalmente maltrato psicológico y —en menor medida— físico.

Debido a la escasa investigación de que se dispone sobre violencia doméstica en las parejas mayores, hasta este momento son pocas las explicaciones que pueden encontrarse en la literatura. Dentro de lo que se sabe, uno de los principales responsables de ejercer maltrato a las personas adultas mayores es el cónyuge o compañero; posiblemente ello sea consecuencia de la prolongación de la violencia doméstica en una etapa avanzada de la vida (Pillemer, y Finkelhor, 1989; Podnieks,

1992; Vinton, 1992; Seaver, 1996; Phillips, Glittenberg, y Woodtli, 1997). De igual modo, otros estudios sobre maltrato infligido a personas adultas mayores han pasado por alto la literatura sobre violencia doméstica, pues dan por sentado que el maltrato es un fenómeno vinculado con la relación de cuidados (Phillips, 2005). Es probable que el maltrato conyugal durante la vejez ocurra dentro de un contexto de violencia doméstica de larga duración; o tal vez sucede dentro de un contexto de relación de cuidados. Lo que resulta claro a partir de los datos que se obtienen de la EMPAM-DF sobre el maltrato, es que se trata de una manifestación de las relaciones de poder establecidas por las parejas; y que en la mayor parte de los casos tienden a desfavorecer a la mujer en general y a la adulta mayor en particular.

Entre todos los elementos importantes por considerar que permiten un mayor acercamiento al fenómeno del maltrato conyugal, hay dos de ellos que se analizan a partir de los datos de la encuesta. El primero tiene que ver con la temporalidad, es decir: desde hace cuánto tiempo ocurre el maltrato. Hay diferencias importantes entre hombres y mujeres y la temporalidad de ocurrencia del maltrato. Las mujeres manifestaron haber sufrido maltrato por parte de su cónyuge en un periodo anterior a la encuesta que oscila entre 15 y 50 años. Por ejemplo, el maltrato físico sucedía aproximadamente desde 40 años atrás; había casos en que el abuso sexual se daba desde hacía unos 30 años; en otros, la mujer manifestó que no recordaba el momento cuando éste había iniciado. En el caso de los hombres, el comienzo del maltrato conyugal resultó más bien reciente: aproximadamente de 4 a 8 años antes de la aplicación de la encuesta.

Con base en los anteriores resultados, puede pensarse que en el caso de las mujeres, el maltrato conyugal es una continua-

ción de un largo patrón de abusos y conflictos interpersonales que no surgen sólo con la edad. Mientras que en el caso de los hombres, posiblemente se vincula más con una relación de cuidados donde la mujer es la principal responsable del cuidado de su cónyuge. Tal situación permite plantear entonces el segundo elemento de análisis: la dependencia física; es decir, que la persona adulta mayor dependa de otras personas para la realización de las actividades básicas de la vida diaria: vestirse, asearse, caminar, alimentarse o preparar la comida, ir al baño. En tal sentido, los datos muestran que, de las personas que sufrieron maltrato por parte de su cónyuge, 50% de los hombres manifestó necesitar ayuda para realizar al menos una de las cinco actividades básicas de la vida diaria; mientras que este porcentaje fue sólo de 17.6% en el caso de las mujeres mayores.

D. Otras personas familiares como responsables de ejercer maltrato

Además del cónyuge o compañero(a) y los hijos e hijas (los cuales representan 47.8% de los responsables de infligir maltrato), hay otros miembros de la familia que cometen este tipo de acciones: los nietos(as) (10.7%), seguidos del cónyuge o conviviente de uno de los hijos de la persona adulta mayor; es decir, la nuera o el yerno (9.6%) —que generalmente comparten la vivienda con la persona adulta mayor—, los hermanos(as) (6.2), los cuñados(as) (1.7%) y, por último, los sobrinos(as) (1.7%).

Se han observado asimismo algunas diferencias en cuanto al sexo del responsable; la proporción de hombres que tienen parentesco de nietos, hermanos y sobrinos supera en gran medida a la de las mujeres que tienen ese mismo parentesco con

la persona adulta mayor. En cambio, las nueras representan la proporción más importante en la distribución porcentual de las mujeres responsables de causar maltrato; supera, además, a la categoría de yerno.

El maltrato ejercido por estas personas se caracteriza además, por incluir acciones que dan lugar a todas las diferentes tipologías que se consideran en el presente estudio. En tal sentido, se encontró que el tipo de maltrato que más ejercen estos familiares es el psicológico (63.3%), seguido del económico (18.3%), el físico (10%), la negligencia (5%) y el sexual (3.3%).

Los nietos(as), por su parte, tienden a maltratar a sus abuelos(as) más psicológica y físicamente, al igual que con actos de negligencia. También ejercen el maltrato económico aunque en menor grado, y no se encontraron casos de abuso sexual. Las diferencias por sexo de la persona adulta mayor son alarmantes, pues de los nietos(as) que ejercieron maltrato, 94.7% de los casos fueron hacia las abuelas; 5.3%, hacia los abuelos. Los nietos tienden a maltratar más a los abuelos; se puede decir que las nietas maltratan indistintamente a abuelos y abuelas. La edad media de los nietos hombres es menor a la de las mujeres: ellos tienen 19 años, mientras que las nietas, 22 años. Más de 50% de los abuelos y abuelas viven con su hijo o hija y con sus nietos(as); asimismo, 16% declaró vivir sólo con sus nietos(as).

En cuanto a la nuera o el yerno de la persona adulta mayor —que también aparecen como responsables de ejercer maltrato—, se encontró que las acciones ejercidas por ellos tienden a dar lugar principalmente al maltrato psicológico, seguido del físico, el económico y el sexual. El maltrato a las mujeres en este tipo de relación familiar también sobresa, pues 70.6% de ellas recibió maltrato por parte de su nuera o yerno, mien-

tras que 29.4% corresponde a casos de hombres adultos mayores. Los yernos tienden a maltratar más a las suegras: lo hacen psicológica, física y sexualmente. En el caso de las nueras, hay una tendencia a ejercer mayor maltrato hacia los hombres adultos mayores que hacia las mujeres. Esta diferencia, empero, mantiene una estrecha relación con el tipo de maltrato, pues en la mayor parte de las ocasiones las nueras ejercen maltrato psicológico hacia el suegro; mientras que la suegra recibe maltrato psicológico, físico y económico.

Las personas adultas mayores también son víctimas de maltrato por parte de sus propios hermanos(as). En cuanto a las tipologías que sobresalen, se encontró principalmente el maltrato psicológico, seguido del económico, así como algunos casos de abuso sexual. De nueva cuenta, las mujeres aparecen como las más afectadas, tanto por hermanos como por hermanas. Una buena parte de los casos de maltrato se llevó a cabo por un hermano menor contra la persona adulta mayor, pues la edad media de los hermanos es de 58 años; la de las hermanas, de 69.

Todo parece indicar que las personas adultas mayores no están exentas de padecer maltrato por parte de otros parientes, pues se ha encontrado que —además de los hijos(as), cónyuge, nietos(as), nuera/yerno, hermanos— también lo sufren por parte de otros miembros de la familia, como los sobrinos y los cuñados. Las acciones ejercidas por este último grupo de personas dan lugar a la ocurrencia del maltrato psicológico, económico y de negligencia. En lo referente a dichas tipologías y al sexo del responsable de ejercer el maltrato, se hallaron diferencias muy importantes que rompen con la tendencia encontrada en los anteriores análisis de los familiares más cercanos que infligen maltrato, pues —en este caso— los hombres son quienes cometen maltrato económico en la mayor parte de

las ocasiones. Las mujeres —por su parte— ejercen maltrato psicológico, seguido del económico; por último se encuentran los actos de negligencia. Otra característica que marca diferencias entre hombres y mujeres responsables de cometer maltrato es la edad media: para los hombres es de 37 años; mientras que la de las mujeres, de 61. Tales actos abusivos ocurren más bien en un periodo reciente y no exceden cuatro años antes de la encuesta; además, las personas adultas mayores que los sufrieron no presentan dependencia física; es decir, no dependen de otros para realizar al menos una de las cinco actividades básicas de la vida diaria.

En resumen, el análisis anterior ha permitido observar que el maltrato se encuentra presente en la vida de las personas adultas mayores: puede ocurrir en el ámbito familiar y puede ser ejercido por cualquier miembro de la familia, independientemente de si éste vive o no con la persona adulta mayor. De igual manera, se ha observado que el maltrato puede ser continuación de un largo patrón de abusos o bien puede iniciarse en dicha etapa de la vida. Queda claro además que hombres y mujeres mayores de edad por igual pueden recibir maltrato; que éste afecta primordialmente a la mujer; y que la edad, el género y el poder son conceptos sociales fundamentales para comprender el problema del maltrato infligido a las personas adultas mayores.

E. Otras personas no familiares como responsables del maltrato

Las actitudes negativas y los estereotipos deshumanizantes hacia las personas adultas mayores las tornan especialmente vulnerables hacia el maltrato. Queda claro que no se trata de un problema de dependencia, sino de una cuestión de vulnerabilidad. El maltrato contra personas adultas mayores ejercido por

quienes no forman parte de la familia, proviene de esas formas generalizadas de desinterés, menosprecio o rechazo a la vejez, que llevan a la desvalorización de la persona por su edad. Tal situación se hace evidente cuando del total de personas adultas mayores que sufrieron maltrato, 17.4% refirió como responsable de él a alguien con quien no tenía vínculo de parentesco. A diferencia del maltrato ocasionado por miembros de la familia, el que ejercen personas que no son parientes presenta ciertas particularidades importantes: afecta a un mayor número de hombres adultos; y el maltrato físico, así como el económico, son los más frecuentes.

Los responsables de cometer tales acciones se agruparon en tres categorías para su mayor comprensión: los vecinos; los amigos cercanos de la persona adulta mayor; y los cuidadores. Los vecinos —por su parte— aparecieron como los principales responsables de ejercer maltrato físico y psicológico; los hombres son quienes maltratan físicamente más a los adultos mayores; y en lo psicológico, a las adultas mayores. Sucede lo contrario con las vecinas, pues ellas tienden a maltratar físicamente a las adultas mayores y psicológicamente a los adultos mayores.

Los abusos que dichas personas cometen de manera fraudulenta van desde robo, engaño, estafa, apropiación indebida, hasta agresiones físicas que ponen en riesgo la salud y la vida de la persona adulta mayor. Según los datos de la EMPAM-DE, los tipos de maltrato que generalmente cometen los amigos cercanos de la persona adulta mayor son el económico y el físico. Los hombres responsables de causarlo realizan agresión física más hacia los hombres adultos mayores, y maltrato económico hacia las mujeres mayores. Las mujeres responsables del daño —por su parte— maltratan física y económicamente

a las mujeres adultas mayores, y psicológicamente a los hombres mayores.

En cuanto a los cuidadores, se encontró que cometen actos de negligencia con más frecuencia que por lo general se acompañan de maltrato psicológico, mientras que el maltrato económico es comparativamente menor. Asimismo, los datos muestran que las mujeres cuidadoras maltratan indistintamente tanto a hombres como a mujeres; mientras que en el caso de los hombres cuidadores, éstos tienden a maltratar más a las mujeres adultas mayores. Otro aspecto importante: siete de cada diez personas mayores que fueron maltratadas por parte del cuidador(a), presentaban dependencia física; es decir, requerían de ayuda para realizar al menos una de las actividades básicas de la vida diaria.

En resumen, el análisis anterior permitió descubrir lo complejo que puede llegar a ser el estudio del maltrato causado a personas adultas mayores, pues algunos aspectos que justifican la violencia intrafamiliar o hacia la mujer no proporcionan mayor explicación en el fenómeno estudiado; por ejemplo, un mayor nivel de escolaridad no exime a la persona adulta mayor de sufrir malos tratos. Se encontraron elementos explicativos que permitieron comprender mejor el problema, lo cual pone de manifiesto que las inequidades de género y los estereotipos negativos hacia la vejez contribuyen a la ocurrencia del maltrato en general y hacia la mujer mayor en particular; conforme aumenta la edad, se incrementa la posibilidad de ocurrencia tanto en hombres como en mujeres; no hay marcadas diferencias en relación con el maltrato entre hombres y mujeres.

CONCLUSIONES

El maltrato causado a personas adultas mayores constituye un grave problema de violencia doméstica que tiene repercusiones en la salud física y mental, así como en la calidad de vida de la persona afectada. Este problema social y de salud pública ha salido al aire en los últimos años y ha recibido más atención por parte de los profesionales de la salud, así como de la sociedad en general (Bonnie, y Wallace, 2002). Los resultados obtenidos en el presente estudio indican una prevalencia de 16% de maltrato en la población adulta mayor de la Ciudad de México. Se encontró una mayor afectación en las mujeres, la cual puede estar relacionada con lo planteado por Whittaker (1996), quien refiere que los malos tratos padecidos durante la vejez están relacionados con la posición de las mujeres ancianas en la sociedad y su posición al interior de la familia. En un estudio de Bazo Royo (2001), se descubrió que el sexo femenino es más propenso a padecer maltratos que el masculino.

Una revisión reciente de estudios internacionales identificó que la prevalencia del maltrato hacia este grupo de la población oscila entre 3.2% y 27.5% (Cooper, Selwood, y Livingston, 2008). La detección del maltrato de personas adultas mayores es un asunto complejo en donde todos los estudios adolecen de una limitación fundamental: la ausencia de un criterio estándar válido (Garre-Olmo, Planas-Pujol, López-Pousa, Juvinyá, Vilá, y Vilalta-Franch, 2009). Las diferencias encontradas en la literatura a nivel internacional en relación con la prevalencia, tienen que ver —por un lado— con los diferentes enfoques metodológicos y —por otro— con las diferencias producto de los factores culturales.

En relación con los diferentes tipos de maltrato, en la mayor parte de los estudios se ha descubierto que el psicológico es el

más frecuente; ello coincide con los resultados del presente estudio, pues su prevalencia fue mayor respecto de los otros tipos. En seguida se encuentra el maltrato físico; le sigue el económico; la negligencia; y por último, el abuso sexual. Estudios recientes con metodologías similares han encontrado prevalencias y tendencias similares a las reportadas en el presente trabajo (Amstadter, Zajac, Strachan, Hernandez, Kilpatrick, y Acierno, 2011; Garre-Olmo, Planas-Pujol, López-Pousa, Juvinyá, Vilá, y Villalta-Franch, 2009). No obstante, al distinguir entre los cinco diferentes tipos de maltrato y el sexo de la persona adulta mayor, se hallaron diferencias significativas en cuanto al maltrato psicológico, físico, económico y sexual; asimismo, la proporción femenina superó en gran medida a la masculina. La negligencia —por su parte— afecta a hombres y mujeres por igual. En un estudio realizado por Dolan (1999), las mujeres presentaron una mayor proporción de maltrato psicológico, físico y económico; en el caso de los hombres, fue la negligencia, seguida del maltrato físico y el psicológico, los más frecuentes.

Además de lo anterior, un porcentaje considerable de personas mayores sufre múltiples formas de maltrato; en nuestro estudio, 39.0% de las personas afectadas reportaron más de un tipo de maltrato, el cual aumenta de manera considerable en el caso de las mujeres. Otros estudios han encontrado porcentajes similares (Dong, Simon, y Gorbien, 2007).

El maltrato causado a personas adultas mayores es un problema que afecta principalmente a las mujeres, así como a los hombres y mujeres de edad más avanzada. En el presente estudio, se halló que las frecuencias de maltrato se incrementaban con la edad, y que se hacen más evidentes en el caso de las mujeres. A partir de los 80 años, en hombres y mujeres los porcentajes tenían un importante incremento, situación que

evidenciaba la mayor presencia de actos abusivos en la etapa más extrema de la vida.

En cuanto al estado civil, se encontró que las personas en estado de viudez fueron las que reportaron mayor maltrato. En seguida se encontraban las casadas o las unidas; en este sentido, en el caso de las mujeres, el maltrato conyugal constituye la mayor parte de las veces una prolongación de un largo patrón de abusos existentes en la relación, ya que sucede desde hace 15, 30 y hasta 50 años; es decir, desde que inició la relación. Mientras que en el caso de los hombres casados que manifestaron haber sufrido maltrato por parte de su cónyuge, aquél había iniciado unos ocho años atrás. Un estudio reciente sugiere que la violencia por parte del compañero íntimo en las parejas mayores es un fenómeno complejo que se encuentra estrechamente relacionado con otras formas de violencia doméstica, incluida la violencia conyugal, el maltrato infantil, los conflictos con la ley, así como el abuso a personas adultas mayores (Yan, y Chan, 2012).

Un hallazgo importante en el análisis mostró un punto decisivo en la vida de las mujeres que son víctimas de maltrato: cuando el cónyuge deja de ser el responsable del maltrato —tal vez por su menor esperanza de vida—, los hijos comienzan a ejercerlo. En este sentido, se reconoce que una mujer puede vivir un largo patrón de abusos que se inician en la relación conyugal y después continúan en su vida adulta mediante sus hijos adultos, sus nietos, y hasta otras personas familiares.

Se ha descubierto en otros estudios que las mujeres mayores víctimas de maltrato han sido objeto de abuso físico, sexual y emocional por su cónyuge al comienzo, en el curso de la relación, y siguen siendo víctimas de algún tipo de maltrato en los últimos años por la misma persona, por un compañero diferente, o bien por los hijos adultos (Mouton, 2003; Ockleford,

Barnes-Holmes, Morichelli, Morjaria, Scocchera, Furniss, Sdogati, y Barnes-Holmes, 2003; Rennison, y Rand, 2003; Zink, Regan, Jacobson Junior, y Pabst, 2003).

En cuanto al nivel de escolaridad, se encontró que a mayor escolaridad, mayor maltrato económico; las personas sin instrucción presentaron mayor maltrato, tanto físico como sexual; y el maltrato psicológico se hizo evidente en todas las personas, sin importar su nivel de escolaridad.

En cuanto a los responsables, las características varían según los diferentes tipos de maltrato. En personas no institucionalizadas, el maltrato tiende a ser cometido por un miembro familiar cercano de la persona adulta mayor. La información derivada del presente estudio permitió observar diferencias por sexo en cuanto al tipo de maltrato y la edad en que se encontraba la persona mayor. Los hombres abusaron física, psicológica y sexualmente de las mujeres adultas mayores, mientras que las mujeres que aparecen como responsables de ejercer el maltrato, la mayor parte de las veces cometieron el psicológico y —en menor medida— el económico. Llama la atención el alto porcentaje de responsables de maltrato que no tenían vínculo familiar con la persona mayor, que en el ejercicio de su función como encargados de cuidar a estas personas, las sometieron a malos tratos.

La investigación sobre el maltrato causado a personas adultas mayores es reciente y —en tal medida— falta mucho por hacer para que este problema alcance el grado de atención que capta otro tipo de problemas en nuestra sociedad. Resultan de gran importancia los estudios de carácter transversal y longitudinal que desde aproximaciones interdisciplinarias posibiliten ahondar en dicha problemática. Finalmente, en la medida en que el envejecimiento de la población mexicana ha ido en aumento y en que el maltrato manifiesta ser un delicado

problema social y de salud pública que también tiende a crecer, es necesario desarrollar una serie de acciones preventivas y de política pública que permitan que la vejez sea una etapa de la vida libre de violencia.

REFERENCIAS

- AITKEN, Lynda, y Gabriele Griffin. 1996. *Gender Issues in Elder Abuse*. Londres, Inglaterra/Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- AMSTADTER, Ananda B.; Kristyn Zajac; Martha Strachan; Melba A. Hernandez; Dean G. Kilpatrick; y Ron Acierno. "Prevalence and Correlates of Elder Mistreatment in South Carolina: The South Carolina Elder Mistreatment Study". *Journal of Interpersonal Violence* 26, núm. 15 (octubre, 2011): 2947-2972.
- BAZO ROYO, María Teresa. "Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España". *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 36, núm. 1 (2001): 8-14.
- BONNIE, Richard J., y Robert B. Wallace, comps. 2002. *Elder Abuse: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Washington, D. C.: National Academies Press.
- BOVER BOVER, Andrew; M. L. Moreno Sancho; S. Mota Magaña; y J. M. Taltavull Aparicio. "El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención". *Atención Primaria* 32, núm. 09 (30 de noviembre, 2003): 541-551.

- COOPER, Claudia; Amber Selwood; y Gill Livingston. "The Prevalence of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review". *Age Ageing* 37, núm. 2 (marzo, 2008): 151-160.
- COYNE, A. C.; W. E. Reichman; y L. J. Berbig. "The Relationship between Dementia and Elder Abuse". *American Journal of Psychiatry* 150, núm. 4 (abril, 1993): 643-646.
- DOLAN, Vera F. "Risk Factors for Elder Abuse". *Journal of Insurance Medicine* 31 (1999): 13-20.
- DONG, X.; M. A. Simon; y M. Gorbien. "Elder Abuse and Neglect in an Urban Chinese Population". *Journal of Elder Abuse & Neglect* 19, núms. 3 y 4 (diciembre, 2007): 79-96.
- GARCÍA, Brígida, y Orlandina de Oliveira. 2004. *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México: El Colegio de México-Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales-Centro de Estudios Sociológicos.
- GARRE-OLMO, J.; X. Planas-Pujol; S. López-Pousa; D. Juvinyá; A. Vilá; y J. Vilalta-Franch. "Prevalence and Risk Factors of Suspected Elder Abuse Subtypes in People Aged 75 and Older". *Journal of the American Geriatrics Society* 57, núm. 5 (mayo, 2009): 815-822.
- GIRALDO RODRÍGUEZ, Martha Liliana, investigadora responsable. "Malos tratos hacia las personas adultas mayores. Una caracterización sociodemográfica en el Distrito Federal". Tesis de Doctorado. México: El Colegio de México, 2006a.
- _____. 2006b. *Análisis de la información estadística. Primera Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal*. México: Gobierno del Distrito Federal/Universidad

Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales.

- _____. 2012. "El maltrato a personas adultas mayores: una caracterización desde las denuncias en centros públicos de atención". En *El olvido de los años. Envejecimiento, violencia y políticas sociales*, coordinado por Sandra Elizabeth Mancinas Espinoza, 129-160. México: Editorial Clave/Universidad Autónoma de Nuevo León.
- HIRCH, C. H.; S. Stratton; R. Loewy. "The Primary Care of Elder Mistreatment". *Western Journal of Medicine* 170, núm. 6 (junio, 1999): 353-358.
- HOBAN, S. "Elder Abuse and Neglect ". *American Journal of Nursing* 100 (2000): 49-50.
- HOMER, A. C., y C. Gilleard. "Abuse of Elderly People by their Carers". *British Medical Journal*, núm. 301 (1990): 1359-1362.
- LACHS, M. S., y T. Fulmer. "Recognizing Elder Abuse and Neglect". *Clinical Geriatric Medicine* 9, núm. 3 (1993): 665-681.
- MOUTON, C. P. "Intimate Partner Violence and Health Status among Older Women". *Violence against Women* 9 (2003): 1465-1477.
- OCKLEFORD, Elizabeth; Yvonne Barnes-Holmes; Roberta Morichelli; Ayesha Morjaria; Francesca Scocchera; Frederick Furniss, Claudio Sdogati; y Dermot Barnes-Holmes. "Mis-treatment of Older Women in Three European Countries: Estimated Prevalence and Service Responses". *Violence against Women* 9, núm. 12 (2003): 1453-1464.

OLIVEIRA, Orlandina de; Marcela Eternod; y María de la Paz López. “La familia en México”. Documento preparado para el Comité Coordinador Nacional de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. México: El Colegio de México/ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1994.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2011. “Informe mundial sobre la discapacidad”. Disponible en línea: <http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/UNIVERSIDAD DE TORONTO Y DE RYERSON/INTERNATIONAL NETWORK FOR THE PREVENTION OF ELDER ABUSE. “Declaración de Toronto para la prevención global de maltrato a las personas mayores”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 37, núm. 6 (2002): 332-333.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2003. “El maltrato de las personas mayores”. En *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*, compilado por E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, y R. Lozano, 133-150. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

OROPESA, Ralph Salvatore, y Dennis P. Hogan. 1994. “The Status of Women in Mexico: An Analysis of Marital Power Dynamics”. Working Papers Series, núm. 94, parte 22 de Working Paper. University Park, Pennsylvania: Population Research Institute/Pennsylvania State University.

PAPADOPOULOS, Andrew, y Jenny La Fontaine, comps. 2000. En *Elder Abuse: Therapeutic Perspectives in Practice*. Speech-

mark Editions. Londres: Winslow Editions/Speechmark Publishing Ltd.

PHILLIPS, Linda R. 2005. "El género como factor de riesgo". En *Violencia contra personas mayores*, compilado por María Isabel Iborra Marmolejo, 97-111. Valencia, España: Editorial Ariel.

PHILLIPS, Linda R.; Jodi Glittenberg; y Anne Woodtli. "Nursing Intervention for Abuse of Aging Caregivers". Investigación coordinada por el National Institute on Aging, en colaboración con el National Institute of Drug Abuse y el National Institute of Justice, 1997.

PILLEMER, Karl, y David Finkelhor. "Causes of Elder Abuse: Caregiver Stress *versus* Problem Relatives". *American Journal of Orthopsychiatry* 59, núm. 2 (1989): 179-187.

PILLEMER, Karl, y J. J. Suitor. "Violence and Violent Feelings: What Causes them among Family Givers?" *Journal of Gerontology* 47, núm. 2 (julio, 1992): 165-172.

PODNIKS, Elizabeth. "National Survey on Abuse of the Elderly in Canada". *Journal of Elder Abuse and Neglect* 4, núms. 1/2 (1992): 5-58.

RENNISON, Callie, y Michael R. Rand. "Nonlethal Intimate Partner Violence against Women: A Comparison of Three Age Cohorts". *Violence against Women* 9, núm. 12 (diciembre, 2003): 1417-1428.

ROBLES SILVA, Leticia. "El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento". *Estudios Demográficos y Urbanos* 16, núm. 3 (2001): 561-583. El Colegio de México.

- SEEVER, Carol. "Muted Lives: Older Battered Women". *Journal of Elder Abuse & Neglect* 8, núm. 2 (1996): 3-21.
- STARK, E., y A. H. Flitcraft. 1998. "Woman Battering". En *Public Health and Preventive Medicine*, compilado por Robert B. Wallace, y Neal Komatsu, 1231-1238. Stamford, Connecticut: Appleton and Lange.
- TOLMAN, Richard M., y Larry W. Bennett. "A Review of Quantitative Research on Men Who Batter". *Journal of Interpersonal Violence* 5, núm. 1 (marzo, 1990): 87-118.
- VINTON, Linda. "Battered Women's Shelters and Older Women: The Florida Experience". *Journal of Family Violence* 7, núm. 1 (1992): 63-72.
- WHITTAKER, Terry. 1996. "Género y malos tratos a las personas ancianas". En *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*, compilado por Sara Arber, y Jay Ginn, 203-220. Madrid: Narcea, S. A. de Ediciones.
- WOLF, Rosalie S. "Suspected Abuse in an Elderly Patient". *American Family Physician* 59, núm. 5 (marzo, 1999): 1319-1320.
- YAN, E., y K. L. Chan. "Prevalence and Correlates of Intimate Partner Violence among Older Chinese Couples in Hong Kong". *International Psychogeriatrics* 24, núm. 9 (marzo, 2012): 1-10.
- ZINK, Therese; Sandra Regan; C. Jeffrey Jacobson Junior; y Stephanie Pabst. "Cohort, Period, and Aging Effects: A Qualitative Study of Older Women's Reasons for Remaining in Abusive Relationships". *Violence against Women* 9, núm. 12 (diciembre, 2003): 1429-1441.



Capítulo 6

Adultos mayores como cuidadores de otros: riesgos para su salud

*María Guadalupe Ruelas-González**

*Velia Nelly Salgado de Snyder***

INTRODUCCIÓN

Los cuidados informales que se ofrecen en el ámbito familiar a las personas —sobre todo a quienes padecen problemas de salud con limitaciones físicas o psicológicas— comienza a ser reconocida como un área prioritaria en el campo de la salud. Factores como el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas en los panoramas demográficos y epidemiológicos —así como el aumento de la participación de las mujeres en el ámbito laboral y los posibles daños a la salud que implica el ser cuidador de otros— han contribuido a situar dicho tema en las agendas de investigación y servicios. Aun cuando en el discurso se establece que la familia tiene a su cargo

* Doctora en Ciencias de la Salud Pública con área de concentración en Sistemas de Salud. Profesora investigadora en Ciencias Médicas, Instituto Nacional de Salud Pública. Líneas de investigación: salud y grupos vulnerables, envejecimiento, género, violencia y redes sociales.

** Doctora en Bienestar Social, University of California, Los Angeles (UCLA). Investigadora en Ciencias Médicas “F” del Instituto Nacional de Salud Pública-Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Sistema Nacional de Investigadores, Nivel III. Líneas de investigación: determinantes sociales de la salud, salud global, migración, envejecimiento y pobreza.

el cuidado de sus miembros más vulnerables, casi siempre es una mujer quien asume dicha responsabilidad; tal feminización del cuidado parece concentrarse en las mujeres mayores.

El presente trabajo tiene como objetivo presentar al lector los riesgos a los que son expuestos los adultos mayores cuidadores de otros. Primero, se hace referencia a las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en México, así como a los problemas que implica ser adulto mayor cuidador de otros y el cuidado de ellos mismos. Posteriormente, se presentan los resultados de un estudio que se llevó a cabo con adultos mayores que viven en condiciones de pobreza; el objetivo era identificar los riesgos relacionados con la tarea de cuidar de otros. Por último, se hace una discusión de los resultados encontrados y se aportan algunas recomendaciones de interés académico, de servicios y de políticas.

I. ANTECEDENTES

Las personas mayores constituyen actualmente el grupo poblacional en crecimiento más rápido del mundo. En el contexto mundial, en 2010 el porcentaje de personas de 60 años y más era de 600 millones; se estima que hacia 2025 esta cifra se duplicará y llegará a casi 2 000 millones hacia 2050, de los cuales la mayoría radica en países en vías de desarrollo (Consejo Nacional de Población [Conapo], 2007/2011). Tal rápida transición demográfica plantea un problema que nos distingue de los países desarrollados, pues mientras estos últimos han podido envejecer gradualmente y la edad cronológica tanto determina como regula las leyes de jubilación y provisión de servicios públicos, en los países en desarrollo se hace frente al problema de un desarrollo simultáneo al envejecimiento de la población; además, la tercera edad se vincula con limitacio-

nes físicas y dependencia económica (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México, 2003).

El envejecimiento poblacional al que hacemos frente en México es resultado de varios factores: aumento de la esperanza de vida y descenso de la mortalidad (debido a los avances tecnológicos en la medicina terapéutica y de prevención, así como a una cobertura de salud más extensa); caída en el índice de natalidad; e incremento en la emigración de nuestra población, sobre todo de los jóvenes. Las proyecciones para el año 2050 permiten anticipar que la pirámide poblacional continuará reduciéndose en su base (debido al descenso en la contribución de la población infantil) y engrosando su cúspide conforme la población alcance la edad de 60 años, lo cual producirá cambios notorios en la forma que adoptará la pirámide poblacional: cada vez más amplia en su cúspide y más estrecha en su base (Conapo, 2004).

En México las proyecciones indican que los adultos mayores llegarán a 36.2 millones para 2050; estiman que ese año el proceso de envejecimiento habrá culminado, y aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos tendrá más de 60 años. En 2010, México contaba con 10 millones de adultos mayores que representaban 9.06% de la población total, con una relación de 87 hombres por cada 100 mujeres. Se calcula una esperanza de vida de 20.9 años en los hombres y 22.9 años en las mujeres, lo que muestra una mayor sobrevivencia de la población femenina. Este hecho —entre otros— se refleja al encontrar una mayor proporción de mujeres sin pareja. El porcentaje de adultos mayores casados fue de 46.4% mujeres, 76% hombres. Estuvieron casados o unidos, 47.0% mujeres, 19.1% hombres; solteros, 7.6% mujeres, 4.9% hombres (Cárdenas Varela, González González, y Lara Dávila, 2012).

En cuanto a la conformación de hogares, los datos demográficos del 2010 indicaron que los hogares con jefe de familia de 60 años y más constituían 44.7% de tipo nuclear. En lo referente a hogares no familiares, 17.1% son unipersonales y 0.7%, corresidentes (Cárdenas Varela, González González, y Lara Dávila, 2012). Por lo que respecta al estado conyugal, hay diferencia entre hombres y mujeres en el rango de los 65-69 años; 80% de los hombres en dicho segmento de edad estaban unidos o casados, mientras que entre las mujeres sólo 54.1% vivía en pareja (Conapo, 2007/2011).

En México la familia sigue siendo el eje fundamental de la atención a las personas de edad; la mujer, principalmente, lleva la responsabilidad de prestar cuidados y proteger a los ancianos que viven en el hogar (Secretaría de Salud [ss], 2001). La familia —sobre todo en la cultura mexicana— desempeña un papel fundamental en la vida de las personas de mayor edad, pues ofrece apoyo afectivo e instrumental que resulta decisivo para la vida de los ancianos; su ausencia puede acarrear graves consecuencias en la salud, la calidad de vida y aun en la mejor sobrevivencia de los ancianos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992).

Sin embargo, no puede soslayarse la importancia que tienen las cambiantes circunstancias demográficas, sociales, políticas y económicas para la familia. En los últimos 20 años en los países desarrollados, las crisis económicas y el cambio político hacia posiciones más conservadoras causaron una regresión drástica en las políticas sociales y de desarrollo en general; ello ha influido en el apoyo que el Estado brinda, así como en los apoyos que la familia puede otorgar (Cabrerá, 2002). Por otro lado, cuando la proporción de personas de 15 años o menos cae abruptamente en relación con las de 60 o más, las estructuras sociales y económicas enfrentan grandes dificultades

en adaptarse (OMS, 1998), con una tendencia hacia hogares encabezados por mujeres y a la cifra cada vez mayor de ellas que participan en el mercado laboral. Aunado a lo anterior se encuentra la movilidad geográfica. En el caso de los adultos mayores, quienes han migrado de las zonas rurales a las urbanas, con frecuencia han de hacer frente a la pérdida de las redes sociales de apoyo (United Nations Organization [UNO], 2001). En estas circunstancias, la posibilidad de que las familias sean fuente primordial de apoyo para las personas mayores, se ve considerablemente disminuida.

Por otra parte, las personas mayores se encuentran por lo regular entre las más pobres en todas las sociedades; su seguridad material resulta, por tanto, una de las más grandes preocupaciones de la vejez. Muchos experimentan la misma falta de necesidades físicas, activos e ingresos que sienten los otros pobres, pero sin los recursos con que los adultos jóvenes—quienes despliegan más capacidad y más actividad—cuentan para compensarse (HelpAge, 2000).

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) señala que en 2010, 3.5 millones de personas mayores de 65 años se encontraban en pobreza; de ellas, 800 000 estaban en pobreza extrema. Asimismo, indica que en el mismo año 21.4% de este grupo de edad tenía carencia por falta de acceso a la alimentación (Coneval, 2011).

En México, los adultos mayores más desprotegidos son quienes viven en las zonas rurales y los que viven en la periferia de las grandes ciudades, es decir: quienes viven en pobreza. La mayoría de los ancianos pobres que no cuentan con derechohabencia, se ven obligados a pagar los costos de servicios privados de salud; dicho factor acelera su empobrecimiento, por lo cual disminuye su calidad de vida.

Datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) establecen que en 2010, del total de la población de adultos mayores, 27.4% no era derechohabiente del Sistema de Salud. Asimismo, el INEGI ha señalado que sólo uno de cada cinco adultos mayores gozaba de algún tipo de pensión: 67% eran hombres y 38.3%, mujeres. Tal dato resulta preocupante porque más de la mitad de los adultos mayores se encuentra conformado por mujeres, y su esperanza de vida es en promedio dos años mayor que la de los hombres; empero, dicha ventaja biológica se ve disminuida al tener que hacer frente a periodos más largos de vida, enfermedad y posible discapacidad.

Hasta el momento, los aportes establecen que el proceso de envejecimiento se acelera no sólo a una velocidad sin precedentes, sino también que es acompañado por un crecimiento en la demanda y utilización de servicios de salud (Comisión Económica para América Latina [CEPAL], 2003). De acuerdo con el Programa Nacional de Salud 2007-2012, entre 1991 y 2005 los egresos hospitalarios de las personas mayores de 65 años aumentaron 2.6 veces en los nosocomios públicos del país. Tal incremento también se ha reflejado en los servicios ambulatorios; por ejemplo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 30% de las consultas externas otorgadas durante 2002 correspondieron al grupo de adultos mayores (SS, 2007). La demanda y utilización de servicios de salud exige una cuantiosa reasignación de recursos. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha informado que el costo global medio de asistencia médica relacionada con el envejecimiento mundial, aumentará 41% en los próximos 50 años; concretamente en 36% en los países en desarrollo y 48% en los desarrollados (ONU, 2002).

Resulta evidente que nuestro sistema de salud no está preparado para hacer frente a los retos que plantea el envejecimiento poblacional en México. No contamos con infraestructura ni con recursos humanos (geriatras y especialistas en gerontología) suficientes para atender las necesidades cada vez más apremiantes de salud de los adultos mayores. Tenemos una grave deficiencia, por ejemplo, de geriatras. En México contamos con un geriatra por cada 50 000 habitantes; en contraste, la cifra recomendada a nivel mundial es de un geriatra por cada 10 000 habitantes (ONU, 2003).

La capacidad funcional del sistema biológico de las personas aumenta durante los primeros años de vida y disminuye conforme se envejece. En gran medida, el decaimiento en la salud puede explicarse por las conductas y exposición a riesgos a lo largo de la vida: dieta, actividad física, consumo de tabaco o alcohol, o exposición a sustancias tóxicas. En general, incluso en los países más pobres, las personas de edad avanzada padecen enfermedades crónicas no infecciosas: cáncer, diabetes, osteoporosis y trastornos cardiovasculares. La demencia es otro problema de salud que avanza con rapidez entre los adultos mayores de 85 años. Ante este perfil epidemiológico, los cuidados que requieren los adultos mayores conforme avanzan en edad, traen consigo un alto costo económico, social y familiar (World Health Organization [WHO], 2012).

Además de la demanda regular de servicios de salud por parte de los adultos mayores, las instituciones del sector se ven rebasadas en sus capacidades (infraestructura, insumos, recursos humanos, y otros) debido a la cantidad cada vez mayor de consultas médicas por padecimientos crónico-degenerativos, a la comorbilidad relacionada con la vejez y a la discapacidad, producto del prolongado deterioro físico y mental del anciano. La complejidad de los padecimientos de salud que presentan

los adultos mayores repercute en el costo y la calidad de las prestaciones del sistema de salud.

El proceso del envejecimiento representa un aumento de la vulnerabilidad ante cualquier agresión porque se produce una reducción global de los diferentes mecanismos de reserva del organismo. Probablemente el mayor efecto social y económico del envejecimiento se desprende de los cambios asociados con el estado de salud. De acuerdo con el INEGI, las cinco principales causas de mortalidad (por orden de importancia) para el año 2008 en el grupo de población de 60 años y más son *diabetes mellitus*, cardiopatías, tumores malignos, padecimientos cerebro-vasculares y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (INEGI, 2009). Además, dentro de las características de la salud de la población de edad avanzada, puede distinguirse la multimorbilidad en un mismo individuo (Gutiérrez-Robledo, 1994; De Alba Romero, Gorroñoigoitia Iturbe, Litago Gil, Martín Lesende, y Luque Santiago, 2001), de tal manera que el aumento de la longevidad va acompañado de un incremento en la prevalencia de enfermedades y muy probablemente de discapacidad y limitaciones en su funcionamiento cotidiano.

El impacto en la demanda de servicios de salud se concentra en patologías relacionadas con problemas crónico-degenerativos, cuyo tratamiento puede resultar costoso, prolongarse durante largo tiempo y tener efecto negativo en la economía familiar de los hogares que cuentan con ancianos. Tal repercusión negativa en la economía de la familia tendrá consecuencias mucho mayores entre los más pobres que no cuentan con acceso a servicios de salud.

Los estudios recientes sobre familias y hogares en América Latina a menudo mencionan la fuerte dependencia de los adultos mayores respecto del apoyo que les brinda la familia.

Ya sea por enfermedad, discapacidad o por el deterioro físico que ocurre de manera natural con el paso de los años, el adulto mayor puede requerir de cuidados y asistencia para realizar sus actividades cotidianas; incluso de mayor afecto y compañía (Palma Cabrera, 2004).

Ahora bien, aun cuando se ha documentado que la vejez se relaciona con la enfermedad y la dependencia (lo cual significa en muchos casos una carga social y económica para quienes los rodean), también es cierto que muchos adultos mayores se encuentran incorporados en el mercado laboral ya sea de manera formal o informal, además de participar activamente en labores o actividades domésticas. La Encuesta Nacional sobre Ocupación y Empleo 2009 establece que los varones que destinan tiempo a actividades domésticas lo hacen principalmente en el cuidado de personas que padecen limitaciones físicas y mentales, mientras que las mujeres asignan una considerable cantidad de su tiempo al cuidado de enfermos, a preparar alimentos, a realizar la limpieza de la vivienda, así como al cuidado de niños y otros miembros del hogar. De las dos terceras partes de los adultos mayores que no reportaron actividad laboral, 68.8% de las mujeres se dedican a labores del hogar; 51.5% de los hombres son jubilados o pensionados.

Por otra parte, en 2010 la población en rango de 65-69 años continuaba económicamente activa: hombres, 55.2% y mujeres, 16.8%; con la característica de percibir ingresos económicos muy exiguos (INEGI, 2009). Estos datos hacen evidente que el papel del adulto mayor ha ido cambiando en muchos hogares: ha pasado de la inactividad a su participación activa como cuidador de otros, en las labores domésticas, y trabajando para generar ingresos. La mayor carga de responsabilidades la soportan las mujeres ancianas como cuidadoras de otros miembros de la unidad doméstica (nietos, hijos, esposo),

quienes además pueden presentar enfermedad o discapacidad. Así, los roles tradicionales de género se mantienen en la vejez, pero traen consigo una carga más pesada para la mujer adulta mayor (Alonso Babarro, Garrido Barral, Díaz Ponce, Casquero Ruiz, y Riera Pastor, 2004).

El cuidado familiar de los ancianos ha sido objeto de diversos estudios; muchos de ellos coinciden en señalar la importancia que este tipo de cuidado tiene para los Sistemas de Salud (Vallés Fernández, Gutiérrez Cillán, Luquin Ajuria, Martín Gil, y López de Castro, 1998), pues en la mayor parte de los casos, los cuidadores realizan dicha actividad sin contar con apoyo profesional ni con periodos de descanso en una actividad que plantea una alta demanda física, social y emocional. Cuidar a un familiar anciano o enfermo no es tarea sencilla ya que los cuidadores deben resolver muchos y variados problemas cotidianos. Finalmente, lo más difícil del acto de cuidar consiste en que en muchos casos el propio cuidador soporta malestares que debe soslayar para atender las necesidades de las personas que tiene bajo su cuidado (Bonill de las Nieves, 2006; Peón Sánchez, 2004).

En los estudios revisados, se señala que ser cuidador de otros es percibido por los propios cuidadores como una situación estresante; ello se manifiesta en niveles altos de ansiedad y depresión (Moral Serrano, Ortega, López Matosas, y Pellicer Magraner, 2003). Otras consecuencias relacionadas con el desgaste que entraña cuidar y proteger a los miembros más vulnerables de la unidad doméstica son problemas físicos, aislamiento social, conflictos con otros miembros de la familia y una reducción importante de la economía familiar (Megido, Espinás, Carrasco, Copetti, y Caballé, 1999). Tal situación es la causa del empobrecimiento de los hogares donde viven ancianos enfermos, ya que aproximadamente la mitad de los

adultos mayores de 60 años no cuentan con derechohabiencia. Asimismo, algunos reportes señalan que los cuidadores de otros no atienden de manera adecuada sus propias necesidades de salud; no acuden a los servicios de salud; y en muchos casos padecen enfermedades que pasan inadvertidas por no contar con diagnóstico ni tratamiento oportuno (Gálvez Mora, y Ras Vidal, 2003). Dichas repercusiones negativas contextualizan la vida cotidiana de los cuidadores y se acentúan de modo importante en los que son cuidadores de enfermos.

Por otro lado, la literatura sobre el tema señala que ser cuidador de otros durante la vejez es percibido por el propio cuidador como una actividad gratificante, lo hace sentirse útil al contribuir a lograr una mejor relación con la persona que atiende; ello parece incrementar la confianza en sus propias habilidades y capacidades para hacer frente a nuevas crisis, situación que puede encontrarse a menudo cuando quienes reciben los cuidados son los nietos (Pinazo, y Ferrero, 2003).

Sin embargo no deben perderse de vista las propias características contextuales y de salud en que viven los adultos mayores en México —sobre todo las ancianas—, pues también se ha señalado que hay una elevada sobrecarga entre los cuidadores, y la carga es mayor a medida que aumenta la edad (Mittelman, Ferris, Schulman, Steinberg, y Levin, 1996). Así, estudios realizados han observado diferencias entre abuelos cuidadores y no cuidadores. Resultados de desempeñar roles de cuidadores son la carga y la tensión: tanto diversos trastornos depresivos como niveles altos de sentimientos de ira y hostilidad. Tales sentimientos a su vez pueden derivar en una autoevaluación negativa de su salud y de la presencia de síntomas psicósomáticos, trastornos cardiovasculares e inmunitarios (Robles Silva, 2003). Los contextos que llevan a estas situaciones son diversos y traen consigo riesgos relacionados por la entrada de

los abuelos en una situación de roles de tiempo trastocado o fuera del ciclo evolutivo normalizado (Sand, y Goldberg-Glen, 2000).

Es importante también mencionar el riesgo al que están expuestos los adultos mayores cuidadores de otros al llevar a cabo tales funciones. Por ejemplo, la literatura señala que las lesiones causadas por fuego y las quemaduras ocasionadas por el manejo de sustancias calientes se reportan con mayor frecuencia en las mujeres ancianas que realizan labores en el hogar (WHO, 2002). En un trabajo realizado por Ruelas-González, y Salgado de Snyder (2008) se establece que los cuidadores de otros presentan mayor cantidad de lesiones principalmente en el hogar, pero con diferencias por sexo: las mujeres se lesionaban por fuego y sustancias calientes (aceite, agua caliente, leños ardientes, entre otros), así como caídas; los hombres, por fuerzas mecánicas inanimadas y heridas (golpes, objetos punzocortantes y contacto traumático con herramientas manuales, entre otros).

Por otra parte, se ha establecido que el estrés de los cuidadores puede ser un factor coadyuvante en el maltrato, ya que por un lado carecen de apoyo instrumental para realizar sus labores, pero por otro son obligados a rendir cuentas del bienestar de quien recibe los cuidados, además de que frecuentemente son víctimas de sobrecarga de trabajo y negligencia (Comisión de Desarrollo Social Constituida en Comité Preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Segundo Periodo de Sesiones, 2002; Ruelas-González, y Salgado de Snyder, 2008; Hosmer, y Lemeshow, 2000).

Para los sistemas de salud, las labores que desempeñan los cuidadores resultan sumamente importantes, pues gracias a ese apoyo, evitan, retrasan o reemplazan la asistencia institucional temporal o de larga duración; evitan internaciones hospitalarias; y reducen los costos de la atención (Mittelman,

Ferris, Schulman, Steinberg, y Levin, 1996). La importancia de las actividades de los cuidadores debería traducirse en acciones encaminadas a protegerlos y atenderlos, tanto por la alta vulnerabilidad de las ancianas cuidadoras como por el empobrecimiento gradual de su propia calidad de vida en pos de proporcionar mejor y mayor atención a los que tienen bajo su responsabilidad. Actualmente la vinculación servicios de salud-cuidador es muy incipiente pese a la gran necesidad de contar con cuidadores y al incremento de su demanda.

El objetivo del presente trabajo fue identificar los factores sociodemográficos, de salud y de apoyo familiar que se relacionan con el ser cuidador de otros —a partir del auto-reporte— en adultos mayores que residían en colonias urbanas marginales de cuatro ciudades de la república mexicana.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio transversal, entre junio de 2004 y agosto de 2005, con adultos mayores (60 años y más) que residían en colonias urbano-marginales de los municipios de Cuernavaca, Chilpancingo, Guadalajara y Culiacán.*

El muestreo fue, por conveniencia, no probabilístico, y se fijó una cuota de 100 hombres y 100 mujeres por cada uno de los cuatro municipios. Los ancianos participantes fueron reclutados a partir de listados de los dirigentes de las colonias, Centros de Salud, iglesias y referencias comunales. Después de obtener su consentimiento informado, se proporcionó a los ancianos un cuestionario individual diseñado especialmente

* Investigación que se deriva del proyecto financiado parcialmente por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología: “Envejecimiento, Pobreza y Salud en Población Urbana” (Proyecto 2002-CO1-7419).

para tal estudio. Las colonias donde se trabajó habían sido identificadas por las autoridades municipales respectivas —al igual que por el Consejo Estatal de Población— como de “muy alta” y “alta” marginación, con base en los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Población (Conapo, 2001): falta de acceso a la salud y a la educación, viviendas inadecuadas, percepción de ingresos monetarios insuficientes y desigualdades de género. Previamente a la aplicación de la encuesta, se aplicó un *mini-mental test*. Se excluyó a los ancianos que vivían en casas de reposo o asilos; a quienes presentaran deterioro cognitivo de leve a severo, así como a los que padecieran problemas de hipoacusia y trastornos del lenguaje.

El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por las Comisiones de Investigación, Ética y Bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública. Al establecer contacto inicial con los adultos mayores, se les explicó el objetivo del estudio; también se les garantizó confidencialidad y anonimato. Asimismo, se les pidió su consentimiento informado por escrito, de acuerdo con los lineamientos éticos establecidos para las investigaciones que se realizan con sujetos humanos en la Declaración de Helsinki.

Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario —previamente probado—, el cual fue administrado por encuestadores con nivel de estudios mínimo de licenciatura, quienes además fueron capacitados en un curso de 40 horas sobre el manejo y aplicación del instrumento, el cual incorporó un total de 11 secciones. Para este trabajo, las secciones que se incluyeron en el análisis fueron:

- 1) Características sociodemográficas. Se incluyeron preguntas sobre sexo, edad, actividad laboral, estado civil, nivel de alfabetización o escolaridad y presencia de hijos.

2) Estado de salud por auto-reporte. Se les preguntó cuántas enfermedades padecieron y si tuvieron algún tipo de lesión física en el año previo a la encuesta. Para describir las lesiones, se identificaron los tipos y región anatómica afectada; fueron agrupadas por causa externa y codificadas de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (V01-X59). Quedaron cuatro grupos: 1) fuerzas mecánicas inanimadas; 2) caídas en un mismo nivel y caídas de un nivel a otro; 3) fuego y sustancias calientes; 4) otras causas externas.

En dicho grupo se incluyeron todas las causas que tuvieron baja frecuencia: accidentes de tránsito, accidentes causados por animales, exceso de esfuerzo y factores no especificados. En este mismo grupo se evaluó la presencia de sintomatología depresiva de acuerdo con la Escala de Depresión CES-D (González-Forteza, Wagner Echeagaray, y Jiménez Tapia, 2012); se utilizó como punto de corte ≤ 16 puntos para considerar la presencia de sintomatología depresiva. Asimismo, se preguntó directamente si el anciano encuestado había sido maltratado como consecuencia de algún conflicto familiar.

3) Apoyo familiar. Para ello se preguntó si realizaba labores en el hogar: lavar, planchar, cocinar, y otras actividades. El apoyo instrumental familiar: actividades u acciones encaminados a resolver problemas prácticos y facilitar la realización de tareas cotidianas (ejemplo: “¿Lo acompañarían a algún lado si usted lo pidiera?”), se evaluó mediante una escala de seis reactivos que fueron de “nunca” (1) a “siempre” (4). Se tomó como punto de corte la media (≤ 16) para considerar el apoyo familiar instrumental como “inadecuado”. De igual manera, el apoyo familiar emocional: expresiones o demostraciones de amor, afecto, estima o pertenencia, o los dos (ejemplo: “¿Qué tanto siente usted que lo aprecian?”), se evaluó mediante una escala de seis reactivos que fueron de “nada” (1) a “mucho” (4). Se

tomó como punto de corte la media (≤ 18), para considerar el apoyo familiar emocional como “inadecuado”. En el caso de los adultos mayores que manifestaron ser cuidadores de otros, se inquirió respecto de la cantidad de personas a las que cuidaban; y si alguna de ellas tenía alguna enfermedad o padecimiento, así como el tipo de enfermedad o padecimiento.

Finalmente, por medio del auto-reporte se determinó la variable dependiente, preguntando directamente al anciano(a) si era cuidador de otras personas. El ponderado final quedó (0) para quienes no reportaron ser cuidadores de otros y (1) para los que sí reportaron ser cuidadores de otros. La presente contribución se deriva parcialmente de los análisis estadísticos realizados para elaborar dos publicaciones previas (Ruelas-González, y Salgado de Snyder, 2006; y Ruelas-González, y Salgado de Snyder, 2009). Ambos trabajos fueron generados por el proyecto de investigación “Envejecimiento, Pobreza y Salud en Población Urbana”.

III. ANÁLISIS DE DATOS

Se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas. En el caso de las variables categóricas, se obtuvieron frecuencias y porcentajes para cada categoría. En el análisis bivariado para explorar la relación entre lesionados y no lesionados, se utilizaron la prueba de *Ji* cuadrada y la prueba Man Withney. Se empleó la regresión logística binaria simple y se calcularon razones de momios (RM) con intervalos de confianza a 95% (IC 95%) para determinar la fuerza de la asociación de las variables independientes. Finalmente, se ajustó un modelo multivariado de regresión logística binaria. La fuerza de asociación en el modelo fue expresada como razones de momios con intervalos de confianza a

95% (IC 95%). En el modelo multivariado final, se incluyeron las variables que en el análisis bivariado tuvieron un valor de ≤ 0.25 . Se realizó el análisis del factor de inflación de la varianza (VIF) con el propósito de evaluar la multicolinealidad entre las variables independientes. Se probaron interacciones; permanecieron en el modelo si su valor de p era menor a 0.15. La prueba de error de especificación (*linktest*) fue usada para probar el supuesto que asume que el *logit* de la variable de respuesta es una combinación lineal de las variables independientes. El ajuste del modelo se realizó con la prueba de bondad de ajuste usando un punto de corte de $p > 0.10$, para considerar un ajuste adecuado (Hosmer, y Lemeshow, 2000). Para el procesamiento de la base de datos, se utilizó el paquete estadístico Stata, versión 9.

IV. RESULTADOS

Del total de la muestra de 799 adultos mayores, 394 fueron hombres (49%) y 405, mujeres (51%), con un promedio de edad de 70 años \pm 8.1: 56% tenían pareja; 94% reportaron tener hijos; 55% no recibía ningún tipo de apoyo económico; y 39% trabajaban en varios oficios (albañil, plomero, pintor, jardinero, recogiendo productos de desecho; o bien se alquilaba tanto para hacer mandados como para realizar quehaceres domésticos en casas ajenas y para efectuar comercio informal, entre otros).

En suma, 275 (34%) adultos mayores reportaron tener funciones de cuidadores de otros. El total de personas que recibían cuidado fue de 512; la media de personas que los ancianos cuidaban fue de 2 (DE = 1.5) y el rango, de 1/12; entre ellos: nietos, bisnietos, esposo(a), hijos. Cuatro de cada 10

Cuadro 1
CARACTERÍSTICAS DE ADULTOS MAYORES
DE ACUERDO CON EL REPORTE DE CUIDADORES

<i>Variables</i>	<i>No cuidadores</i>		<i>Cuidadores</i>		<i>p</i>
	<i>N = 524</i>	<i>(%)</i>	<i>N = 275</i>	<i>(%)</i>	
Sexo					
Hombre	288	54.9	104	37.8	
Mujer	236	45.1	171	62.2	0.000
Edad					
> 70 años	264	50.3	88	32.0	
60-69 años	260	49.7	187	68.0	0.000
Analfabeto(a)					
Sí	230	43.9	117	42.6	
No	294	56.1	158	57.4	0.715
Tiene compañero(a)					
Sí	277	52.8	170	61.8	
No	247	47.2	105	38.2	0.015
Hijos					
Sí	487	92.9	266	96.7	
No	37	7.1	9	3.3	0.029
Trabaja					
Sí	208	39.7	104	37.8	0.605
No	316	60.3	171	62.2	
Tiene algún apoyo económico					
Sí	233	44.4	126	45.8	
No	291	55.6	149	54.2	0.715
Núm. enfermedades*	Media 3.9	DE 2.7	Media 4.1	DE 2.6	0.001
Lesionados					
Sí	176	33.6	114	41.4	
No	348	66.4	161	58.6	0.028
Sintomatología depresiva					
Sí	91	17.3	52	18.9	
No	433	82.7	223	81.1	0.589
Apoyo familiar instrumental					
Sí	98	19.0	38	13.0	
No	426	81.0	237	86.0	0.081
Labores en el hogar					
Sí	242	46.2	183	66.5	
No	282	53.8	92	33.5	0.000
Auto-reporte maltrato					
Sí	72	13.7	58	21.3	
No	437	83.4	211	76.7	0.026

* Por auto-reporte. Variables continuas Prueba de Man Withney.¹

FUENTE: Encuesta efectuada de junio de 2004-agosto de 2005 para el proyecto de investigación "Envejecimiento, Pobreza y Salud en Población Urbana".

personas cuidadas padecía alguna enfermedad crónica o mental, discapacidad, o manifestaba problemas de alcoholismo.

El cuadro 1 presenta los resultados descriptivos de la muestra de ancianos contrastando las características de los que reportaron y quienes no reportaron ser cuidadores de otros. También se presentan los niveles de significancia obtenidos en las pruebas de Ji^2 o ManWithney, según la variable.

Comparando entre cuidadores y no cuidadores, encontramos que las mujeres fueron el grupo en el que se presentó la mayor proporción de cuidadoras de otros (62%) ($p > 0.05$). Asimismo, entre los que eran cuidadores había una mayor proporción de adultos mayores jóvenes; es decir, entre los 60 y 69 años, que tenían compañero(a) e hijos ($p > 0.05$).

De igual modo (como se muestra en el cuadro 1), la media en cuanto a la cifra de enfermedades no fue significativa. Sin embargo, al comparar al interior de cada una de las enfermedades, se descubrió que el padecimiento de nervios fue estadísticamente significativo ($p < 0.05$). Además, fue mayor la proporción de adultos mayores cuidadores que reportaron lesiones en relación con los que no eran cuidadores ($p < 0.05$).

En cuanto a las lesiones reportadas por los adultos mayores cuidadores de otros, el hogar fue el sitio donde se presentó la mayor cantidad de hechos accidentales (57%). Por sexo, las mujeres (62%) reportaron un mayor número de lesiones ocasionadas por fuego y por el manejo de sustancias calientes. Los hombres (por su lado: 38%) reportaron mayor cantidad de lesiones ocasionadas por fuerzas mecánicas inanimadas, que —en su mayor parte— obedecían al tipo de oficio que desempeñaban, como la construcción y la plomería. Las partes del cuerpo afectadas fueron brazos/manos: 38%; piernas/pies: 31%; cabeza: 16%; y otras partes: 15%. Al comparar las causas externas de las lesiones presentadas (caídas, fuego y sustan-

cias calientes, fuerzas mecánicas inanimadas y otros tipos) entre no cuidadores y cuidadores de otros, sólo resultó significativo el fuego y el manejo de sustancias calientes ($p < 0.05$).

Para concluir con el cuadro 1, tanto el apoyo familiar instrumental como el apoyo familiar emocional no resultaron significativos ($p > 0.05$) al comparar entre adultos mayores cuidadores y no cuidadores de otros. En el grupo de ancianos cuidadores se encontró la mayor proporción de ancianos que realizaban labores o actividades en el hogar: planchar, lavar, hacer la comida, limpiar o hacer reparaciones de la vivienda, así como la mayor proporción de los que reportaron haber sido maltratados ($p < 0.05$).

En el cuadro 2 se presentan los resultados del análisis de las características relacionadas con los adultos mayores cuidadores de otros. Así, se estimó que ser mujer —en relación con ser hombre— aumenta la posibilidad de cuidar a otros (RM = 1.50; IC = 1.20-2.22). Los momios de ser cuidadores de otros fue mayor en los adultos que cuentan con más de 60 a 69 años (RM = 1.91; IC = 1.38-2.64) en relación con los que tienen más de 70 años. El hecho de tener compañero(a) representa 1.58 veces la posibilidad de ser cuidador de otro (RM = 1.58; IC = 1.13-2.22), en relación con los que no tienen compañero(a). Realizar labores domésticas en el hogar aumenta la posibilidad de ser cuidadores de otros (RM = 1.81; IC = 1.25-2.63), en relación con los que no realizan labores domésticas. No tener apoyo familiar instrumental aumenta la posibilidad de ser cuidador de otro (RM = 1.41; IC = 1.14-1.69), en relación con los que cuentan con apoyo familiar instrumental. Presentar lesiones físicas aumenta la posibilidad de ser cuidador de otros (RM = 1.39; IC = 1.20-1.92), en relación con los que no las presentaron. Por último, los momios de ser cuidadores de otros fueron mayores en los que reportaron haber sido maltratados como consecuencia de

problemas familiares (RM = 1.53; IC = 1.18-2.32), en relación con los que no reportaron maltrato.

Cuadro 2
ANÁLISIS MULTIVARIADO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA
DE ADULTOS MAYORES CUIDADORES

<i>Variables</i>	<i>RM ajustada*</i> <i>(IC 95%)</i>	<i>p</i>
Sexo		
Hombres	1*	
Mujeres	1.50 (1.20-2.22)	0.039
Edad		
> 70 años	1*	
60-69 años	1.91 (1.38-2.64)	0.000
Estado civil		
Sin compañero(a)	1*	
Con compañero(a)	1.58 (1.13-2.22)	0.007
Realiza labores domésticas en hogar		
No	1*	
Sí	1.81 (1.25 – 2.63)	0.002
Cuenta con apoyo familiar instrumental		
Sí	1*	
No	1.41 (1.14 – 1.69)	0.003
Reportó lesiones		
No	1*	
Sí	1.39 (1.20-1.92)	0.041
Reportó maltrato		
No	1*	
Sí	1.53 (1.18-2.32)	0.046

* Ajustada por todas las variables del cuadro.

FUENTE: Encuesta efectuada de junio de 2004-agosto de 2005, para el proyecto de investigación "Envejecimiento, Pobreza y Salud en Población Urbana".

Prueba de Bondad de Ajuste *lfit, group* (10): *number of observations* = 799; Hosmer-Lemeshow $\chi^2(8) = 6.40$; Prob > $\chi^2 = 0.6029$. Prueba de error de especificación (*linktest*) *hat p* = 0.012; *hatsq p* = 0.072.

CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo muestran que entre los factores que están relacionados con ser cuidador de otros en los adultos mayores incluidos en el estudio, se encuentran los siguientes: ser mujer, contar con 60 a 69 años de edad, tener compañero, realizar labores domésticas en el hogar, no contar con apoyo instrumental familiar, reportar haber tenido lesiones físicas y referir haber sido maltratado como consecuencia de problemas familiares, lo cual concuerda con otros estudios revisados (Alonso Babarro, Garrido Barral, Díaz Ponce, Casquero Ruiz, y Riera Pastor, 2004; Gálvez Mora, y Ras Vidal, 2003; Pinazo, y Ferrero, 2003; Comisión de Desarrollo Social Constituida en Comité Preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Segundo Periodo de Sesiones, 2002; Arlaes Yero, Hernández Sori, Rojas Cruz, y Hernández Sori, 1998).

Ser cuidador de otros ha comenzado a constituirse en un área prioritaria en el campo de la salud, debido al envejecimiento, al aumento de las enfermedades crónicas (Robles Silva, 2003), al incremento de los costos en los servicios de salud y debido a los problemas de salud que impactan en el cuidador, así como a la calidad de atención que se brinda a la persona cuidada.

El rol de género en los cuidadores está permeado por los aspectos culturales y sociales, por lo que no resulta sorprendente encontrar en la bibliografía el hecho de que las mujeres desempeñan el papel de protectoras y cuidadoras de los miembros más débiles, sobre todo de la vejez (ss, 2001). Aun cuando son pocos los estudios respecto del rol que desempeña la mujer de edad avanzada, lo cierto es que también el papel de cuidadoras es cumplido por las mujeres adultas mayores, quienes en definitiva forman parte de una red de apoyo con diferentes

generaciones, en el cuidado de nietos, hijos, esposo (Pinazo, y Ferrero, 2003). Es posible que los cambios demográficos (envejecimiento poblacional), sociales (hogares donde conviven tres o cuatro generaciones), económicos (mayor participación de la mujer en el campo de trabajo), contribuyan —entre otros factores— a la participación de la mujer anciana en el cuidado de otros (Montes de Oca Zavala, 1999).

Es importante hacer notar que uno de los grupos poblacionales más pobres lo constituyen las mujeres adultas mayores. Paradójicamente, ellas son las principales cuidadoras de otros en los estratos de ingresos más bajos; es decir, los más pobres (HelpAge, 2000). Los que viven en la pobreza generalmente mantienen las prevalencias más altas de diversos padecimientos; posiblemente incluyan a las propias mujeres ancianas cuidadoras de otros, por lo que esta actividad se suma a los diferentes roles (Alustiza-Galarza, 2005) que ejercen las ancianas simultáneamente: ser madres, esposas, abuelas, lo cual las ubica en posiciones sumamente vulnerables.

En la literatura revisada se encontró que la edad de la mujer adulta mayor cuidadora es muy variada: alcanza rangos de 60 hasta 80 años y más (Fernández Larrea, Clúa Calderín, Báez Dueñas, Ramírez Rodríguez, y Prieto Díaz, 2000). En el presente estudio se encontró una asociación entre ser cuidador y tener edad de 60-69 años; no se encontró relación con adultos mayores cuidadores que cuenten con más de 70 años. Ello puede deberse a que la merma de las funciones fisiológicas y biológicas —así como la aparición de enfermedades y discapacidad—, va presentándose conforme aumenta la edad; por lo cual la proporción de ancianos cuidadores tiende a disminuir con la edad avanzada, incluso cuando el cuidador adulto mayor puede convertirse en el que recibe el cuidado.

En algunos estudios se ha encontrado que al interior de las familias, las esposas constituyen la principal fuente de apoyo y cuidados, tanto en la vida cotidiana como en situaciones de crisis (ss, 2001). La tarea de cuidar entraña una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y sociofamiliar que indudablemente se intensifica toda vez que algún miembro sufre alguna enfermedad invalidante que lo hace dependiente de otro y que requiere cuidados de salud permanentes y más especializados (Gálvez Mora, y Ras Vidal, 2003); empero, también se ha señalado que en los cuidadores (sobre todo de los nietos) puede prevalecer una situación de gratificación, de sentimientos de utilidad y de percepción de una mejor calidad de relación con la persona a quien se dedican los cuidados (Pinazo, y Ferrero, 2003).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio sugieren que hay una relación entre ser cuidador de otros y estar casada(o). De igual manera, al analizar el tipo de personas que eran cuidadas, encontramos que una tercera parte eran esposos(as), además de otros miembros de la familia. Desafortunadamente, la pregunta utilizada en nuestro cuestionario no permitió identificar quiénes de las personas cuidadas estaban enfermos; ello se debe a que sólo se preguntó si alguna de las personas a las que cuidaba, padecía algún problema de salud. Asimismo, no fue posible diferenciar el tipo de relación que sostenían los adultos mayores cuidadores con los que recibían sus cuidados, debido a que más de la mitad de los cuidadores tenían a su cargo a más de una persona (rango de personas cuidadas: 1/12). Aun cuando en nuestro estudio la relación entre ser cuidador y presentar niveles altos de sintomatología depresiva no resultó significativa, al relacionar a los cuidadores con el tipo de enfermedad que padecían, se encontró una asociación significativa con padecer problemas de los nervios.

Según estudios previos, los cuidadores tienen sobrecargas de trabajo; entre ellas se encuentran las actividades que deben realizar en el hogar, además de otras responsabilidades asignadas. Corren el riesgo de convertirse en un segundo paciente, ya que en la mayor parte de los casos no cuentan con apoyo profesional ni con periodos de descanso para esta actividad, la cual desgasta física, social y emocionalmente (Bonill de las Nieves, 2006). Así pues, la modificación del rol tradicional del adulto mayor de inactividad y reposo a su participación como cuidador de otros y en labores domésticas, puede acarrear riesgos de que los ancianos sufran lesiones (HelpAge, 2000). En nuestro estudio encontramos una asociación significativa entre ser cuidadores de otros, realizar labores domésticas en el hogar y padecer lesiones, lo cual coincide con la literatura (ONU, 2002). Es posible que la carga de trabajo en las labores del hogar —aunado a ser cuidador de otros—, contribuya a la aparición de lesiones accidentales en los adultos mayores.

Respecto de las lesiones reportadas por los adultos mayores cuidadores de otros, en los análisis encontramos diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las causas externas de las lesiones. Mientras que para los hombres fue mayor la frecuencia de lesiones por fuerzas mecánicas inanimadas, para las mujeres fueron el fuego y las sustancias calientes. Es factible que estos aspectos —entre otros— obedezcan a los roles de género asignados a cada sexo según sus actividades. Además, al comparar las causas externas entre cuidadores y no cuidadores, sólo resultaron significativas las causas por fuego y sustancias calientes debido al uso de brasas, aceite y agua caliente; ellas aparecen en actividades como cocinar, que fueron reportadas por las mujeres cuidadoras de otros.

Continuando con las lesiones, es importante señalar que el hogar fue el sitio donde se reportó la mayor parte de ocurrencia

de las lesiones, lo cual concuerda con otras publicaciones (Arlaes-Yero, Hernández Sori, Rojas Cruz, y Hernández Sori, 1998). Datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática establecen que el hogar ocupa el segundo lugar donde se presenta la mayor frecuencia de defunciones causadas por lesiones accidentales y violentas (INEGI, 2004). Esta situación nos obliga a plantear la importancia de identificar los riesgos en los hogares donde habitan personas ancianas, sobre todo quienes son cuidadoras y viven en condiciones de pobreza, cuyas viviendas presentan riesgos adicionales. El hogar es el lugar donde pasan más tiempo los ancianos, lo cual puede significar que la mayor cantidad de lesiones ocurra en este sitio (HelpAge, 2000); pero también puede contribuir a tal hecho la sobrecarga tanto física como psicológica de ser cuidador y realizar labores en el hogar.

Otro escenario relacionado son los cambios en la estructura familiar que repercuten negativamente en el apoyo que la familia puede brindar al anciano; ellos pueden contribuir a que ocurran lesiones accidentales (HelpAge, 2000; OMS, 2002a). En nuestro estudio, se encontró que ser cuidador se relaciona con el inadecuado apoyo familiar instrumental.

En México, la familia desempeña un papel significativo en la promoción del bienestar generalizado de la población envejecida, ya que promueve la satisfacción emocional y psicológica de sentirse acompañado y poder ser parte de una relación recíproca de atención. No obstante, si el cuidado y el apoyo emocional e instrumental familiar son importantes en la calidad de vida de los ancianos, se convierten en relevantes cuando se trata de un adulto mayor cuidador de otros (OMS, 1992; Roberto, 1992). En estudios realizados sobre cuidadores, se establece la sobrecarga de trabajo en el hogar en una persona, la no percepción familiar de que la problemática es

de todos, así como la aparición de conflictos entre cuidadores y otros miembros de la familia; además, se establece que los cuidadores presentan mayores problemas de salud cuando el apoyo familiar es menor, y mayor la disfunción familiar (Moral Serrano, Ortega, López Matosas, y Pellicer Magraner, 2003). La asociación encontrada en el estudio entre ser cuidador y no contar con apoyo familiar instrumental adecuado —así como la relación de ser cuidador y reportar maltrato como consecuencia de problemas familiares—, evidencia la importancia que cobran las relaciones familiares y el apoyo familiar en el cuidador de otros.

Cuidar de otros implica asumir responsabilidades y resolver muchos y variados problemas cotidianos. La calificación de una conducta como “maltrato”, “descuido” o “explotación”, dependerá —probablemente— de la frecuencia con que se produzca, su duración, gravedad y consecuencias; pero sobre todo, dependerá del contexto cultural. Diversos estudios han establecido al cuidador como probable perpetrador del acto del maltrato debido al estrés al que está expuesto (ONU, 2003). Sin embargo, es posible que a quien se señala como posible victimario resulte también la víctima, debido a la explotación, la carencia de un apoyo instrumental y los conflictos imperantes en la familia.

Entre las limitaciones del presente trabajo que es conveniente tomar en cuenta para una adecuada interpretación de los resultados, se encuentran el diseño transversal; por ello no pueden obtenerse relaciones de tipo causal entre las variables dependientes e independientes. Otra es la selección de la muestra, pues resulta posible que la población no esté plenamente representada; por ello sus resultados no pueden ser extrapolados a la población en general. Además, la muestra de ancianos vivía en contextos de alta marginación y pobreza (Conapo,

2001; Negrete Salas, 2003). También hay que tomar en cuenta un posible sesgo de memoria pues se preguntó a los ancianos si habían presentado lesiones en el último año (Avila-Burgos, Ramírez-Valverde, Martínez-Damián, Cruz-Valdez, Santiago-Cruz, y Medina-Solis, 2005). Los indicadores subjetivos han sido reconocidos como indicadores útiles entre grupos de adultos mayores (Wong, Peláez, y Palloni, 2005); entre otras razones porque pueden ser aplicados fácilmente en encuestas y permiten la colección de una gran diversidad de datos.

Por lo anterior, las recomendaciones que se derivan del presente estudio buscan profundizar en el conocimiento y proponer nuevas líneas de trabajo a futuro. De igual manera, son recomendaciones encaminadas hacia programas y políticas; además, tienen repercusión en el diseño de intervenciones en el campo de la prevención primaria.

Se considera necesario ampliar los estudios con una perspectiva de género y analizar tanto ámbitos individuales como contextuales. Es importante profundizar en el conocimiento de las redes familiares del adulto mayor cuidador, el impacto psicológico, físico y social que acarrea en su calidad de vida el hecho de ser cuidador para cada uno de los diferentes grupos de personas que cuidan (niños, adolescentes, ancianos, y otros), la cantidad de personas que cuidan, así como en el caso de ser enfermos o no; el peso que tienen las lesiones y la gravedad de las mismas, vinculadas con las labores que realizan en el hogar; el apoyo familiar, la carga de trabajo y las diferentes conductas o acciones que conducen al cuidador al maltrato. Profundizar en este conocimiento dará mayores herramientas a los sistemas de salud para poder definir las acciones que haya que emprender; asimismo, es conveniente identificar los logros observados en otros países así como su posible adaptación e instrumentación en México.

Resulta fundamental promover programas en la atención primaria de los adultos mayores cuidadores, debido a que la tarea de cuidar trae consigo una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y sociofamiliar que es necesario conocer, diagnosticar a tiempo y tratar de prevenir. Asimismo, es importante integrar en la atención del paciente la asistencia al cuidador: vincular los servicios de salud del enfermo y su cuidador; ello entrañaría una mejor calidad de vida de ambos: tanto del adulto mayor que recibe los cuidados como del que los proporciona. Por otra parte, es recomendable que los sistemas de salud cuenten con un registro de los cuidadores que colaboran desde sus hogares con la atención de la salud de sus pacientes; ello con el fin de dar cuenta de la magnitud del problema.

Entre las labores importantes de los Sistemas de Salud se encuentra desarrollar programas y acciones enfocadas a prevenir los daños en la salud de quienes suministran los cuidados, sin descuidar los problemas de salud de quienes reciben su atención (con hincapié en los adultos mayores). La promoción a la salud es un elemento básico para reducir o eliminar el problema de los cuidadores. Así pues, resulta necesario crear programas orientados hacia una mayor sensibilización y comprensión del problema tanto en la ciudadanía como en los proveedores de servicios de salud, y capacitar a los adultos mayores cuidadores sobre su propio autocuidado.

Actualmente —debido al aumento en la esperanza de vida—, la población está constituyéndose en un porcentaje considerable por personas mayores dependientes o que padecen problemas de salud. El papel de cuidador de otro —sobre todo en la vejez— ha sido depositado en la familia; en especial en la mujer, quien muchas de las veces es una mujer adulta mayor. Este hecho resulta fundamental para los Sistemas de

Salud ya que tiene repercusiones en los costos de la atención. Es importante diseñar soluciones sobre los riesgos y problemas de salud del propio cuidador. La profundización del conocimiento, sensibilización de la sociedad, capacitación de proveedores de servicios y desarrollo de estructuras en el sistema de salud, permitirán prevenir tanto los problemas de salud del cuidador como mejorar la calidad del cuidado de otros.

REFERENCIAS

- ALBA ROMERO, C. de; A. Gorroñogoitia Iturbe; C. Litago Gil; I. Martín Lesende; y A. Luque Santiago, coorda. “Actividades preventivas en los ancianos”. *Grupos de Expertos del PAPPS. Atención Primaria* 28, suplemento 2 (noviembre, 2001): 161-190.
- ALONSO BABARRO, A.; A. Garrido Barral; A. Díaz Ponce; R. Casquero Ruiz; y M. Riera Pastor. 2004. “Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS”. *Atención Primaria* 33, núm. 2 (15 de febrero, 2004): 61-68.
- ALUSTIZA-GALARZA, A. “Entorno familiar de las personas con discapacidad. Algunos resultados preliminares para el País Vasco de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 40, núm. 6 (diciembre, 2005): 345-350.
- ARLAES YERO, Lidia; Gilberto Hernández Sori; Iliana Rojas Cruz; y Freddy Hernández Sori. “Factores de riesgo asociados a los accidentes en el hogar”. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 14, núm. 6 (1998): 581-585.

AVILA-BURGOS, L.; G. Ramirez-Valverde; M. A. Martinez-Damian; A. Cruz-Valdez; M. J. Santiago-Cruz; y C. E. Medina-Solis. 2005. "Socioeconomic Determinants of Inequality and Self-Reported Morbidity among Adolescents in a Developing Country". *Saudi Medical Journal* 26, núm. 10 (octubre, 2005): 1617-1623.

BONILL DE LAS NIEVES, Candela. "Vivir al día. Experiencia de Carmen, cuidadora de su marido enfermo de Alzheimer". *Revista Index de Enfermería* 15, núms. 52-53 (2006): 64-68.

CABRERA, Gustavo. "El envejecimiento demográfico en el mundo". *Demos. Carta Demográfica sobre México* (2002): 42-43.

CÁRDENAS VARELA, César Luis; César Alfredo González González; y Héctor E. Lara Dávila. 2012. *Numeralia de los adultos mayores en México*. Instituto de Geriatria. Disponible en línea: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/doctos_institucionales/numeralia_envejecimiento_2012.pdf> [Consulta: 2 de abril de 2012].

COMISIÓN DE DESARROLLO SOCIAL CONSTITUIDA EN COMITÉ PREPARATORIO DE LA SEGUNDA ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO. SEGUNDO PERIODO DE SESIONES. 2002. "El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial". Nueva York: Organización de las Naciones Unidas-Consejo Económico y Social.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL. 2011. *Día de la población adulta mayor*. México: Dirección de Información y Comunicación Social.

- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. 2001. *Índices de marginación, 2000*. México: Consejo Nacional de Población.
- _____. 2004. *Envejecimiento de la población de México: reto del siglo XXI*. México: Consejo Nacional de Población.
- _____. 2005. "Día mundial de la población". *Boletín informativo*. México: Consejo Nacional de Población.
- _____. 2007/2011. "28 de agosto, día nacional del adulto mayor". *Boletín informativo*. México: Consejo Nacional de Población.
- FERNÁNDEZ LARREA, Niuris; Ana Margarita Clúa Calderín; Rosa María Báez Dueñas; Milvia Ramírez Rodríguez; y Vicente Prieto Díaz. "Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos". *Revista Cubana de Medicina General Integral* 16, núm. 1 (enero-febrero, 2000): 6-12.
- GÁLVEZ MORA, J., y E. Ras Vidal. "Perfil del cuidador principal y valoración del nivel de ansiedad y depresión". *Atención Primaria* 31, núm. 5 (marzo, 2003): 338-339.
- GONZÁLEZ-FORTEZA, Catalina; Fernando A. Wagner Echeagaray; y Alberto Jiménez Tapia. "Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico". *Revista Salud Mental* 35, núm. 1 (enero-febrero, 2012): 13-20. México: Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".
- GUTIÉRREZ-ROBLEDO, L. Caídas. 1994. *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Publicación Científica, 546. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

- HELPAGE. 2000. *El informe sobre el envejecimiento y el desarrollo: un resumen. Pobreza, independencia y las personas mayores en el mundo*. Londres: HelpAge International.
- HOSMER, David W. Jr., y Stanley Lemeshow. 2000. *Applied Logistic Regression*. Wiley Series in Probability and Statistics. Nueva York: John Wiley & Sons Interscience Publication.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. 2004. *Estadísticas Demográficas*. Cuaderno Número 16. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- _____. 2007. *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- _____. 2009. *Estadísticas de mortalidad 1998-2008*. Base de datos sobre mortalidad. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- MEGIDO, María Jesús; J. Espinás; R. M. Carrasco; S. Copetti; y E. Caballé. “La atención de los cuidadores del paciente con demencia”. *Atención Primaria* 23, núm. 8 (1999): 493-495.
- MITTELMAN, Mary S.; Steven H. Ferris; Emma Schulman; Gertrude Steinberg; y Bruce Levin. “A Family Intervention to Delay Nursing Home Placement of Patients with Alzheimer Disease”. *Journal of the American Medical Association* 276, núm. 21 (4 de diciembre, 1996): 1725-1731.
- MONTES DE OCA ZAVALA, Verónica. 1999. “Diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México”. *Papeles de Población* 19 (1999): 149-172. Estado de México: Universidad Autónoma del Estado de

México-Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población.

MORAL SERRANO, M. S.; J. Juan Ortega; M. J. López Matosas; P. Pellicer Magraner. “Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio”. *Atención Primaria* 32, núm. 2 (2003): 77-83.

NEGRETE SALAS, María Eugenia. “El envejecimiento poblacional en la Ciudad de México: evolución y pautas de distribución espacial entre 1970 y 2000”. *Papeles de Población* 9, núm. 37 (julio-septiembre, 2003): 107-127. Estado de México: Universidad Autónoma del Estado de México-Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población.

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS EN MÉXICO. 2003. *Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México*. México: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. 2002. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, España, 8-12 de abril de 2002. Madrid: Organización de las Naciones Unidas.

_____. 2003. *Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento*. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002. Nueva York: Naciones Unidas.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1992. “El papel del Estado y la familia. La salud de los ancianos, una preocupación de todos”. *Comunicados para la salud*, núm. 3. Washington, D. C.: Organización Mundial de la Salud.

- _____. 1998. "Salud de las personas de edad". 25 Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- PALLONI, Alberto, y Martha Peláez. "Informe sobre salud, bienestar y envejecimiento: la salud en las personas adultas en América Latina y el Caribe". Reunión Intergubernamental sobre Envejecimiento. Chile, 19-21 de noviembre, 2003.
- PALMA CABRERA, Yolanda. "La gran metrópoli y los viejos. La población mayor en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. Investigación en Salud y Demografía". *Demos. Carta Demográfica sobre México*, núm. 15 (2004): 36-37.
- PEÓN SÁNCHEZ, María Jesús. 2004. "Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer. Prevención y cuidados en el 'síndrome del cuidador'". *Enfermería Científica*, núms. 264-265 (marzo-abril, 2004): 16-22.
- PINAZO, Sacramento, y Cristina Ferrero. "Impacto psicosocial del acogimiento familiar en familia extensa: el caso de las abuelas y los abuelos acogedores". *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 13, núm. 2 (2003): 89-101.
- RANDEL, Judith, y Tony German. 1999. *The Ageing and Development Report: Poverty, Independence and the World's Older People*. Londres: Routledge.
- ROBERTO, Karen A. "The Role of Social Supports in Older Women's Recovery from Hip Fractures". *Journal of Applied Gerontology* 11, núm. 3 (1992): 314-325.
- ROBLES SILVA, Leticia. 2003. "Género, pobreza y cuidado: la experiencia de mujeres cuidadoras pobres urbanas". En *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*,

editado por Velia Nelly Salgado de Snyder, y Rebeca Wong, 123-151. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.

RUELAS-GONZÁLEZ, María Guadalupe, y Velia Nelly Salgado de Snyder. 2006. “El maltrato en el adulto mayor: factores de riesgo en un contexto de pobreza”. En *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio de cuatro ciudades de México*. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.

_____. “Lesiones accidentales en adultos mayores: un reto para los sistemas de salud”. *Salud Pública de México* 50, núm. 6 (noviembre-diciembre, 2008): 463-471.

_____. “Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México”. *Revista Chilena de Salud Pública* 13, núm. 2 (2009): 90-99.

SAND, Robert G., y Robin S. Goldberg-Glen. “Grandparent Caregivers’ Perception of the Stress of Surrogate Parenting”. *Journal of Social Service Research* 26, núm. 3 (2000): 77-95.

SECRETARÍA DE SALUD. 2001. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México: Secretaría de Salud/Instituto Mexicano del Seguro Social/Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

_____. 2007. *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: Secretaría de Salud.

UNITED NATIONS ORGANIZATION. 2001. “Second World Assembly on Ageing 2001”. Madrid: United Nations Organization.

- UNIVERSIDAD DE MURCIA. 1999. "Propuesta de creación del Instituto del Envejecimiento". Murcia: Universidad de Murcia.
- VALLÉS FERNÁNDEZ, M. N.; V. Gutiérrez Cillán; A. M. Luquin Ajouria; M. A. Martín Gil; F. López de Castro. "Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia". *Atención Primaria* 22, núm. 8 (1998): 481-485.
- WONG, Rebeca; Martha Peláez; y Alberto Palloni. 2005. "Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador". *Revista Panamericana de Salud Pública* 17, núms. 5-6 (2005): 323-332.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2002. "Burns". En *Media centre. WHO news. Fact sheets*. Ginebra, Suiza: World Health Organization. Disponible en línea: <www.who.int/media-centre/factsheets/fs365/en/>.
- _____. 2012. "Ageing and Lifecourse". En *Interesting Facts about Ageing* (28 de marzo, 2012). Disponible en: <<http://www.who.int/ageing/about/facts/en/index.html>> [Consulta: 2 de abril de 2012].
- ZÚÑIGA, Elena, y María Cristina Gomes da Conceição. 2002. *Pobreza, curso de vida y envejecimiento poblacional en México*. México: Consejo Nacional de Población.



Capítulo 7

El lugar de la vejez en el discurso intergeneracional*

*Zoraida Ronzón Hernández***

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación, entrevisté a tres grupos de coresidencia que habitan en Tlalpan. Prioridad: personas de más de 60 años de edad y algunos miembros de otras generaciones. Finalidad: obtener discursos respecto de un tema: ser, estar y vivir como viejo. Mi investigación se enmarca en los estudios del lenguaje, desde donde analizo los discursos producidos por tres generaciones en torno a los rubros nombrados. El análisis del discurso me permite enriquecer una perspectiva no sólo antropológica, sino ubicada en la enunciación de los individuos, en un contexto social determinado, pues “[...] el lenguaje tiene un lado individual y un lado social, y no puede concebirse uno sin el otro” (Saussure, 1980: 34). Por ello —como señala Jakobson—, “[...] nuestra meta máxima consiste en la observación de la lengua en toda su complejidad” (1981: 15).

* Este trabajo se desprendió de una investigación más amplia que se presentó como tesis para obtener el grado de Maestría en Antropología Social en 2003.

** Doctora en Antropología, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Profesora investigadora de la Universidad Autónoma del Estado de México-Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población.

I. LA INVESTIGACIÓN

Algunos estudios que influyeron en la presente investigación se desarrollaron con base en la Encuesta Nacional sobre el Envejecimiento, que se llevó a cabo por primera vez en México en 1994. Dicha encuesta ha sido tomada como fuente de información por diferentes autores y ha derivado en trabajos que observan características no sólo cuantitativas sino también cualitativas; además, se han adentrado en aspectos como los servicios de salud disponibles para los ancianos (Wong, y Figueroa, 1999) o en los apoyos sociofamiliares en esta etapa de la vida (Montes de Oca Zavala, 1999a; 1999b), entre otros aspectos. A finales de la década de los noventa, surgen compilaciones en México de artículos que buscan soluciones o que por lo menos muestran la realidad que vive el país debido al incremento de la población anciana; entre los principales o más conocidos autores dentro de la investigación de la vejez, se encuentran demógrafos sociales como Roberto Ham Chande (1999), María Cristina Gomes da Conceição (1997; 2001), Verónica Montes de Oca Zavala (1999a; 1999b), Rodolfo Tuirán (1999) y algunos otros.

Parto de la premisa de que vivimos la vida cotidiana a partir del lenguaje (Ricci Bitti, y Zani, 1990: 93), ya que de nuestro manejo del lenguaje depende cómo aprehendemos nuestro entorno y nos movilizamos dentro de un contexto cultural, propio o ajeno. Mediante el estudio de las manifestaciones lingüísticas, podemos conocer, aprender y comprender las diferentes formas de vivir, lo cual es uno de los intereses medulares de los antropólogos. Mi interés por incursionar en los estudios del lenguaje se debe a que busco registrar diferentes concepciones sobre la vejez y cómo se vive ésta; todo ello reflejado en el discurso.

El análisis me permitirá obtener e interpretar concepciones intergeneracionales de la vejez.

Así focalizo la problemática desde la antropología. Me interesa lo que los individuos enuncian respecto de cómo se concibe y se vive la vejez; asimismo, intento cubrir un aspecto del fenómeno que hasta ahora no se ha considerado.

Mi acercamiento al material se realiza desde una perspectiva antropológica, la cual se interesa en los aspectos cualitativos del fenómeno que son significativos en los discursos de seres humanos quienes se encuentran en esa etapa de la vida o conviven con un familiar anciano.

Los objetivos principales del presente trabajo son:

- Mostrar las coincidencias y las diferencias existentes en el discurso de tres generaciones en relación con la percepción de la vejez.
- Evidenciar mediante el discurso cómo observa cada miembro del grupo el desarrollo de las relaciones intergeneracionales.

De acuerdo con la hipótesis, las concepciones sobre la vejez tienen una variación generacional, que se manifiesta en el discurso enunciado por los diferentes integrantes del grupo de coresidencia de un anciano respecto de lo que significa ser, estar o volverse viejo; asimismo, la manera como se vive o debe vivirse (o los dos casos) la vejez, proyecta las vivencias, modos de pensar, cultura o ideología de cada uno, según su generación.

Conjeturo que

- El discurso mostrará que cada generación concibe la vejez de manera diferente, por lo cual se evidenciarán diferencias y similitudes en este eje generacional.

- El discurso intergeneracional puede mostrar que la coresidencia intergeneracional no se lleva de manera armónica para todos, y que cada grupo crea o construye tácticas propias para mantener una armonía o equilibrio en sus relaciones intergeneracionales.

Me intereso en el discurso producido por el anciano y su grupo de coresidencia¹ en torno a dos temas fundamentales: 1) la concepción de la vejez y 2) las relaciones intergeneracionales.

La perspectiva que guía el presente trabajo es la antropológica, basada en los estudios del lenguaje, que atiende a la manifestación lingüística, donde el análisis del discurso permite “interpretar la riquísima trama de relaciones sociales” (Prieto, 1994: 153) que se desenvuelven en su uso y me conducirán al escenario del anciano urbano, pues todos y cada uno de nosotros los seres humanos, nos movemos en el mundo socio-cultural como constructor de nuestros discursos: discursos que producimos insertados en un contexto determinado que es distinto y particular para cada individuo. En esta producción de discursos, hacemos uso de diferentes tipos discursivos, según el contexto particular donde se desenvuelve la actividad. Nuestra adscripción a grupos sociales determinados (familia, profesión, clase, edad. . .) hace que construyamos nuestra discursividad de manera particular (Prieto, 1994: 163). De tal manera, en la interacción se da un entrecruzamiento de diferentes discursos que contienen, expresan y transmiten diferentes modos de concebir la vida. Ésta es la pretensión de la investigación: observar,

¹ Entenderé por “grupo de coresidencia” el agregado humano que comparte lazos consanguíneos, políticos o afines pero que no necesariamente comparten responsabilidades económicas, sino que su elemento principal es el habitar bajo un mismo techo, compartiendo así el mismo espacio físico en la cotidianidad.

registrar y analizar el entrecruzamiento de discursos, discursos de diferentes generaciones en torno a la vejez.

El concepto de *subjetividad* que propone Benveniste me ofrece un elemento más para acercarme a estos discursos, pues el autor sostiene que la base de la subjetividad se encuentra en el uso de la lengua, por lo que no hay otro testimonio objetivo de la identidad del sujeto que el que así aporta él sobre sí mismo (Benveniste, 1972: 183). En relación con esto, Lyons habla de la “subjetividad del enunciado” como “[...] la manifestación de sí mismo por parte del agente locutivo en el acto de enunciado y, como reflejo de ello, en la estructura fonológica, gramatical y léxica de la inscripción del enunciado” (1981: 239). El “yo” que expresa el hablante es resultado del conjunto de las funciones sociales e interpersonales que ha realizado en el pasado; y se afirma a sí mismo —de modo socialmente identificable— en la función que ejerce en el contexto de la enunciación (241).

Ahora bien, a lo anterior se agrega la necesidad de no olvidar que el lenguaje que utilizamos cotidianamente no adquiere sentido si no es en su uso; es decir, en la interacción con otros sujetos portadores y transmisores de un lenguaje que es propio pero a la vez común. En esta situación, un “yo” se esfuerza —mediante la participación en la interacción— por lograr sus objetivos: integrarse, amoldarse, definirse o distinguirse. . . en el pedazo de mundo que le concierne; mundo que contiene normas y reglas, lugares, roles y estructuras que han sido construidos bajo parámetros socioculturales específicos de cada grupo social.

En dicho trabajo —como en muchos otros—, la entrevista es parte esencial para poder llegar a los fines planteados, porque (como señala Briggs, 1990: 1-3) la entrevista es una de las principales herramientas en las investigaciones sociales

y componente central en las antropológicas, ya que los usos de las entrevistas en las sociedades contemporáneas ofrecen la posibilidad de conocer aspectos tanto del pasado como inferencias personales sobre el futuro. En la antropología se ha privilegiado aplicar la entrevista abierta, combinada con la observación. El hecho de utilizar este tipo de entrevistas se debe en gran medida a dos elementos: por una parte se busca el particular punto de vista del entrevistado en su contexto sociocultural; y, por otra, este tipo de entrevista permite la utilización de preguntas clave en la interacción que conduzcan al entrevistado a producir información cualitativa respecto de un tema particular (Briggs, 1990: 7-9).

Dicha necesidad de elaborar preguntas que sirvan como disparadores de elementos informativos que evidencien la vida sociocultural de los personajes se debe a que, si bien cada persona tiene una construcción propia de la realidad, difícilmente puede expresarla espontáneamente ante un individuo ajeno a su cotidianidad: el investigador. La entrevista, entonces (de acuerdo con Gúber, 1991; y Briggs, 1990: 205), es para el investigador social una de las herramientas técnicas más apropiadas para aproximarse al universo de significaciones de los sujetos; de ahí la razón de adoptar este tipo de discurso como *corpus* para el presente trabajo: lograr el acceso a las categorías con las que el actor social construye su realidad.

Como investigación cualitativa, el trabajo analiza discursos producidos por grupos corresidentes (integrado por tres generaciones) en torno a los problemas de la vejez. Mi investigación y el análisis que de ella se desprende, se basan en la información de primera mano obtenida en el trabajo de campo.

La etnografía es una herramienta necesaria e indispensable en la realización de la investigación, pues “hacer etnografía” es

establecer relaciones, seleccionar a los informantes, transcribir textos, establecer genealogías, trazar mapas del área, llevar un diario. . . ; pero no son esas actividades, tales técnicas y procedimientos lo que definen la empresa. Lo que la define es cierto tipo de esfuerzo intelectual: “[...] una especulación elaborada en términos de [...] descripción densa” (Geertz; 1997: 21). Éste es el tipo de etnografía que he intentado realizar.

II. LOS PROTAGONISTAS

Bajo el criterio esencial de que los grupos de coresidencia por trabajar tuvieran por lo menos tres generaciones, trabajé con una muestra integrada por tres grupos de coresidencia; cada uno de ellos comprendió un anciano mayor de 60 años. La finalidad de trabajar con grupos de coresidencia era encontrar tres ancianos que coresidieran por lo menos con dos generaciones más: su hijo(a) y su nieto(a).

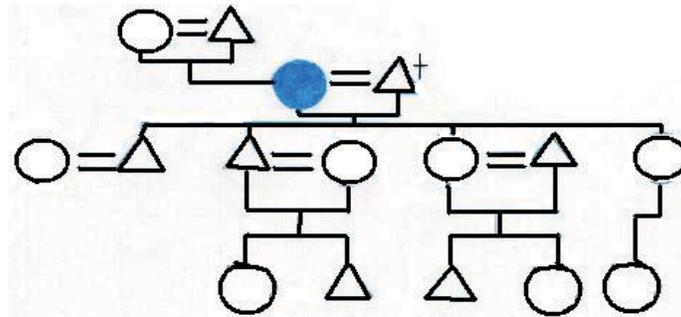
A. Doña Luisa

Doña Luisa (la primera generación de este grupo) tiene 68 años de edad y es viuda desde hace dos años. Sabe leer y escribir, pues terminó la primaria en el estado de Jalisco, de donde es originaria. Vive en el Distrito Federal desde hace 45 años, cuando viajó de vacaciones y conoció al que después fuera su esposo. Desde esas vacaciones ya nunca volvió a vivir en su lugar natal.

Vive en casa propia, que uno de sus hijos (Guillermo, quien tiene una compañía de autotransportes) compró. Correside con dos generaciones más: su hija Ana, de 32 años de edad; y su nieta Caro, de 13. En total tuvo cuatro hijos: Luis Raúl, de

40 años; Guillermo, de 39 (el que compró la casa); Raquel, de 37; y Ana (con quien reside). Tiene cinco nietos: dos hijos de Guillermo, dos de Raquel, y Caro.

Su genealogía aparece a continuación:²



Doña Luisa no declara ningún padecimiento crónico y dice haber sido poco enfermiza. Sus mismos familiares declaran que ella nunca se siente mal. Está asegurada en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) pero acude ahí poco, pues dice que no le inspiran mucha confianza, ya que la han alarmado sin motivos reales. Recibe pensión por viudez por parte de la Comisión Federal de Electricidad.

Ana, la segunda generación, tiene 32 años de edad; es contadora de profesión y trabaja en la empresa de su hermano Guillermo —el que se dedica al autotransporte—, la cual se ubica en avenida Revolución, a la altura de San Ángel. Es soltera: nunca se casó. Crió sola (en compañía de sus padres) a su única hija, quien ahora tiene 13 años de edad. Siempre ha vivido con ellos, nunca sola; ahora dice no imaginarse vivir sin su madre, pues su padre falleció apenas hace un par de años, lo

² Simbología en el Anexo.

cual ha sido un fuerte golpe no sólo para ella sino para las tres protagonistas de este grupo.

Ana mantiene independencia económica y personal, pues realiza actividades sociales no sólo con su familia sino que asiste a fiestas sola y acompañada, pues señala que eso resulta importante para cada persona. Aporta la mayor cantidad monetaria para la manutención de la casa.

Caro tiene 13 años de edad y estudia la secundaria en un colegio privado que pertenece a la delegación “Coyoacán”, donde desarrolla actividades en su grupo de porristas, además de asistir a sus clases comunes. Dentro del programa de estudios de dicho colegio, mantiene actividades de trabajo social, por lo que este ciclo escolar ella y sus compañeros acuden a asilos para convivir con ancianos; les hacen fiestas y celebraciones en fechas especiales, además de mantener con ellos cierta convivencia periódica.

B. Don Genaro

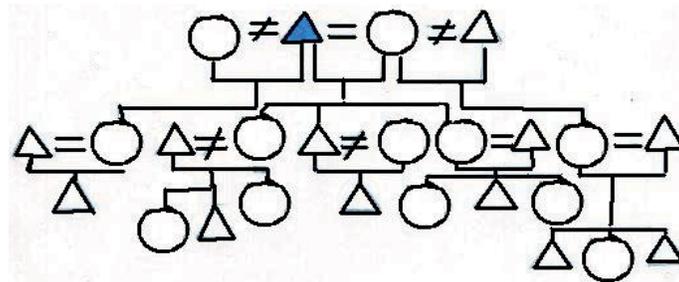
Los tres integrantes de este grupo de coresidencia son don Genaro, de 60 años de edad, quien pertenece a la primera generación; Sofía, de 35 años, que representa a la segunda; y Fany, la tercera, que tiene 16 años de edad. Éste es el grupo familiar con quien don Genaro comparte gastos y vivienda.

Tiene 60 años de edad; está casado con su actual esposa desde que él cumplió los 19. Estudió la primaria, por lo que sabe leer y escribir. Es originario del Distrito Federal y casi toda su vida ha vivido en dicha entidad, a excepción de tres años que residió en la ciudad de Guadalajara, hace aproximadamente 13 años.

En total, don Genaro y doña Epifanía tienen cinco hijos: tres de ambos y dos más que se agregaron al casarse ellos, pues

los dos tenían ya un hijo en el momento de conocerse. Entre los cinco hijos, no hay una distinción evidente por parte de los padres.³ La edad de la mayor (hija de don Genaro) es de 40 años; la siguiente (hija de doña Epifanía) tiene 39; los que siguen tienen 35, 33, y 25, respectivamente. Todos tienen hijos en la actualidad, así que don Genaro es abuelo de 11 nietos, cuyas edades oscilan entre los seis y los 20 meses.

He aquí su genealogía:⁴



Desde hace más de un año, los médicos diagnosticaron diabetes a don Genaro; sin embargo, él dice no padecerla. Goza del servicio médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Issste) debido a que la hija con la que cohabita, ha asegurado a los dos. Ambos se atienden en dicho servicio. No tiene pensión de ningún tipo, pues a pesar de que laboró durante largo tiempo en la papelera “Peña Pobre”, no alcanzó a cotizar lo suficiente para tener dicho beneficio.

Actualmente se dedica a hacer todo tipo de trabajos que se relacionan con fontanería, electricidad, albañilería, incluso

³ Si me enteré de este detalle fue porque Sofía me lo contó; después lo corroboré con los otros dos entrevistados, pero don Genaro por sí mismo no hizo mención de este aspecto.

⁴ La simbología de la genealogía se puede consultar en el Anexo.

carpintería. Todos los días sale de su domicilio a hacer algún trabajo de este tipo.

Sofía, la segunda generación de dicho grupo, es una mujer de 35 años de edad. Se casó cuando tenía 19 años y se embarazó de su primera hija Fany, por lo que dejó la carrera de Comunicación Social que estudiaba en ese momento. Tuvo dos hijos de dicho matrimonio; sin embargo, se divorció cuando tenía 22 años. Al divorciarse empezó a trabajar y a estudiar al mismo tiempo, para poder terminar su carrera.

Hace algunos años ganó un premio a nivel internacional por unas propuestas que presentó para la edición de libros infantiles; debido a ello vivió en el extranjero (Brasil y Polonia) durante unos seis meses, los cuales debió dejar a sus hijos bajo los cuidados de sus padres.

Tiene tres años laborando en las oficinas de la delegación “Tlalpan”. Desde hace diez sostiene una relación de pareja con quien tuvo su tercera hija, que actualmente cuenta con seis meses de edad. Sus dos hijos mayores son adolescentes: Paco tiene 14; Fany, 16. Sofía se hace cargo por completo de los gastos que sus hijos generan y contribuye en el gasto de la vivienda. Actualmente su pareja le ayuda también en este sentido, aunque nunca han compartido la residencia.

Fany, la tercera generación del grupo, tiene 16 años de edad; vive con su mamá, sus dos hermanos, y sus abuelos en el mismo domicilio. Con ellos ha compartido toda su vida. Fany no mantiene contacto con su padre, pues éste se divorció de su madre cuando ella tenía apenas tres años de edad. Actualmente no estudia: reprobó una materia en la secundaria y por eso no pudo entrar a la preparatoria. Como consecuencia de ello, debe realizar en su casa tareas tales como barrer, limpiar y cuidar a su hermanita de seis meses de edad desde las ocho de

la mañana hasta las cuatro de la tarde, hora en la que regresa su mamá de trabajar.

C. Doña Eulalia

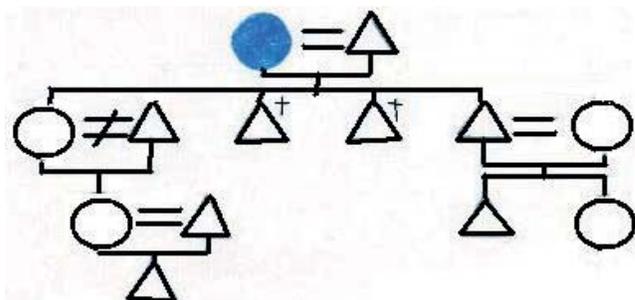
Las integrantes de este grupo entrevistado —al igual que en el primero— son todas mujeres, pero en la ocasión que nos ocupa las diferencias resultan mayores en comparación con la primera. Ellas son doña Eulalia, la primera generación; Guadalupe, la segunda; y Mari, la tercera. La morada de dicho grupo alberga no sólo a las tres generaciones con las cuales me entrevisté, sino a seis personas en total que forman cuatro generaciones: doña Eulalia y su esposo; Guadalupe, hija de doña Eulalia; Mari (hija de Guadalupe) y su esposo, y Alex (una cuarta generación de apenas dos años de edad), hijo de Mari.

Doña Eulalia tiene 70 años de edad y es originaria del Distrito Federal. Nunca fue a la escuela, por lo que no aprendió a leer ni a escribir; sólo escribe su nombre cuando es necesario. Está casada desde los 16 años de edad con su actual esposo, quien ahora sufre secuelas de embolia, por lo que ella debe atenderlo. No son graves, pues actualmente el señor habla (entrecortadamente), camina y realiza varias actividades por sí mismo; sin embargo, tiene prohibido salir solo a la calle.

Concibió en total cuatro hijos; sólo viven dos, ya que los otros dos murieron antes de cumplir los tres meses de edad. Tiene tres nietos y un bisnieto.

A continuación muestro su genealogía.⁵

⁵ La simbología se puede consultar en el Anexo.



Doña Eulalia padece de hipertensión y diabetes, de las cuales se atiende en la clínica del Issste que le corresponde, en el centro de Tlalpan. No recibe pensión por jubilación (nunca laboró en una empresa que le ofreciera esa prestación), pues sus actividades —aparte de atender a sus hijos, su esposo y su casa— consistían en lavar y planchar ropa ajena hasta hace apenas tres años aproximadamente, cuando dejó de realizarlas ya que —según la información derivada de la entrevista— se cansaba demasiado; por ello su esposo y su hijo menor le propusieron dejar de hacerlas. Recibe ayuda económica por medio de la tarjeta “Sí vale”,⁶ que también tiene su esposo; no obstante, estas tarjetas sirven sólo para la compra de artículos en tiendas de autoservicio. Por eso a doña Eulalia no le consuela mucho, pues declara que a ella lo que le hace falta es el dinero en efectivo, ya que antes (cuando recibía una ayuda por el mismo gobierno, pero en efectivo) podía ahorrar algo para adquirir su dentadura postiza. Otro ingreso monetario es la pensión que recibe su esposo, pues él fue policía durante 30

⁶ Tarjeta que repartía el Gobierno del Distrito Federal como apoyo a los adultos mayores residentes en dicha entidad. Después se sustituyó por otra tarjeta que tiene la misma función: proveer a la población envejecida de un apoyo mensual que consistía en 650 pesos y que sólo puede ser ocupada para productos en especie en tiendas de autoservicio.

años. Este dinero se destina para la compra de la despensa de la casa, además de contribuir al pago de los recibos de consumo de luz y el agua.

Vive en el centro de Tlalpan en una casa rentada, junto con su esposo de 72 años, quien tiene secuelas de embolia; con su hija mayor, Guadalupe, de 50; su nieta Mari, de 26; el esposo de ésta, de 27; y su bisnieto, de dos años de edad. De este último, doña Eulalia se hace responsable diariamente: desde las dos de la tarde hasta las nueve de la noche, horario en el cual trabaja la nieta.

Guadalupe tiene 52 años de edad; vive con su mamá, doña Eulalia, su papá, su hija, su yerno y su nieto. Es madre soltera de una sola hija, y la mayor de dos hermanos (los dos hijos que le vivieron a doña Eulalia). Es soltera y estudió una carrera comercial técnica secretarial; en el momento de la entrevista, se encontraba sin empleo pues en su último trabajo no le incrementaron el sueldo y —según sus propias palabras— ya no le alcanzaba para cubrir sus gastos; debía buscar otro. Sin embargo, le preocupaba que a su edad ya no le fuera tan fácil encontrar empleo. Los trabajos que ha tenido son de secretaria o de intendente en oficinas y consultorios. Su horario anterior era muy exigente: entraba a las ocho de la mañana, salía a comer a las dos de la tarde y regresaba a las 4 para salir a las 8:30 de la noche, de manera que todo el día estaba fuera de su casa. Este empleo se encuentra en la zona de San Jerónimo y diariamente debe volver a su casa a comer, pues —según su testimonio— su sueldo no le alcanza para comer cerca de la oficina.

Mari tiene 26 años de edad; vive con su madre, sus abuelos maternos, su esposo y su hijo de dos años de edad. Se casó a la edad de 22 años con su actual esposo, con quien mantuvo un noviazgo de más de seis años, de manera que lleva con él diez años de relación. Estudió una carrera comercial técnica en

secretariado —al igual que su mamá— y trabaja en una oficina de un partido político en el centro de Tlalpan.

A pesar de tener departamento propio (de ella y de su esposo), siguen viviendo en la casa que mantienen su abuelo y su madre, pues —a decir de ella— la distancia entre su casa y su trabajo es demasiada: el trabajo de su esposo está en la zona de Coapa; el de ella, en Tlalpan; y el departamento se localiza por la calzada Zaragoza. Debido a esto, viven todos (seis personas) en un departamento que tiene cuatro habitaciones: una sola destinada a recámara.

III. RESULTADOS: EL LENGUAJE HABLA POR SÍ MISMO

A. Primera generación

Me interesa qué se dice y cómo se dice respecto del tema de la vejez. Asimismo, atiendo los distintos atributos y características que se relacionan con lo que es un anciano: qué es un viejo, cómo se ve cada uno, así como cuál es el ideal de la vejez y cómo debe vivirse para cada generación. Además, organizo similitudes y diferencias que se observan en lo enunciado durante las entrevistas realizadas a cada generación.

Se caracteriza a la *vejez* como el proceso en que las habilidades físicas se van perdiendo y disminuye la capacidad de valerse por sí mismo y, por ende, de ser independiente. Cada vez se realizan menos actividades en la vida diaria y cada vez con menos intensidad. El esfuerzo físico resulta menor, pues la persona tiene cada vez menos energía para realizar sus diligencias. Todo lo anterior va de la mano de una actitud ante la vida; actitud que lleva al desánimo y a la melancolía si no se asume de una manera optimista.

La pérdida de la capacidad de valerse por sí mismo es una consecuencia de las enfermedades; sucede cuando se incrementan las limitaciones físicas: los achaques. Ante esto, las actividades físicas cotidianas que los ancianos solían realizar disminuyen de manera considerable. La vejez constituye una etapa que se concibe como un proceso (el envejecimiento) que llega de modo imperceptible, y las señales que anuncian su proximidad sólo resultan notorias cuando es ya un hecho.

Doña Luisa subraya la pérdida de la independencia de un viejo de la siguiente manera: “Un viejo cuando ya | cuando *ya está achacoso* | ya sentado | *ya que no puede valerse por sí mismo*”.

Respecto de las características que tiene un viejo, don Genaro declara —simulando tener mal de Parkinson—:

Un viejo yo digo que *ya no podría manejar* | a lo mejor ya hasta los que están | que tiemblan mucho. . . mi consuegro simplemente | vamos a suponer que esta es su cachucha y está así | temblando. . . un viejito ya: pus los huesos que de eso que le llaman | *la osteoporosis* | de eso que *ya sufren de reumas* | por decir | entonces ese es el que *yo considero un viejito* | *ya con reumático*.

Una manera para definir la vejez consiste en señalar lo que un viejo ya no puede hacer; por ejemplo, Doña Eulalia declara que una persona se da cuenta de que es vieja por lo siguiente:

Pus yo digo que *por lo que ya no alcanza uno a hacer* | *ya no es la misma* | *actitud que tenía uno antes porque yo tan sólo* | yo como cargué hasta el niño de mi sobrina lo cuidaba yo también | lo cargaba yo para irme a la escuela a recoger los nietos de aquí | y aguantaba yo muy bien | *ora* a este niño no lo aguanto | ni aquí lo aguanto a cargarlo | no lo aguanto.

En un fragmento de la entrevista realizada a don Genaro, podemos observar tres puntos importantes: al acercarse a la vejez, continuar activo, sentirse útil y generar algo producen un sentimiento de orgullo, pues ello implica que el adulto mayor conserva sus capacidades.

Mientras esté activo | yo puedo tener 90 años y aunque sea vendiendo chicles dulces así me la voy a llevar | pero si yo voy a ser un viejito que no voy a tener acción | me vengo y me siento en este sillón y ya a las tres de la tarde ya estoy durmiendo | entonces ya no estoy generando nada | y:: que Dios me ayude y yo voy a seguir así | pero yo todavía puedo hacer lo que hace uno de 30 | 40 años.

Doña Luisa también continúa con sus actividades cotidianas sin mayor problema, sin ninguna característica de las que considera como “vejez” y —aunque nunca trabajó— valora su independencia, que en este caso se traduce en una capacidad de desplazamiento autónomo.

Mientras que yo me pueda mover | yo el día que ni yo no me sienta capaz pues ya les diré | pero ahorita | si yo voy a algún lado yo tomo mi taxi me voy | si no tomo un pesero y en ese me voy | me puedo subir perfectamente bien | en lo que yo quiera en ese momento me voy a donde yo quiera ir.

Doña Eulalia es la única de la muestra que admite sentirse vieja, sobre todo por razones físicas, limitaciones que su propio cuerpo le ha impuesto y de las cuales ella se ha percatado conforme han pasado los años. Responde cómo y cuándo se dio cuenta de estar vieja: “No: pus ya | tan sólo al niño que yo cuidé | ya tiene ocho o nueve años tiene | pus yo me di cuenta ya ahora que está el niño que pus | no lo puedo yo cargar | no es igual a cuidarlo yo a como cuide los otros”.

Contesta de la siguiente manera a la pregunta de si cree estar vieja: “Ay yo sí | porque *yo ya me siento muy cansada* siento que *ya no puedo hacer las cosas*”.

El mecanismo de doña Eulalia es diferente del de don Genaro. Mientras éste construye el concepto de sí mismo tomando como punto de referencia a los *otros*, para doña Eulalia el punto de referencia es ella misma, en un tiempo anterior: cuando todavía no era vieja y podía realizar actividades que ahora ya no puede. Para doña Eulalia, el eje de referencia es temporal (el antes y el ahora); para don Genaro, el eje de referencia es pronominal (el “yo” y el “otro”).

Doña Luisa y don Genaro definen a un *anciano* sobre todo por la edad, que si bien describe ciertas características físicas, no entraña un desgaste anímico ni una discapacidad. La ancianidad resulta consecuencia inevitable del paso del tiempo sobre el cuerpo humano, pero les permite realizar actividades físicas y conservar así su independencia. Hemos de señalar que estas dos personas que encuentran cierta diferencia entre ambos términos, son las que tienen la referencia de contar con una generación anterior a ellas con quien pueden establecer comparaciones: la que he llamado “generación cero”. Doña Luisa refiere lo que considera como “ancianidad”:

Pus ya es por la edad | por ejemplo en mi padre y eso lo veo | es un anciano porque ya los años | pero a pesar de eso ni lo escucho quejándose: ay ahora me dolió esta pierna | yo ya no me muevo porque yo ya no tengo humor | no no | todavía se levanta | todavía come | todavía camina solo.

Doña Luisa observa que su padre —quien se constituye en punto de referencia para sí misma— conserva independencia a pesar de su avanzada edad; por eso ella lo denomina como “anciano”, pero no por ello ve en él la actitud de un viejo. A la

pregunta de cómo se ve un anciano, responde de la siguiente manera:

Pus ya como que *los años ya se le vinieron encima* | yo por ejemplo | en mi padre que ya este año cumple 100 años le veo como que sus años se le vinieron en *su manera de caminar* | *arrastra sus pies* | era alto y *hoy se ve como que más bajito* | se hizo como que un poco encorvado | yo siento que *ahí van sus años cargados* | y mi madre igual digo la veo así ya | todavía se vale por sí misma | los dos se valen por sí mismos | ella *todavía hace comida* porque le gusta | todavía atiende a sus pájaros a sus plantas pero ya la veo, pus ya, *ya cansada*, también con sus pies que arrastra | *no la considero vieja porque todavía tiene ganas de hacer cosas*, no está sentada a que le den todo en la mano aquejándose a que le duele aquí que no se puede mover.

En pocas palabras, don Genaro hace la distinción de la siguiente manera: “*El anciano ya es a los 85 | 90 años* | ya es un anciano | *pero puede tener todavía todas sus actividades* | pero porque su constitución física está todavía en óptimas | bueno no en óptimas pero sí en muy buenas condiciones”.

Los tres personajes coinciden en la apariencia peculiar de un anciano. Rasgos visibles a simple vista que nos evidencian la avanzada edad de una persona. Don Genaro ve a un anciano como: “M’ja pues ya *se ve muy canoso muy arrugado* | a la mejor yo estoy pero yo no me veo”.

Para doña Eulalia, quien se asume como “vieja”, los ancianos se ven:

Muy arrugaditos que *apenas pueden caminar* | todo eso | y *lo mismo me está pasando a mí* porque yo ya las mismas fuerzas que tenía | Para caminar y todo *ya no las tengo* | porque yo les digo a ellos | me voy al mandado | salgo aprisa pero ya al llegar a la

esquina *ya no puedo ya me duelen mis piernas | ya mermo el paso*
me voy despacio y me regreso despacio.

Ahora bien —según los testimonios de dicha primera generación—, no sólo las personas de más de 60 años pueden estar viejas; personas que aún no han llegado a tal edad pueden haber envejecido debido a diferentes factores: la vida que han llevado, las enfermedades que han padecido; incluso el carácter.

Doña Luisa dice al respecto: “Si una persona | aunque *tenga 40 años ya es una vieja porque se vive quejando* y se vive *sin ganas de moverse ya | ya se siente acabado yo digo que ya es un viejo*”.

Don Genaro señala:

Mm: ya orita | es que *hay muchos que ya a los 50 años ya son viejos* | porque se han acabado ora sí que su vida ahí | eh: *se han acabado su juventud su cuerpo* en el ritmo que han llevado su vida | pues de tomar de fumar de andar de calaveras | pueden ser *viejos | prematuros y el viejo normal es el que todavía anda ágil p'allá y p'acá*.

Las categorías de “viejos prematuros” y “viejos normales” establecen una separación más de la etapa de la vejez, pues —como vimos en los testimonios— se construye una frontera entre “vejez” y “ancianidad” después de los 60 y los 80 años, respectivamente. Ahora, la frontera no es establecida por una cohorte de edad, sino por condiciones de actitud y del ritmo de vida que conducen a una persona a envejecer. Se trata de un elemento más que las políticas públicas no consideran al establecer al sector de la población envejecida. Ocurre entonces que los criterios oficiales no coinciden con los criterios socialmente compartidos por la población en general.

B. Segunda generación

Para la segunda generación, la de los hijos, la “vejez” es vista como una etapa que cada ser humano vive de distinta manera; en términos generales, los años sí son un indicador: la acumulación de años es la que marca el paso de una etapa de la vida a otra; pero para la segunda generación, la “vejez” es sobre todo cuestión de actitud. No sólo se trata de una cuestión física o cuantitativa; no está determinada por las deficiencias físicas que una persona tiene, si bien las capacidades se ven limitadas por el inevitable paso del tiempo. No es este el factor que determina la “vejez” de una persona.

En el siguiente fragmento podemos observar que, para la segunda generación, “envejecer” no está marcado sólo por los años ni por el deterioro físico, sino que entraña cierta condición sentimental. Hablan del alma, de lo espiritual, diferenciándolo del cuerpo material. Al tomar en cuenta lo espiritual, también se toma en cuenta una cierta actitud ante la vida. Ana dice que un “viejo” no tiene alegría ni vivacidad. Ante la pregunta de qué hace que una persona sea “vieja”, ella contesta de la siguiente manera:

Yo creo que: el cuerpo | o sea | yo sí creo que así como que *envejeces el día en que tu alma lo hace* ¿no? | porque: yo creo que *por dentro creces para mejorar* | pero no para envejecer | entonces *yo creo que el cuerpo es lo que envejece* | o sea | quien *se amarga* es quien envejece ¿no? [*ríe*] porque vaya tú conoces jóvenes que dices así como que “¡Dios mío santo! | que este pobre ancianito” vaya que *ya no salen* | no se divierten | no dan una sonrisa | viven así como que en el pleito y eso es lo que *yo creo que te hace que te apagues* ¿no? en todos los sentidos |.

En este fragmento podemos observar cómo el enunciador hace uso de sí mismo como referente principal. Es la manera como los individuos expresamos nuestra subjetividad en el discurso, ya que cuando elaboramos mentalmente nuestro discurso, hacemos uso de nuestras experiencias personales que se hallan inmersas en el contexto sociocultural individual (Lyons, 1981: 239-242). Sofía declara:

Es que viejo | es que se va a escuchar muy trillado | muy comercial | pero yo creo que *viejo* es una persona que está amargada | que no tiene ganas de vivir | yo puedo estar vieja si yo quisiera estar amargándome y diciendo “ay es que soy una mamá” | ay haz de cuenta me estoy poniendo a dieta porque yo digo “estoy gordísima” | subí diez kilos a raíz de que me alivié | pero si yo digo “ya soy una señora | vieja | ya soy una señora que tiene tres hijos | que yo ya no tengo ni a quién coquetearle ni a quién presumir” yo siento que eso me haría vieja | sin importar la edad | actitud ¿no? Yo creo que es tu actitud lo que te hace vieja.

A diferencia de las dos personas anteriores, para Guadalupe la actitud ante la vida no es factor determinante para caracterizar la vejez. Su discurso deja muy en claro su opinión respecto de que la edad, el paso del tiempo, marca la vejez, y que se trata de un hecho inevitable. Su posición se acerca más a los discursos oficiales respecto de la vejez donde no son considerados elementos como los sentimientos, la energía o las capacidades de las personas para distinguir a alguien como “anciana”. Aunado a tales elementos, debemos resaltar el hecho de que Guadalupe se encuentra ya en una etapa previa a la vejez, pues sus 52 años de edad pueden hacer que la considere desde otra perspectiva. Señala lo siguiente respecto de lo que hace que una persona sea “vieja”: “Pus *ahora sí que los años | que pasamos ¿no? Ya es la vida que nos toca ¿no? De ir envejeciendo con el tiempo | la*

juventud pus qué bueno fuera ¿no? que nunca pasara pero el tiempo ¿no? *Es el que lo va envejeciendo a uno*".

Podemos observar una estrategia diferente entre las tres integrantes de la segunda generación; mientras que Ana y Sofía utilizan expresiones apreciativas como "yo creo", "yo siento", Guadalupe se refiere al tema con una expresión más constativa: "ahora sí que los años que pasamos". Ve la vejez desde un punto más objetivo: como un proceso ineludible al que ella misma se aproxima.

Para las tres integrantes de esta generación, la ancianidad se expresa con características físicas: un "anciano" ya tiene una edad bastante avanzada; más de 80 años pueden volver "anciana" a una persona: cuando las capacidades físicas son menores, cuando el cuerpo ya no hace lo que la mente quisiera, o por lo menos no con la misma energía. En este sentido, la segunda generación comprende la vejez como la etapa en que es inevitable e irremediable depender de otros.

Observamos en el siguiente segmento de la entrevista hecha a Ana la consideración de que las capacidades físicas de una persona disminuyen con la edad, y que ello constituye un factor en la ancianidad que puede llevar a la dependencia en algunas personas. Además, observamos que lo asume como un consenso social, pues incluso habla de cierta costumbre que tiende a considerar de tal manera a un "anciano". Ana declara lo siguiente: "Digo a la mejor no sé también *ya estamos acostumbrados* a que un ancianito es o sea *ya cuando le cuesta trabajo moverse y depende un poco más de otra persona*. ¿No?"

La pérdida de la energía en las capacidades de las personas es uno de los factores que Sofía considera como factor determinante de la "ancianidad", que se ve reflejada en su manera de vivir la vida. En este sentido, se observa que el umbral de la "ancianidad" es mucho más tardío que el de la vejez.

Sofía opina respecto de lo que considera como un “anciano”:

Ya es la edad | yo creo que ya en el momento que ya no tienes la misma energía | que cuando estás más joven | yo creo que ya anciano ya es a partir de los 70 años | cuando ya te vas dando cuenta que ya caminas lento | que ya no te puedes mover igual que antes | vas perdiendo.

Para Guadalupe, la “ancianidad” se ve reflejada en los siguientes elementos físicos:

Pues ya la forma de caminar | canas | pues todo eso | lo que va viendo el cambio | el físico de la persona || un anciano yo lo considero una persona que ya no puede caminar bien | que ya está muy canoso y todo eso | hay personas que están jóvenes y están canosos no | pero yo me refiero a eso a que hay | personas que ya no pueden valerse por sí mismo. ¿No?

Ahora bien, Guadalupe contesta si observa alguna diferencia entre ser “viejo” y ser “anciano”:

Pues viejo ¿qué será? Pues que está grande de edad | pero ya un anciano ya | una persona que no puede caminar bien ya | y toda eso ¿No? Que no se puede desenvolver ya igual que una persona de 15 | 18 años | o 30 | 50 años ¿No? Pus ya es una persona que no tiene tanta forma de desenvolverse al caminar.

Guadalupe agrega otro factor de importancia para que una persona se vuelva “anciana”: “*La enfermedad los va acabando | los va acabando | los va acabando | yo digo que físicamente | ¿No? | y pues tal vez moralmente un aspecto de que muchas veces no sabemos lo que la persona siente | o cómo se siente ella*”.

De esta manera, pudimos observar que las concepciones de *vejez* y *ancianidad* son básicamente las mismas en la primera y segunda generación; sin embargo, en los fragmentos de las entrevistas hechas a esta última, se hace mayor hincapié en la actitud que se tiene ante la vida como la característica definitoria de dicha etapa.

Si bien por su edad estas tres personas pueden ser reconocidas socialmente como “ancianos” en las políticas oficiales, las actividades físicas que realizan no los marcan como tales, pues ellas alcanzan —incluso pueden rebasar— las actividades que una persona en edad madura realiza. Ana, por ejemplo, dice de su mamá:

Pus | o sea *yo siento* que mi mamá o sea ya por la edad es considerada como una “anciana” pero *yo la veo perfecta* y es una persona que a *mí me da tres vueltas en actividad* | *yo la veo muy bien* | Pues yo creo que también *la consideraría una mujer adulta* eh | o sea porque te digo *yo la veo súper bien* y digo yo te puedo decir que me puedo ir a caminar con mi mamá y ella me o sea aguanta más que yo de verdad.

Su madre —señala— es una mujer madura (al igual que ella); en su opinión, no se encuentra en el estatus de “vieja” o “anciana”, pues realiza actividades; por lo tanto vive una etapa de la vida en la que todavía no llega a la de la vejez. Ana contesta de la siguiente manera a la pregunta de cómo cree que debe ser un “anciano”: “Pus para mí no es así como nada diferente | *yo creo* que cada etapa la vives en tu vida como te corresponde y vivirla y cada etapa debes de disfrutarla”.

Guadalupe expresa que tiene ciertos problemas con su mamá; empero, señala que se deben a otro factor y no a la “vejez”. En el siguiente párrafo podemos observar el reproche ante una actitud, un criterio, una manera de pensar, pues a

la pregunta de si ve a su mamá como “vieja”, responde de la siguiente manera:

Mmno: precisamente que *se ve que ya está grande* ya pus la edad que tiene pus sí | pero todavía así *yo siento que no es para que ella reaccione así* | sino que ya es la || la | el criterio que tiene o no sé cómo explicarte | va uno formándose o va uno siendo de esas ideas.

Guadalupe se niega a ver a su madre como una “anciana”, a darle ese estatus; y en tal sentido dice cuál es su modo de ver a su mamá: “Pues *no vieja* | vieja ahora sí que ya es una persona mayor pero no | *yo siento* que no está | y *anciana pues menos* porque ahorita te decía yo ‘una persona que ya no puede hacer nada’ y no | *no no no*”.

La vejez, pensándola como una etapa más de la vida a la que todos aspiramos a llegar con el paso de los años, puede tener cierto ideal para vivirse. Ana declara cómo cree que debe transcurrir la etapa de la vejez:

Ay pus *yo creo que es así como que una etapa muy padre* eh | porque yo creo que este a la mejor ya tuviste tus hijos ya supistes [*sic*] qué es ser ya así como qué padre | ya tienes nietos para consentir ya tienes también | digo no en todos los casos pero *lo idóneo* sería que ya tuvieras así como que *económicamente una solvencia* que ya *no te dejara más que disfrutar lo que quieras disfrutar y hacer lo que quieras hacer*.

Para Sofía, debería ser: “Una etapa de *reconfortamiento*”.

En las anteriores dos páginas podemos observar, nuevamente, el uso de diferentes frases como “yo creo”, “yo siento”, “yo considero”: expresiones de la subjetividad del hablante con un tipo de modalidad expresiva que nos muestra su posicionamiento y la actitud hacia sus enunciados producidos; de

manera que con tales expresiones (usadas con más frecuencia por Ana y Sofía) denotan que no hacen afirmaciones, sino que dejan claro que se trata de sus puntos de vista particulares.

Respecto de su propia vejez (de la planeación de un futuro como seres humanos que envejecerán), la segunda generación hace declaraciones diferentes.

Para Guadalupe, la vejez no puede ser una etapa mejor a la que vive ahora y —por lo tanto—, al compararse con su mamá, preferiría no vivirla así. A la pregunta de si ha pensado alguna vez en cómo va a ser cuando envejezca, contestó de la siguiente manera:

No eh | ni idea | o sea no | *Ni quiero* | ni muchas-- | lo que luego he pensado es eso eh | que digo “no mejor | no || *mejor no llego*” . . . porque estoy y veo y digo si voy a estar así mejor no || y creo que la mayoría | ¿No? Muchas veces he hablado con personas así y dicen “no mi idea de llegar a esta edad | yo ya no llegaría” | no es la solución ¿No? Pero muchas veces “no mejor me doy un balazo pero yo a esa edad ya no llego” y hasta a ver ¿No? Yo creo que ya nadie vamos a llegar a esa edad porque ya con tanta cosa | pero sí | *yo no quisiera pasar por lo mismo* la verdad *porque es desesperante* | yo me acuerdo de esos ratos de la menopausia | y cómo se puso.

Sin embargo, tiene un ideal; y sí sabe cómo le gustaría vivir esa etapa: expresa preocupaciones, pues no tiene una estabilidad para asegurar su vejez, y su ideal es hacerlo: “Ay pues *tranquila y teniendo un techo y qué comer* eh | eso es también lo que luego me preocupa eh | el que luego me quedo yo así | porque te decía que más o menos puedo pagar la renta | tenemos más o menos para comer | ¿pero yo el día de mañana?”

C. Tercera generación

Para ella, la *vejez* tiene características principalmente físicas; está marcada por el paso de los años y la apariencia física que la delata: el encanecimiento, las arrugas en la piel y el caminar lento son propios de dicha etapa. Sin embargo —al igual que para la segunda generación—, para esta tercera no se trata sólo de una cuestión de apariencia: el sentir de la persona determina también tal estado. Sentirse viejo puede ser lo que defina la vejez, lo cual señala una gran diferencia: sentirse o no sentirse como “anciano”.

Para Caro, la “vejez” no es sólo una cuestión de edad; la “vejez” no se obtiene sólo con el paso de los años, sino que puede ser también un estado mental, una manera de pensar. No se trata de pensar de un mismo modo toda la vida, sino tal vez mantener una manera de pensar de acuerdo con la época en que se vive. Caro declara de modo muy sencillo lo que ella piensa que hace que una persona sea vieja: “Pues *el paso de los años | pero bueno es que depende | vieja de edad o ¿vieja en qué sentido? | porque puede ser que tenga no sé 80 años pero que siga pensando como uno de 20*”.

En Fany vemos de nuevo que la “vejez” no significa sentirse mal; no quiere decir que se tiene una actitud negativa, sino que trae consigo una apariencia física que hace evidente el paso de los años; no obstante, puede ser activo y tener un buen estado de salud, pero, claro, es inevitable. Ella expresa su opinión respecto de cómo se ve un “viejo”:

A la mejor como | estar viejo | una persona que *se ve ya* | que *está arrugada* | o que *está ya* | este | *con canas* o x o y | y a la mejor se siente muy bien | o sea *se siente capaz* | así como mi abuelito | *ya se ve* | *viejito* | *pero* | *está muy capaz* | o sea todavía puede | y mi abuelita *se ve joven* | y este | *pero ya se cansa* | *ya no oye bien*.

Para la tercera generación, el envejecimiento físico es inevitable; la persona que lo experimenta, mantiene el control sobre su actitud. Las tres entrevistadas declaran lo anterior mediante expresiones adversativas: “[...] pues el paso de los años, *pero* bueno es que depende; mi abuelito ya se ve muy viejito, *pero* está muy capaz; mi abuelita se ve joven, *pero* ya se cansa. No lo puedes evitar; *pero* el que tu alma está joven, eso sí lo puedes hacer”.

Por otra parte, podemos observar que el cuerpo comunica, pues las características físicas de las personas son elementos no verbales que forman parte de la comunicación humana (Calsamiglia Blancafort, Tusón, y Tusón Valls, 1999: 48-49), los cuales en este caso se expresan en la oralidad para definir a una persona. Las arrugas, el encanecimiento, el encorvamiento o la caída del cabello son algunas de las alteraciones evidentes en el cuerpo en la vejez que conducen al deterioro y vulnerabilidad del organismo (Ortiz Pedraza, 1999: 20-21).

Al parecer, las tres entrevistadas logran establecer para sí mismas que el ser humano envejece inevitablemente, pues muchos de los cambios somáticos que el cuerpo sufre con el tiempo son evidentes; sin embargo, ante estas circunstancias es importante mantener una mentalidad positiva, una actitud que les permita disfrutar la prolongación de la vida de una manera que sea satisfactoria para ellas y para los demás.

Para esta tercera generación (la de los nietos, o más bien la de las nietas), la “ancianidad” puede definirse en primer lugar por la edad avanzada de las personas: los 80 años pueden marcarla. Sin embargo, no sólo entraña el paso de los años, que por supuesto es una característica determinante, sino que además trae consigo un deterioro físico más enérgico, el cual desemboca en una falta de independencia y en el establecimiento de límites en su desempeño cotidiano.

Para Caro, “ser anciano” entraña haber pasado anteriormente por la etapa de la vejez: un anciano es la persona que no sólo es “vieja”, sino “muy vieja”. Incluso debió incrementar tal estructura superlativa que le sirve para caracterizar a un anciano, con la repetición del adverbio “muy”: “Los ancianos ya están | que *ya son muy muy viejos* | No sé yo veo anciano a mi bisabuelo | pero ya tiene casi 100 | ya tiene bastantes más años”.

Para Fany, la “ancianidad” no sólo está marcada por la edad, sino que tiene otras características como el estado de salud, determinante en la ancianidad; se trata de una de las diferencias con la vejez que la caracteriza como apariencia física: “Bueno | por decir *anciano es de que cómo estás de salud* | de *cómo te sientes* | de que estás *cansado* | de que no te cansas | y estar viejo es físicamente | que si estás arrugado | que si ya te salieron canas | o que si x o y”.

La incapacidad de valerse por sí mismo marca la ancianidad; una persona empieza a hacerse “anciana” cuando sus capacidades físicas disminuyen. Mari habla de la ancianidad de la siguiente manera:

Yo digo que principalmente eso | yo te puedo decir que mi papá ya está viejo | que *para mí es viejito* | a decir una persona de *cien años* | que es un anciano ya | y que no se puede mover | Pues | pues | cómo te podré explicar | pues anciano | *pues una persona anciana es la que de plano ya no se puede mover* eso es para mí una persona anciana.

La abuela de Caro: doña Luisa, al llevar a cabo sus actividades, al mantener su vida diaria independiente y seguir siendo capaz de realizar actividades físicas diarias, no ha llegado a la “vejez”. Se mantiene como una mujer “adulta”:

No es joven sino más bien como que *mayor* | porque *todavía se mueve* y | ¡eso! muy movida | y no es vieja porque *ella puede hacer todo por ella misma* o sea no depende de mi mamá o de mí o sea ella no sabe manejar pero se puede mover sola | como que todavía sale y camina y | todo.

Fany responde que sí considera a su abuelo como “viejo”: “A mi abuelito no | es que mi abuelito es más vivo | más | todavía | *ya se ve* | viejito | pero | está muy *capaz* | o sea *todavía puede*”.

Podemos observar en la importancia del físico, que si bien para Fany su abuelo tiene apariencia de “viejo”, su capacidad para realizar sus actividades hace que no se convierta en uno; mucho menos en un “anciano”.

En el siguiente fragmento, observamos que Mari habla primero acerca de una fortaleza y después de un cansancio, cuestiones contradictorias que —en su opinión— tiene su abuela. A la pregunta de si considera a su abuela como “vieja”, contesta de la siguiente manera: “*No fijate que no* | yo pienso que está *grande* | *es una persona mayor pero tiene mucha fuerza todavía* | y yo digo que no se siente | yo digo más bien que se siente cansada”.

Por una parte, refiere que su abuela tiene ya limitaciones por la edad avanzada en la que se encuentra: necesita ciertas atenciones que antes no le eran necesarias, pues se cansa; sin embargo, Mari insiste en que para ella su abuela no está “vieja”. Por otra, en la entrevista y ante la pregunta de si cree que es necesario que alguien la acompañe al salir a la calle, contesta de la siguiente manera: “Sí porque *hay veces en que se siente mal* y este | nos ha tocado que dos tres veces que *hasta la vienen a dejar ¿No?* pero pues *desgraciadamente* | *pus no* | *no hay quién*”.

A continuación, presentamos otro fragmento interesante de la entrevista con Mari acerca de su abuela; en él podemos

ver de nuevo una contradicción: por una parte, señala que su abuela no es “vieja”; sin embargo, refiere que el avance de la edad trae consigo cierta “regresión” de las etapas del ser humano, en las cuales los adultos mayores no sólo pierden capacidades sino que delegan su autonomía a los que los rodean. En dicho tipo de mito o prejuicio predominan los sentimientos, lo subjetivo (Daino, Knopoff, y Oddone, 1991: 84), y puede estar matizado con sentimientos desfavorables. Tal tipo de prejuicios pretenden ser socialmente admitidos; en este caso podemos observarlo en el uso de un marcador de demanda de confirmación o de acuerdo (Calsamiglia Blancafort, Tusón, y Tusón Valls, 1999: 249) como es “¿No?”, que en esta relación dialógica busca ser reconocida como válida:

Pues: | luego me dice “es que ya me cansé” y esto y lo otro pero este || pues hay muchas veces en que ella | *es una persona ya grande* | y como tú bien lo sabes pus ya hay muchas veces en que *las personas ya a cierta edad van retrocediendo* | ya no van este | siendo grandes sino van siendo niños | vuelven a su edad de ser niños | lo veo en mi abuelo tan sólo | bueno y en ella también porque a veces aunque le dices “no ya siéntate” y parece hormiga | o sea | se para y hace y se siente mal y digo tan sólo en el hecho de sus pastillas | hay veces en que “es que me siento mal” y “ya te tomaste la pastilla” “No” | entonces hasta que tú le dices es hasta que lo hace | entonces | digo *es como un niño ¿No?* Tienes que andar atrás de ella.

En cuanto a su propia vejez, dos de ellas: las adolescentes, no alcanzan a vislumbrarse como “viejas” o “ancianas”; su perspectiva de vida no llega más allá de los 22 o 27 años. Para Mari, la vejez ya es un momento observable en su vida; para ella (una mujer madre de familia) la vejez ya es un momento visible; además de que es observable un elemento que en los otros dos

casos no aparecen: la mención de “Dios”. Habla de pedir a Dios llegar a la edad —por lo menos— de sus abuelos. Así es que vemos cómo —a pesar de todo— la esperanza de llegar a la vejez constituye una realidad. A la pregunta de si ha pensado en cómo se verá cuando envejezca, nos dice lo siguiente:

Pues | sí | sí lo he pensado | más bien lo he imaginado | y digo | *le pido a Dios* | sobre todo de que pus me deje | me deje llegar a la edad | este a lo mejor a la de mis abuelos mínimo | *tener la fuerza que ellos tienen* | este | y pues por ejemplo algo | por ejemplo con mi pareja pues sí de que le digo | pus que tengamos el cariño | que tenemos ahorita | hasta los mil años | o *hasta que Dios nos lo permita* | estar juntos no | pus yo creo que eso es algo básico.

Ahora bien, debemos observar cuál es el ideal de vivir dicha vejez para esta tercera generación. Para Fany, la vejez debe ser una etapa en la que los problemas ya han de haber pasado, terminado; y el momento cuando las personas deben disfrutar de cierta tranquilidad; pero no sólo habla de lo que depende del anciano, sino que señala que una —se refiere a sí misma— no debería compartir sus problemas con los ancianos, sino que los descendientes deben poner también de su parte para respetar la tranquilidad de los ancianos. Es la manera como ella hace evidente la importancia del contexto sociofamiliar del anciano en la estabilidad de dicha etapa. Fany opina cómo debería vivir un anciano: “*Tranquilo* en | no tener problemas | en *no agobiarlo con tus problemas* | en | cosas así”.

Mari habla de algo muy importante: el entorno en el que vive el anciano, pues vivir bien o satisfactoriamente no sólo depende de él, sino que el medio (no sólo ambiental sino socioeconómico en el que se desenvuelve la vida del anciano) beneficia o afecta de modo considerable. Su círculo social, sus

corresidentes, marcarán una diferencia en la manera como viven sus viejos. Mari define cómo considera que debe ser llegar a “viejo”:

Pus yo creo que *difícil* | ¿no? | feo no | porque pues yo digo que ha de ser una etapa — muy bonita recordar cuando pus cuando era joven cuando tenía diez años | cuando tenía quince años | y digo pues *tratar de hacerle su vida* | su vida que es realmente yo me imagino que muy monótona | pus tratar de cambiarlo no | de ayudarla a | pues a () tanta su limitación | de no poder hacer nada o *de ayudarla* porque yo creo que *depende de él y depende de la gente que lo rodea*. ¿No?

Ahora bien, Mari expresa su ideal señalando cómo le gustaría vivir esa etapa. Podemos observar que tiene muy interiorizada esta “regresión” a la que se refería con anterioridad; tanto es así que la considera una realidad que ella vivirá en su vejez, pero que anhela hacerlo a su manera:

Tranquila | este | pues tranquila | con este | económicamente desahogada | y este | este con mi familia | o sea mi familia me refiero a mis hijos a mis nietos en orden | si es importante | con mi pareja | porque pues como que | igual ¿No? | vuelves a | te vuelvo a repetir | vuelves a | regresas yo creo que como vas creciendo llega un momento en que | en que te gustaría volver hacia atrás.

IV. HABLAR DE LA VEJEZ A MANERA DE CONCLUSIÓN

Lo que me interesa resaltar en este punto es la manera como los protagonistas han producido sus enunciados en las entrevistas respecto de la vejez, ya que el modo como el individuo construye su discurso se construye a sí mismo y a los demás. En este sentido, el del lenguaje, lo que a mis ojos ha resaltado

es el modo como las personas entrevistadas hacen referencia a sí mismas a lo largo de sus entrevistas como primer referente. Es decir, para explicar, ejemplificar y expresarse sobre un tema como la vejez (etapa de la vida en la que no todos los entrevistados se encuentran), se refieren a sí mismas.

Lo anterior me ha llevado a observar la subjetividad expresada en el discurso de los entrevistados. En este sentido, los pronombres son elementales para su identificación, pues

[...] la categoría de primera persona es la gramaticalización de la referencia del hablante hacia él mismo; la segunda persona es la codificación de la referencia del hablante hacia uno o más destinatarios; y la tercera persona, la codificación de la referencia hacia personas y entidades que no son ni hablantes ni destinatarios del enunciado en cuestión (Rodríguez Alfano, 1993: 54).

De manera que he llegado a ella por la recurrencia importante del pronombre “yo” (característico en los discursos orales informales, categoría en la que podríamos ubicar las entrevistas realizadas para el presente trabajo), la mayor referencia hacia sí mismo, sus experiencias y sus procesos mentales (44). La utilización repetitiva del “yo” muestra cómo los entrevistados construyen sus discursos desde sí mismos en calidad de primer referente, y recurren a sus experiencias socioculturales para expresarse en la interacción.

Pongo atención en los pronombres personales porque se han ocupado para separar a las diferentes generaciones que en este trabajo constituyen a los protagonistas. Cada generación ha utilizado el “yo” para referirse a sí misma; los pronombres de tercera persona, para separarse de otros grupos, tal como lo hacen cuando se refieren a los “viejos” o “ancianos” (o a los dos), pues ellos no se ubican dentro de dicho grupo. Incluso la

primera generación ha hecho esto; a excepción de doña Eulalia, quien sí se adscribe al grupo de los “viejos” y se acepta como tal.

Así fue como los nueve protagonistas del presente trabajo se adscriben cada quien en un grupo, según su contexto socio-cultural; pues la edad, el sexo, la actividad. . . son elementos que los hacen vincularse a un grupo particular: ya sea el de los jóvenes, el de los adultos o el de los viejos.

Cuando intentan expresar su manera de concebir la vejez, los entrevistados utilizan en particular dos adverbios que saltan a mi vista: “mientras” y “ya”. El adverbio “ya” tiene un valor temporal e “[...] indica que lo expresado en la oración ha sido realizado en un momento anterior a un punto de referencia temporal, que puede ser el momento del habla [...] o en otro momento pasado o futuro” (Bosque y Demonte, 1999: 641). Al utilizar el adverbio “ya”, los protagonistas establecen una frontera en un proceso: en lo que ellos definen como “vejez”, asignan características peculiares a un antes y a un después; es decir, antes de “ya caminar lento”, de “ya tener enfermedades”, y otras expresiones. Tal “ya” marca esta frontera entre ser y no ser viejo: vivir la etapa de la vejez.

Respecto del adverbio “mientras”, me parece que cumple la misma función en lo referente al tema central del trabajo, pues es una locución que expresa tiempo; en el caso particular que nos atañe, nos introduce a una oración que en su conjunto se refiere a un proceso: el de envejecer como “mientras puedes hacer tus actividades”, “mientras te puedas mover”. De manera que nos indica ese tránsito, ese momento en el que una persona no ha pasado aún a ser un “viejo” o un “anciano”.

Los protagonistas hacen lo anterior basados en su propia experiencia, que los ha conducido a pensar de determinada manera; es decir, lo enunciado por cada persona depende de sus

vivencias a lo largo de su vida, de sus propias relaciones con el mundo que la rodea, con el conjunto social al que se adscribe y en el cual su grupo de coresidencia se desenvuelve.

Los entrevistados usan diferentes términos para referirse a la población adulta mayor: “viejo”, “anciano”, “viejito”, “mayor” o “grande” son algunas de las variedades léxicas de los informantes que utilizan como opciones en su discurso. Los dos primeros los proveen de una carga peyorativa: “viejito” es un modo de minimizar esas connotaciones desvalorizantes; incluso lo asumen como una manera simple de tratarlos con cariño. “Mayor” o “grande” son conceptos que prefieren usar en muchas ocasiones —sobre todo la segunda generación— como un modo sociocultural de caracterizar a los ancianos, concediéndoles una categoría de personas que — pese a encontrarse en otra etapa de la vida— no los hace poseedores de elementos que los imposibilite de ser capaces de realizar sus actividades cotidianas dentro de su grupo de coresidencia.

Sobre doña Eulalia, Mari habla de una supuesta comprensión que debería haber en las generaciones jóvenes hacia los ancianos: entender que los viejos tienen limitaciones para realizar las actividades y así poder ayudarlos. Ahora, este aspecto se observa en su discurso; en la realidad sería benéfico aplicarlo en su grupo de residencia. Sin embargo —como hemos visto—, pese a que doña Eulalia comunica a su hija y a su nieta que se cansa, que en ocasiones se siente mal y —en pocas palabras— les dice “ya no puedo”, las dos generaciones descendentes al parecer no aceptan esto; tal vez porque —si aceptaran tales limitaciones— deberían aceptar que no cuenta con la capacidad de cumplir con las obligaciones que le corresponden en su domicilio: no podría cuidar al bisnieto, cocinar, ir por el mandado, limpiar; y por lo visto en este domicilio no hay espacio para un “anciano”.

Ahora bien, en un sentido metafórico, simbólico, en el presente capítulo se encuentra el lugar del anciano en el grupo, pues en los tres grupos se indica —en primera instancia— que el jefe de familia es un anciano; sin embargo, sólo en uno se reconoce que tal papel no es sólo de dicho sino de hecho: el lugar como cabeza de familia se asigna y se reconoce a doña Luisa. En los casos de don Genaro y doña Eulalia, no ocurre lo mismo, pues aunque las dos generaciones descendientes de don Genaro reconocen que se otorga suficiente importancia a su opinión, de igual manera se acepta que no es el único que tiene voz ni el que dice la última palabra en dicho grupo.

En relación con esto, debemos agregar que el lugar asignado a don Genaro no corresponde al hecho de cubrir todas las responsabilidades económicas de la casa, pues es quien menos aportaciones monetarias hace al gasto familiar; los actores reconocen que se trata de una situación más bien propiciada por la costumbre sociocultural en la que se desenvuelve el grupo. Entonces tiene un lugar social, mas no un dominio económico. La jefatura familiar como tal, la toma de decisiones en el hogar, no es en ninguno de los casos ejercida por una sola persona: es compartida y se encuentra estrechamente relacionada con quien aporta más dinero al recinto familiar.

Lo anterior es evidente también en el grupo de doña Eulalia, pues en los fragmentos de los discursos de los protagonistas de dicho grupo observamos que la designación de jefe de familia es atribuida al esposo de doña Eulalia; no obstante, el señor ni siquiera tiene sus capacidades físicas a 100% debido a una enfermedad. Entonces observamos que el modelo ideal de estructura familiar se expresa en los discursos asignando lugares importantes en el grupo a los hombres, de manera nominal. Resulta importante resaltar entonces que los distintos entre-

vistados de los tres grupos de coresidencia aceptan que el reconocimiento nominal no refleja exactamente los hechos.

Por otra parte, en dicha asignación de espacios en el grupo, podemos observar que dos de los ancianos entrevistados cuentan con espacios propios, y ellos dos precisamente conservan un lugar importante dentro de la estructura familiar; sin embargo, la anciana que carece de un espacio físico dentro del domicilio, carece también de un lugar en su grupo de coresidencia, pues aunque aporta un beneficio al grupo como cuidadora de un bisnieto, dicho aporte no se le reconoce como tal, pues es considerado como un deber que ha de cumplir, al igual que la responsabilidad de manejar la casa. No se le pide su opinión, pero sí se le exigen ciertas responsabilidades para con los demás, pese a que no se le proporcionen más atenciones afectivas o sociales.

En tal sentido me es necesario resaltar que dicho espacio (ese lugar que doña Eulalia reclama al sentirse anciana) le es negado por su grupo de coresidencia, ya que —como se ha podido observar en los discursos de las protagonistas— aceptar que doña Eulalia es anciana o vieja, llevaría consigo también darle ciertas atenciones por parte de los demás, como quitarle carga de trabajo, relevarla de cumplir ciertas responsabilidades; incluso otorgarle cuidados o —por lo menos— procurarla en su salud. Ello, por supuesto, implicaría que la dinámica del grupo cambiara: el bisnieto tendría que ser atendido por su madre o ser cuidado en una guardería, lo cual exigiría más gastos por parte de la tercera generación. En cuanto a la madre, quizá tendría que preparar los alimentos diarios o exigir más cooperación económica a la segunda generación. En fin, una serie de cambios operados en la dinámica familiar que nadie —salvo doña Eulalia— desea llevar a cabo.

En la última parte de los segmentos de los discursos de cada grupo, se hace hincapié en el *antes* y el *después* respecto del trato de los ancianos; como parámetro, se tiene el tiempo presente de la persona que emite el discurso: a partir de su *ahora*, puede construir oposiciones respecto del tema. El *después* se presenta como un futuro posible, o más bien como un futuro deseable. Los emisores se posicionan tanto en el tiempo como en el espacio; y lo expresan en sus entrevistas. Los entrevistados organizan el tiempo desde el punto en el que ellos se encuentran en el tiempo y en el espacio: en su *ahora*; y si bien los nueve entrevistados viven etapas diferentes en sus vidas, para ellos el “antes” será el pasado a partir de sí mismo.

El discurso que se construye mediante la entrevista construye también los tiempos que se definen bajo los valores de cada individuo. Construyen el tiempo utilizando recursos léxicos diferentes como “cuando mi abuela era chica”; “cuando yo era niño”; “mi mamá me cuenta”; “antes”; “me platica mi abuelita de su mamá”, y así por el estilo. Utilizan referentes que contextualicen ese “antes”. Formulan el “ahora” con construcciones léxicas como “ahorita en estas fechas”; “ahora”; “ahora los jóvenes”; “ahora últimamente”.

Antropológicamente, el presente trabajo aporta elementos sustantivos para continuar la investigación en torno a la vejez desde diferentes líneas; por ejemplo, la búsqueda en los discursos (derivados de las entrevistas), la manera como se construye la identidad del anciano y si tal concepción es compartida por el grupo; de qué modo la diferencia de género resulta determinante en la concepción de la vejez; qué sucede con la reciprocidad: ¿existe como alternativa entre las generaciones actuales?, y así por el estilo. El presente trabajo, entonces, constituye un inicio de futuras investigaciones que muestran que es posible valerse del lenguaje y la etnografía para lograr una de las tareas

del antropólogo: escribir lo no escrito, porque así cada vez contribuimos a la comprensión de pedazos de nuestra realidad: realidad en la que todos nos desenvolvemos.

Ahora bien, debemos hacer hincapié en que la comprensión no debe quedarse ahí, sino que —en este caso— la intención principal debe ser fomentar la atención en tal etapa de la vida para así promover la creación de políticas públicas eficientes, de manera que la vejez no constituya una etapa temible. No se trata sólo de una labor del grupo de coresidencia. Es un problema mucho más de fondo que comprende a la sociedad civil y al Estado: dar su lugar a la vejez en el grupo de coresidencia.

Anexo

Simbología utilizada en las genealogías



REFERENCIAS

- BENVENISTE, Émile. 1972. *Problemas de lingüística general*. México: Siglo XXI Editores.
- BOSQUE, Ignacio, y Violeta Demonte, dirs. 1999. *Gramática descriptiva de la lengua española*. Tomo 1. Madrid: Espasa.
- BRIGGS, Charles L. 1990. *Learning How to Ask: A Sociolinguistic Appraisal of the Role of the Interview in Social Science Research*. Nueva York: Cambridge University Press.
- CALSAMIGLIA BLANCAFORT, Helena; Amparo Tusón; y Amparo Tusón Valls. 1999. *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Colección Ariel Letras. Barcelona: Ariel Lingüística.
- DAINO, Leonardo; René A. Knopoff; y María Julieta Oddone. 1991. "Prejuicios, mitos, estereotipos". En *Dimensiones de la vejez en la sociedad argentina*, compilado por René A. Knopoff, y María Julieta Oddone, 83-97. Biblioteca Política Argentina, vol. 311. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- DURANTI, Alessandro. 1998. *Antropología lingüística*. Lingüística-Cátedra. Barcelona: Ediciones Akal.
- GEERTZ, Clifford. 1997. *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- GOMES DA CONCEIÇÃO, María Cristina. 1997. "Seguridad social y envejecimiento: la crisis vecina". En *Los retos de la población*, coordinado por Cecilia Rabell Romero, 297-340. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/Juan Pablos Editor.

- _____. 1999. "El proceso de envejecimiento poblacional y el curso de vida". En *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades*, 339-365. Comisión de Población y Desarrollo/Consejo Nacional de Población/Cámara de Diputados-H. Congreso de la Unión.
- _____. 2001. "Corresidencia intergeneracional y jefatura en hogares con individuos mayores de 60 años. Brasil y México". En *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*, compilado por Cristina Gomes da Conceição, 395-415. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/Miguel Ángel Porrúa, librero-editor.
- GÚBER, Rosana. 1991. *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Segasa.
- HAM CHAMDE, Roberto. "El envejecimiento en México: de los conceptos a las necesidades". *Papeles de Población* 5, núm. 19 (1999): 7-21. Nueva Época.
- _____. "Vejez y dependencia. Paradigmas y nuevos contratos sociales". *Demos. Carta demográfica sobre México*, núm. 14 (2001): 27-28.
- JAKOBSON, Roman. 1981. *Ensayos de lingüística general*. 2a. ed. Biblioteca Breve. Madrid: Seix Barral.
- LINTON, Ralph. 1978. "Introducción. La historia natural de la familia". En *La familia*, compilado por Erich Fromm *et al.*, 5-29. Barcelona: Península.
- LYONS, John. 1981. *Lenguaje, significado y contexto*. Paidós Comunicación, vol. 6. Madrid: Ediciones Paidós Ibérica.

- MONTES DE OCA ZAVALA, Verónica. “Diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México”. *Papeles de Población* 5 núm. 19 (1999a): 149-172. Nueva Época.
- _____. 1999b. “Relaciones familiares y redes sociales”. En *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades*, 289-319. Comisión de Población y Desarrollo/Consejo Nacional de Población/Cámara de Diputados-H. Congreso de la Unión.
- _____. 2000. “Experiencia institucional y situación social de los ancianos en la Ciudad de México”. En *Las políticas sociales de México al fin del milenio: descentralización, diseño y gestión*, coordinado por Rolando Cordera Campos, y Alicia Ziccardi, 419-456. Colección Las Ciencias Sociales. Segunda Década. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales-Coordinación de Humanidades-Facultad de Economía/Miguel Ángel Porrúa, librero-editor.
- _____. 2001. “Bienestar, familia y apoyos sociales entre la población anciana en México: una relación en proceso de definición”. En *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*, compilado por María Cristina Gomes da Conceição, 345-375. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/ Miguel Ángel Porrúa, librero-editor.
- ORTIZ PEDRAZA, José Francisco. 1999. *Envejecimiento: ¿programa genético o desgaste?* México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- PRIETO CASTILLO, Daniel. 1994. *La fiesta del lenguaje*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

- RICCI BITTI, Pio E., y Bruna Zani. 1990. *La comunicación como proceso social*. Colección Los Noventa, vol. 41. México: Grijalbo/Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- RODRÍGUEZ ALFANO, Lidia. “Deixis y modalización. Funcionamiento ideológico en el discurso de dos grupos sociales de Monterrey”. Tesis de Maestría. Monterrey, Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León, 1993.
- SALLES, Vania. “Cuando hablamos de familia, ¿de qué familia estamos hablando?” *Nueva Antropología* 11, núm. 39 (junio, 1991): 53-87.
- SAUSSURE, Ferdinand de. 1980. *Curso de lingüística general*. Madrid: Akal Editor.
- SILLIS, David I. 1977. *Enciclopedia internacional de las ciencias sociales*. Tomo 2. Madrid: Aguilar
- TUIRÁN, Roberto. 1999. “Desafíos del envejecimiento demográfico en México”. *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades*, 15-22. Comisión de Población y Desarrollo/Consejo Nacional de Población/Cámara de Diputados-H. Congreso de la Unión.
- WONG, Rebeca, y María Elena Figueroa. “Morbilidad y utilización de servicios de salud entre población de edad avanzada: un análisis comparativo”. *Papeles de Población* 5, núm. 19 (enero-marzo, 1998): 23-41. Nueva Época.



Tercera Parte

Jubilación, seguridad social y
políticas públicas



Capítulo 8

Jubilación y seguridad social para los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social y sus familias

*Selvia Larralde Corona**

INTRODUCCIÓN

La presente investigación partió de la idea de que uno de los fenómenos más importantes que marcaban el proceso de envejecimiento era el fin de la vida laboral de las personas y que, cuando éste ocurría, atestiguábamos una transformación de la cotidianidad en los hombres y las mujeres que deciden dejar el trabajo extradoméstico. Así pues, pensé que adentrándome en el análisis de la experiencia de la jubilación, podría también conocer la manera como se construye y se vive actualmente la vejez.

Sin embargo, como la jubilación de los adultos mayores es un proceso que no sólo se vive personalmente, sino que se vincula necesariamente con otros ámbitos —sobre todo el de la familia—, comprendí la “jubilación” para el adulto mayor y

* Doctora en Antropología Social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Se ha desempeñado como coordinadora del proyecto de profesionalización y certificación en género del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) y directora académica en la Fundación “Rafael Preciado Hernández”. Especialista en temas de política social, derechos de grupos vulnerables, género, adultos mayores y familia.

su familia como un proceso que supone la llegada de una nueva manera de hacer frente a la vida cotidiana.

Así, la pregunta general y punto de partida de la investigación fue la siguiente: ¿Cómo los adultos mayores y sus familias hicieron frente al retiro laboral? ¿De qué manera influyó éste en la construcción de sus vidas cotidianas durante la vejez? ¿Cuál es la relación de la trayectoria laboral de los mismos con su vida cotidiana actual y la de sus familias?

De tal modo, se planteó que el retiro laboral y la vida cotidiana después del mismo sería producto en gran medida de la trayectoria laboral de los individuos y de la manera como dicha trayectoria se ha entrelazado en el transcurso del tiempo con otros ámbitos de la vida de los informantes: el escolar, el conyugal y el reproductivo. Así pues, la jubilación se tomó como punto de transición que marcó de manera importante un cambio en la vida cotidiana y en el proceso de envejecimiento.

Con el fin de profundizar en la experiencia de la jubilación y de la vida cotidiana después de la misma, elegí como universo de estudio de la investigación a 18 extrabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): hombres y mujeres, mayores de 60 y hasta 85 años, que gozaban de una pensión jubilatoria desde el momento de su retiro laboral. Luego realicé una serie de entrevistas a profundidad a cada uno de los informantes, así como a algunos miembros de sus familias.

I. ENFOQUE TEÓRICO METODOLÓGICO

Resulta importante resaltar que después de una larga búsqueda de referencias y herramientas teórico-metodológicas que dieran marco a las respuestas de las preguntas planteadas, elegí la perspectiva conocida como “curso de vida” porque me permitía conjuntar dos dimensiones de análisis: la diacrónica, para en-

tender las trayectorias vitales de los informantes desarrolladas a lo largo de varias décadas (en especial la interrelación de la trayectoria laboral con la escolar, la conyugal y la reproductiva); y la sincrónica, para analizar el fenómeno del retiro laboral así como su relación con la vida cotidiana actual de los mismos. De tal modo, el enfoque del curso de vida me permitió elaborar un análisis tanto desde la perspectiva diacrónica —mediante el uso de la herramienta conceptual de las trayectorias vitales— como desde la sincrónica, por medio del uso del concepto *transición*. De esta manera pude analizar el envejecimiento como un proceso a lo largo del tiempo, y la jubilación como transición en un momento específico de la historia tanto personal como familiar.

En segundo lugar, la propuesta que lleva a cabo este enfoque: analizar tanto el cruce de las propias trayectorias individuales como —a su vez— éstas con las de los otros integrantes de la familia, resultó ideal para estudiar la interrelación entre los procesos individuales y familiares, la cual constituyó uno de los objetivos centrales de mi investigación. Así, analizar el entrelazamiento de varias de las trayectorias vitales me permitió —por un lado— articular el nivel individual y familiar; y —por otro— conectar o ligar el curso de vida del jubilado con ciertas etapas históricas como —por ejemplo— el auge económico que vivió México en décadas pasadas y que —entre otros beneficios— permitió las condiciones de seguridad social de las que actualmente gozan los jubilados del IMSS.

De tal manera, la investigación arrojó resultados sobre la construcción de la trayectoria vital de los entrevistados (información de tipo diacrónico) así como sobre la dinámica cotidiana de los jubilados y sus familias en la actualidad (información de tipo sincrónica). Ambas, por supuesto, confluyen en el análisis final de la investigación.

II. LA CONSTRUCCIÓN DE LA TRAYECTORIA LABORAL

A. *Trabajadores del sector público.*

El origen de los beneficios de los jubilados del IMSS

Debido a que el interés central de la presente investigación giraba en torno al tema del trabajo y el retiro laboral, la trayectoria vital que se tomó como hilo conductor básico y que guió la investigación fue la laboral; con base en ella se reconstruyeron las trayectorias vitales de los informantes y sus relaciones familiares, antes y después de la jubilación.

Así, el análisis de las trayectorias descubrió que los entrevistados contaban con ciertas características que los colocaron en el lugar y en el momento indicados de modo de verse beneficiados por el modelo económico de la época, así como por una dinámica política que formó una especie de isla dentro del mercado de trabajo, la cual se vio favorecida por la creación de empleos y de una serie de condiciones de seguridad social que el resto de los trabajadores del país no recibieron, ni reciben en la actualidad.

He aquí algunas características de las trayectorias vitales de los entrevistados:

- Contexto histórico. Ingresaron a su trabajo en el IMSS entre 1950 y 1970: época de crecimiento, estabilidad económica y ensanchamiento del Estado.
- Lugar donde habitaban. Vivían en la Ciudad de México al ingresar al IMSS.
- Escolaridad. Tenían un mínimo de escolaridad de primaria

Si consideramos el año de nacimiento de los informantes (1918-1943) y el año en el que ingresaron tanto a su primer

trabajo como a su empleo en el IMSS (que para la mayoría fue su último trabajo), descubrimos que todos los informantes ingresaron a su primer trabajo y al empleo en el IMSS entre 1940 y 1970; así, los entrevistados consiguieron los empleos que desempeñaron a lo largo de su trayectoria laboral en un periodo histórico marcado por el crecimiento y la estabilidad económica en el país.

Los informantes de la investigación se integraron, pues, a un mercado laboral en pleno crecimiento; en una época en la que el auge económico hacía que el país creciera o se mantuviera estable y brindara más oportunidades de empleo, sueldo y prestaciones sociales que antes los trabajadores no hubieran imaginado. Digamos que los entrevistados se insertaron en un momento histórico y político que brindaba oportunidades laborales de las cuales no se disponía antes, que prometía su expansión al resto de los trabajadores y que en la actualidad están desapareciendo.

Sin embargo, como la situación laboral no mejoró de manera homogénea en todas las zonas del país y para todas las clases sociales; los entrevistados, además, se encontraban dentro de uno de los grupos más favorecidos, ya que la mayor parte de su trayectoria laboral se desempeñaron como empleados públicos.

Aunado al contexto histórico y político en el que se integraron al mercado de trabajo, es necesario señalar otros elementos que conformaron las trayectorias laborales de los informantes: la situación económica de la familia de origen y el género al que pertenece cada uno de ellos. Se trata de características que determinaron el momento de inicio, el tipo de trabajo y el grado de capacitación al que tuvieron acceso tanto hombres como mujeres. Los varones de sectores medios fueron quienes tuvieron mejores oportunidades de estudio y de trabajo. Sin

embargo, independientemente de su nivel escolar, de su género y de la situación económica de sus familias de origen, pudo observarse que todos los informantes mejoraron significativamente su situación económica al ingresar al IMSS. Al hacerlo también elevaron su nivel socioeconómico respecto del de sus padres; asimismo, dejaron atrás el sector social (que en general era bajo) al que pertenecían sus familias de origen y se integraron de lleno a los sectores medios.

Otros elementos por considerar: todos los entrevistados habitaban en la Ciudad de México y contaban con un mínimo de estudios de primaria terminados en el momento de ingresar a su empleo en el IMSS, lo cual apunta al hecho (señalado ya por diversos autores como Montes de Oca Zavala, 2001, entre otros) de que —efectivamente— el tipo de empleos a los cuales accedieron los informantes constituían un privilegio urbano de personas con escolaridad mínima de primaria y principalmente varones.

B. La experiencia de la jubilación.

*La importancia de encontrarse inserto
en un esquema laboral formal durante la vejez*

En el análisis de la trayectoria laboral, mostré la manera como los informantes se integraron al mercado laboral, al igual que el momento histórico y político que permitió la creación de empleos con una amplia cobertura de derechos laborales y sociales que contrasta con la mayor parte de los empleos que se ofrecían en aquella época. Por esta razón, no resulta del todo sorprendente que si los informantes de la investigación se encontraban en condiciones laborales favorables en el pasado, actualmente se hallen en condiciones de jubilación también favorables respecto del resto de los adultos mayores del país.

Así, descubrimos que todos los entrevistados se jubilaron con una pensión mensual equivalente a su último sueldo; en algunos casos, incluso mayor. Tienen derecho a recibir dicha pensión hasta su muerte y también a que el monto de ella vaya ajustándose a la inflación en la misma medida que el salario mínimo (lo que se conoce como “pensiones dinámicas”). Además, conservan todas las prestaciones que tenían como trabajadores en activo: aguinaldo, acceso gratuito a servicios de salud, y otros; como ejemplo de las condiciones favorables de que gozaron en el momento de la jubilación, está recibir un monto de dinero adicional en el momento de dejar su plaza.

Sin embargo, tal situación —como lo han mostrado los trabajos de los demógrafos, entre otros Ham Chande, 2003— no es la que gozan todos los adultos mayores del país. La vejez en nuestro país dista mucho de ser esa época de reposo y de tiempo libre con una pensión como recompensa por haber contribuido al desarrollo económico y social de México. Como señala el autor (uno de los especialistas en el tema):

[...] esta visión casi idílica de trabajadores retirándose de la actividad con goce de una pensión suficiente y decorosa, sólo tiene aproximaciones en muy pocos países de gran desarrollo y, desde luego, está muy distante de las posibilidades de la seguridad social mexicana y la de todas las sociedades no desarrolladas (Ham Chande, 2003: 223).

Según el mismo autor, apenas una cuarta parte de la población mayor de 60 años recibe pensión; además, la cobertura resulta significativamente más pobre para los adultos mayores que habitan en zonas rurales y para las mujeres.

No obstante, las verdaderas carencias del sistema de pensiones en México se evidencian aún más cuando revisamos los montos de ellas, pues resultan menores a dos salarios mínimos,

tanto en zonas rurales como en urbanas; lo mismo para hombres que para mujeres. En las rurales, la pobreza en los montos de las pensiones se hace más notoria, pues la mayor parte de ellas llegan apenas a un salario mínimo.

Así, resulta muy claro que el trabajo en el IMSS fue el que marcó de manera definitiva la experiencia de la jubilación y de la vejez de los informantes, pues los colocó en una situación económica estable y relativamente cómoda.

III. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LA TRAYECTORIA LABORAL

En el análisis general de las trayectorias laborales, el factor que mostró tener más relevancia en la construcción de las mismas fue la situación histórica en la que los informantes se insertaron al mercado de trabajo; en especial a su empleo en el IMSS, entre las décadas de 1955 a 1970, época de crecimiento y estabilidad económica en el país. Gracias a ello, los entrevistados se encontraron con un mercado de trabajo en expansión, debido en gran medida a un contexto económico y político que favorecía la disponibilidad de empleos estables o para toda la vida; además, con seguridad social (Castel, 1998; Filgueira, 1998).

Sin embargo, a pesar de que se encontraban en un momento de crecimiento y estabilidad económica, vemos que trabajos como el del IMSS (favorecidos por una época de crecimiento económico y por una situación política que otorgaba beneficios a los trabajadores de ciertos sectores) no se encontraban a disposición de toda la población del país, sino únicamente de un sector relativamente escolarizado y urbano al que pertenecían los informantes de la investigación, pues contaban con un mínimo de primaria terminada y habitaban en la

Ciudad de México en el momento de ingresar a su empleo en el Instituto.

De ahí que podamos decir que los entrevistados de la investigación forman parte de un grupo un tanto privilegiado al resultar beneficiados por la época de crecimiento y estabilidad económica y social del país, a la cual deben en gran medida el acceso a educación pública y a empleos formales, bien remunerados y con un amplio sistema de seguridad social. Ello les permitió formar un patrimonio y elevar sus niveles educativos y socioeconómicos respecto de los de su familia de origen; de tal modo, aseguraron un envejecimiento tranquilo con el goce de una pensión y otros servicios de seguridad social (incluidos los de salud).

Así, mediante el análisis diacrónico pudo atestiguar la manera como la mayoría de los informantes superaron la pobreza o el nivel socioeconómico de sus familias de origen y pasaron a formar parte de los sectores medios; con ello atestiguamos uno de los fenómenos sociales más interesantes del siglo XX: crecimiento económico y desarrollo social de los sectores medios en México. De tal manera, los entrevistados representan la prueba de que si se otorgan ciertas condiciones de seguridad social (en especial en lo referente a derechos laborales, sociales y de salud) a los trabajadores, puede lograrse la movilidad social ascendente en una sola generación.

A. Algunos hallazgos sobre trayectorias vitales y diferencias de género

El análisis diacrónico mostró también resultados en lo referente a la innovación del modelo tradicional de comportamiento femenino por parte de las mujeres entrevistadas, quienes desarrollaron un curso de vida distinto del de la mayoría de las

mujeres de su época pues —por ejemplo— pudieron adquirir ciertos niveles educativos y empleos en un contexto histórico marcado por construcciones socioculturales de género bastante rígidas que inhibían el acceso de las mujeres a la escuela y al trabajo extradoméstico. De dicha manera, la determinación de las informantes para construirse su propio futuro y patrimonio fue central; no se limitó a asistir a la escuela en contra de la voluntad de sus padres o sobrecargarse de trabajo para poder pagar sus estudios, sino que se prolongó a lo largo de toda su vida. Prueba de ello fue que no dejaron de trabajar al casarse o al tener a sus hijos, como lo hacía la mayoría de las mujeres de su época.

No obstante, lograr la convivencia de familia y trabajo no fue tarea sencilla; como pudimos observar, las informantes debieron utilizar estrategias (también poco comunes en su época) como el control de la natalidad y recurrir a las redes familiares (madre y hermanas), trabajadoras domésticas y guarderías para cuidar de sus hijos mientras ellas trabajaban.

Como sostienen Ariza, y de Oliveira (2001), fecundidad más reducida, mayores niveles de escolaridad, desempeño de una carrera profesional o técnica (universitarias, maestras, enfermeras), mayor autonomía entre los cónyuges, redes de apoyo familiares y utilización de recursos como guarderías y empleadas domésticas, fueron factores centrales para que las mujeres se inclinaran por una trayectoria laboral continua; empero, registran tales características básicamente después de los años setenta, cuando el mercado laboral permitió la entrada masiva de las mujeres, mientras que las entrevistadas iniciaron su trayectoria laboral (en su mayoría) antes de los años setenta. Ello me llevó a concluir que nos encontramos frente a lo que podría denominarse “las pioneras” en la creación de un modelo de vida para las mujeres, que permitió la convivencia de familia

y trabajo. Así pues, puede señalarse que formaron parte de una avanzada silenciosa que sentó la bases para las transformaciones de género y familiares que se darían de manera masiva en los años setenta (Juárez, y Quilodrán, 1990).

*B. ¿Transformación del modelo
sin cuestionamiento del mismo?*

Sin embargo y a pesar del comportamiento innovador de las informantes en lo referente a la relación familia-trabajo, pudo observarse claramente que ninguna de las entrevistadas cuestionaba la norma sociocultural de género de su época. Aunque con sus acciones ponían en práctica un nuevo modelo, en el discurso apoyaban dichos lineamientos; incluso abundaban en justificaciones sobre el hecho de no haber dejado su trabajo para dedicarse a cuidar de tiempo completo a hijos y esposo.

El acuerdo de las entrevistadas con el modelo tradicional de comportamiento femenino, pudo descubrirse claramente en otros ámbitos; por ejemplo en las relaciones de pareja, pues a lo largo de sus vidas las entrevistadas se apegaron (y aún se apegan en la actualidad) al modelo de la exclusividad sexual y de pareja antes, durante y después de su vida matrimonial; mientras los testimonios de los varones mostraron inclinación a exponer la diversidad de relaciones amorosas antes de su matrimonio y después del mismo. En este sentido, descubrí que los entrevistados varones son quienes declaran desear o interesarse más por tener una pareja después de la viudez; mientras que las mujeres que participaron en la investigación, declararon no interesarse por rehacer su vida de pareja.

Así, descubrimos que todos los hombres viudos o solteros de la presente investigación tenían una pareja estable en el momento de la entrevista; por su parte, todas la mujeres de la

investigación que no tenían pareja en el momento de la entrevista, señalaron que no les interesaba o no les parecía correcto sostener una relación de pareja en ese momento de su vida.

Aunque las informantes nunca cuestionaron los lineamientos socioculturales de género en la mayor parte de sus prácticas, en lo que se refiere a la relación familia-trabajo mostraron un comportamiento muy innovador; en este sentido también pudo observarse la relajación de los lineamientos tradicionales de género, pues —como se mostró en la investigación— los comportamientos de los informantes dentro del hogar se fueron transformando a lo largo de los años, sobre todo después de la jubilación. Los cambios en la rutina y en el ciclo de vida familiar, permitieron que tanto los hombres como las mujeres entrevistados desarrollaran nuevos roles y actividades dentro de sus familias que no se apegan a esquemas tradicionales de género.

IV. LA TRANSICIÓN DE LA JUBILACIÓN Y LA VEJEZ

Otra serie de resultados surgieron del análisis de la transición de la jubilación y de la vida cotidiana de los informantes en el momento de la entrevista.

En la investigación pudo comprobarse que la experiencia de la jubilación de los informantes después de la misma, estuvo marcada principalmente por tres factores: 1) el esquema laboral en el que estaban insertos; es decir, su posición como empleados del IMSS, los cuales tienen derecho a recibir una pensión y prestaciones sociales que contrastan con las de la mayoría de los trabajadores del país; 2) su buen estado salud, que les permitía realizar todas las actividades cotidianas sin ningún problema; y 3) su red familiar y social que los mantenía activos y satisfechos.

Así, otros factores con los que suele relacionarse el retiro laboral (como la edad), en el caso de mis informantes mostró ser relativo, pues aunque la jubilación de la mitad de ellos tuvo relación directa con su edad (60 años), para los demás el tiempo de trabajo dentro del Instituto fue el que determinó el retiro laboral, no la edad. Por ese motivo —independientemente de si la situación de los informantes es compartida por muchos o pocos jubilados en el país—, resulta necesario separar retiro laboral de edad; y por lo tanto, retiro laboral de vejez.

Ante esta situación, resulta necesario plantear el retiro laboral como un evento que marca de manera importante la vida de las personas pues pasan de una dinámica estructurada básicamente sobre el eje del trabajo extradoméstico y remunerado, a una dinámica centrada en otras actividades distintas del empleo que desempeñaron gran parte de su trayectoria vital. Sin embargo, aunque la jubilación es un punto de transición de suma importancia en la vida de las personas, no necesariamente marca el paso a la última etapa del ciclo de vida (o vejez).

También descubrí que al dejar atrás el eje del trabajo extradoméstico, los informantes no entraron en una etapa marcada por el reposo y el esparcimiento, sino que siguieron muy activos desempeñando diversos tipos de trabajo doméstico y extradoméstico; con lo cual comprobé una multiplicación o intensificación de los roles después del retiro laboral, pues a su papel de proveedores se agregaron otros más, como el de abuelos, además de los diferentes roles que desempeñaban fuera del hogar: ser amigos, compañeros y así por el estilo.

A. Vejez y familia

De tal modo, en gran medida gracias a los diferentes roles asumidos dentro de sus familias —antes y después de la jubila-

ción—, los informantes amortiguaron el impacto del retiro laboral. Situación económica, estado de salud así como redes familiares y sociales, fueron ejes que marcaron la experiencia de la jubilación y la vejez para los informantes. No obstante, lejos de pensar que la época de trabajo y manutención familiar más ardua terminó con la llegada de la jubilación, hemos de acentuar que tanto el trabajo de los informantes como su dinero y recursos en general, siguieron siendo esenciales para la reproducción de la familia (después de la jubilación y hasta el momento de la entrevista).

Así, una constante en las dinámicas de los informantes en el momento de la entrevista, fue el apoyo que otorgaban a hijos y nietos; tal apoyo podía suministrarse de distintas maneras: compartir la vivienda con sus hijos y sus familias de procreación, otorgar apoyo económico directo; es decir: cubrir los gastos de manutención de la casa cuando los hijos no cooperaran al gasto; prestarles dinero; comprarles lo que necesitaran, y así por el estilo; finalmente, apoyo en materia de cuidados y trabajo doméstico. De tal modo (como vemos en el cuadro 1), diez informantes comparten su casa con algún hijo(a) y sus familias, hermano(a) o sobrinas.

El apoyo económico que los informantes suministran a sus familias ha sido de muy diversos tipos. Sólo por mencionar algunos casos, podemos señalar que Lila —quien vivía sola en el momento de la entrevista— declaró que proporcionó dinero a su hijo para pagar el enganche de un departamento; la señora Soledad afirmó que prestó dinero a sus hijas para que hicieran estudios de maestría o para que compraran sus autos; el señor Lorenzo mantiene del todo a su hijo de 28 años. En síntesis, la mayoría de los jubilados comparten su casa con alguno de sus hijos (o algún pariente de la familia extensa); les han prestado

(o dado) dinero para adquirir su propia vivienda o bienes de otro tipo: autos, capacitación privada, y otros.

En tal mismo sentido, cabe hacer notar que su pensión sigue siendo el principal ingreso económico de la casa en la que la mayoría de informantes vive con alguno de sus hijos y —en algunos casos— con las familias de procreación de sus hijos.

Como ya se ha señalado, otro tipo de apoyo se da en la manera de trabajo doméstico y cuidado de los nietos. Todas las informantes mujeres (excepto Lila) realizan trabajo doméstico para algún familiar; muchas de ellas cuidan a sus nietos. De hecho dedican la mayor parte del día a actividades domésticas y cuidado de los nietos. También Lorenzo y Norberto proporcionan apoyo en manera de cuidados a sus hijos(as) y nietos(as), además de ser los únicos proveedores de sus hogares.

Con el material hasta aquí expuesto, puede observarse que el tiempo de trabajo, el dinero y los recursos en general con los que cuentan los entrevistados, son utilizados no sólo para la manutención del jubilado y su cónyuge (cuando lo/a tiene), sino para que puedan subsistir o mantener su nivel de vida otros miembros de la familia de procreación y de origen (hermanos/as).

Ante tal panorama, queda claro que la vejez pensada como esa etapa de la vida dedicada al descanso —dado que ya no se tienen las responsabilidades del trabajo y de la crianza de los hijos— no es la vejez que viven los informantes de la investigación, pues lejos de vivir una época de descanso o dependencia, los entrevistados siguen siendo proveedores económicos y de cuidados. Pese a que han integrado algunas actividades recreativas a su dinámica, su tiempo, trabajo y dinero son absorbidos por la dinámica y las necesidades familiares. Sin embargo, esta situación no es extraña en México, pues (como la registra Rubalcava, 1999) la condición económica más común de las

Cuadro 1
MANERAS DE RESIDENCIA DE LOS INFORMANTES Y PERTENENCIA DE LA VIVIENDA

<i>Informante</i>	<i>Con quién vive</i>	<i>A quién pertenece la vivienda</i>
<i>Con cónyuge</i>		
Angélica	Esposo	A ambos
Soledad	Esposo	A ambos
<i>Los que viven acompañados</i>		
Ana	Esposo	A ambos. Su hija, yerno y dos nietos viven en el primer piso de la casa de Ana (de ambos, dijiste), donde dispusieron un departamento aparte.
José Luis	Esposa	
Manolo	Con su segunda esposa	A su esposa. Él dejó su casa a los hijos de su primer matrimonio.
<i>Con cónyuge e hijos</i>		
Silvio	Esposa y dos hijos	A Silvio y su esposa.
Norberto	Esposa y dos hijos	A Norberto y su esposa.
Ávila	Esposa y un hijo	A Ávila y su esposa.
<i>Con hijos y nietos</i>		
Clara	Un hijo, nuera y un nieto	A Clara
Sonia	Una hija, yerno y nieto	A Sonia
Tere	Una hija, yerno y dos nietos	A la hija de Tere. Ella vendió su casa para ir a vivir con su hija cuando enviudó.
Lorenzo	Un hijo	Lorenzo
Tomás	Un hijo, nuera y dos nietos	A José Luis
<i>Con otro familiar</i>		
Estela	Dos sobrinas	A Estela
María	Un hermano	A María
Raúl	Una hermana	A Raúl
<i>Los que viven solos</i>		
Lila	—	A Lila
Lupita	—	A Lupita

FUENTE: Elaboración propia con base en el trabajo de campo.

personas de edad avanzada dentro de la familia es ser jefe(a) económico(a) del hogar, o bien receptor del ingreso económico principal. En segundo lugar están los adultos mayores que aportan dinero pero su ingreso no es el principal. El tercer lugar lo ocupan las personas mayores que no perciben ingresos económicos pero cuyo trabajo doméstico hace posible que otros miembros del hogar trabajen. Por último están unos pocos que se encuentran inválidos y requieren de cuidados de algún miembro de la familia. Como afirma la autora:

Hay un sector de hogares que podrían clasificar como “hogares envejecidos”, definidos como aquellos que se encuentran en una etapa avanzada del ciclo de vida doméstico, momento en que los adultos mayores quedan al frente de la economía familiar, frecuentemente sin contar con contribuciones monetarias de otros miembros (Rubalcava, 1999: 128).

Así, la teoría del ciclo de vida familiar —según la cual al envejecer los fundadores de la unidad doméstica se quedan solos en casa (la etapa del nido vacío), pues sus hijos han salido ya a formar sus propias familias— no se cumple en el caso de mis informantes porque en lugar de ir perdiendo miembros, los hogares analizados han ido anexando nueras, nietos(as), yernos, hermanas(os), incluso sobrinas. Sin embargo —como he señalado—, la dinámica familiar de los informantes no sólo ha traído consigo vivir una vejez muy activa cargada de trabajo, responsabilidades y gastos familiares, sino que también gracias a esa actividad familiar los informantes han asimilado favorablemente el impacto de la jubilación; así —por un lado—, la dinámica familiar les dio oportunidad de desarrollarse en ámbitos y en roles con los que se sienten ocupados y necesarios, pero al mismo tiempo les han acarreado responsabilidades que con el avance de la edad podrían tornarse más difíciles de cumplir.

En tal sentido, es necesario aclarar que aunque cuando yo elaboré mi investigación las relaciones familiares de los informantes eran buenas, no me gustaría proyectar la imagen de que las relaciones intergeneracionales en estos hogares funcionaban como mecanismos de relojería, pues en realidad estaban cargadas tanto de apoyo como de conflicto. Por ejemplo, la transferencia de recursos (sobre todo económicos) tenía lugar casi exclusivamente de padres a hijos: no al revés. Cabe preguntarse, pues, qué pasará cuando los informantes enfermen o ya no puedan cuidar a sus nietos, o hacer el trabajo doméstico, o gastar sus pensiones en sus familiares. Qué pasará cuando los padres necesiten apoyo en manera de cuidados y de dinero por parte de sus hijos.

Hasta el momento de la entrevista, las pensiones y el trabajo de los entrevistados seguían siendo centrales para la reproducción de sus familias de origen, de procreación y extensas; la carga de trabajo y de responsabilidades no disminuyeron significativamente con la jubilación: más bien se diversificaron.

Así, al menos uno de los hijos de los jubilados seguía dependiendo económicamente de sus padres o había recibido apoyo de los mismos para comprar casa, departamento, automóviles; pagar la escuela de sus hijos, y otros desembolsos. Aunque otros de los hijos de los entrevistados no percibían apoyo económico de sus padres, sí recibían ayuda en materia de trabajo doméstico o cuidado de sus hijos.

De tal manera se pudo ver cómo, en el momento de la entrevista, los hijos de los informantes no han podido alcanzar la independencia que sus padres tenían a su edad. En otras palabras, pese a que están más escolarizados y en general más capacitados (idiomas, cursos. . .), los trabajos que habían desempeñado hasta el momento de la entrevista no les habían permitido formar su propio patrimonio y dependían del

de sus padres para mantener el nivel del vida al que estaban acostumbrados: nivel de vida que alcanzaron gracias al trabajo desempeñado por sus padres en el IMSS.

Lo anterior nos lleva a reflexionar sobre el contexto económico actual, en el que resulta cada vez más complicado tanto para individuos como para familias de los sectores medios y bajos obtener el bienestar deseado debido a las dificultades que se han presentado en el mercado de trabajo caracterizado por amplios sectores desempleados, la flexibilización del trabajo y la precarización de los ingresos. Todo ello aunado a la reducción de la responsabilidad del Estado en lo referente al gasto social.

La contracción de las funciones del Estado en materia de protección social al trabajador, el impacto de las crisis recurrentes ocurridas en la década de 1980 y 1990 (así como las políticas económicas), no sólo han aplastado y vuelto más vulnerables a los estratos pobres, sino que los sectores medios también han resultado fuertemente golpeados por tales fenómenos, como lo documentan varios trabajos (Bazán, 1998a; Bazán, 1998b; Bazán, 1999; Blanco, 1998; González de la Rocha, 1986; y González de la Rocha, Escobar, y Martínez Castellanos, 1990; citados en Larralde Corona, 2001).

Dicha situación económica (de la que se libraron los informantes por insertarse al mercado laboral en un momento histórico de auge económico y dentro de un sector beneficiado por un esquema de seguridad social bastante amplio) sí alcanzó a sus hijos y actualmente repercute en el funcionamiento de la familia en general. Así pues, las pensiones y los recursos en general con los cuales cuentan los informantes y que construyeron (en gran medida) gracias a su trabajo en el IMSS —lejos de utilizarse para lujos—, sirven para mantener el nivel de vida de sus familias extensas que están siendo afec-

tadas por el peso de las crisis y el recorte del Estado en materia de protección social.

CONCLUSIONES

De manera general, puede concluirse que —aunque en el caso de los informantes la jubilación no se encontraba ligada necesariamente al envejecimiento sino más bien al esquema laboral en el que estuvieron insertos como trabajadores del IMSS— tanto el impacto de la jubilación como la dinámica en el momento de la entrevista, se vieron delimitados por los mismos factores que fueron —en primer lugar— el hecho de que los informantes gozaban de un estado de salud bastante bueno que les permitía realizar con normalidad todas sus actividades. Resulta evidente que la experiencia de un adulto mayor en buenas condiciones de salud será radicalmente distinta de la de uno en quien la edad ha causado estragos físicos que no le permitan realizar sus actividades cotidianas.

El segundo elemento es la situación económica en la que se encontraban los informantes en el momento de la jubilación y después de ella. A lo largo de la investigación pudo atestigüarse cómo fue gestándose la situación favorable de los trabajadores del IMSS; dicha situación mostró gran relevancia en el momento del retiro laboral y en el de la entrevista. El hecho de tener la opción de jubilarse y recibir una pensión con un monto igual o mayor que el último sueldo recibido, les permitió hacer frente a la experiencia de la jubilación y de su vida cotidiana ulterior sin preocuparse por su situación económica.

El tercer factor para considerar es la estructura y la amplitud de las redes familiares y sociales con las que contaban los informantes, pues —como vimos— se trataba de redes muy sólidas que les permitieron vivir esas experiencias en familia,

cohabitando y conviviendo a diario con cónyuges, hijos, nietos, amigos, vecinos, y otros. Así, resulta interesante distinguir cuáles fueron las actividades que los informantes eligieron después de jubilarse ya que —en realidad— las mujeres no se jubilaron en el sentido de dejar de trabajar del todo, pues siguieron cumpliendo con responsabilidades domésticas; sólo cambiaron el eje del trabajo extradoméstico por el del trabajo doméstico, lo cual les facilitó mucho el proceso de la jubilación.

Mientras, la mayoría de los hombres —ante la posibilidad de perder su rol principal y único que era ser el proveedor— decidieron jubilarse y recibir su pensión mas no dejar de trabajar; de tal manera conservaron su rol y su dinámica casi intacta y eludieron la crisis que puede resultar de la pérdida de su principal función social e individual.

No obstante, aunque las elecciones de los entrevistados después de la jubilación se ajustaron en general a los lineamientos tradicionales socioculturales de género, puede notarse al mismo tiempo una relajación de los roles tradicionales pues, pese a que las entrevistadas se dedican básicamente a las labores del hogar, siguen siendo proveedoras, han integrado a su dinámica actividades recreativas y, con éstas, nuevas relaciones, así como el desempeño de diferentes roles distintos del de ama de casa. Por su parte, los varones también seguían siendo proveedores en el momento de las entrevistas; pero habían diversificado mucho el papel que sostenían dentro del hogar, pues se desempeñaban también activamente como abuelos y padres; algunos de ellos incluso colaboraban en ciertas labores domésticas.

De tal manera, podemos ver cómo los informantes crean —en una etapa avanzada de sus vidas— esquemas de convivencia familiar que transforman los roles tradicionales; al mismo tiempo, aprovechan las ventajas adquiridas gracias a sus largos años de trabajo en el IMSS y se adaptan a los actuales modelos

de convivencia tanto dentro como fuera de la familia, para vivir un envejecimiento activo y pleno.

Así, para los informantes el retiro laboral y la vejez —más que una etapa de descanso y esparcimiento, ya que no se tienen las responsabilidades del trabajo y de la crianza de los hijos— constituye una etapa de mucha actividad, trabajo y responsabilidades domésticas, pues los entrevistados siguen siendo proveedores económicos y de cuidados de sus familias. De tal modo, vemos cómo el contexto económico actual afecta los niveles de vida de los hijos de los informantes que no han podido crear su propio patrimonio y dependen del de sus padres; por ello, las pensiones y los beneficios que pudieron adquirir a lo largo de sus vidas como trabajadores del IMSS —lejos de utilizarse para lujos— sirven para mantener el nivel de vida de sus familias extensas que están siendo afectadas por las repercusiones de las crisis y el recorte del Estado en materia de protección social.

Por ello, puede declararse que mi investigación comprueba una vez más que la familia es la que está cargando con el peso de las quiebras económicas y los consecuentes recortes en la seguridad social. En el caso específico de mis informantes, la subsistencia familiar y el mantenimiento del estatus económico (como clase media) hace frente a los restos de un sistema de seguridad social gestado hace más de 60 años.

Lo anterior me lleva a acentuar —por un lado— el importante papel que desempeñan los informantes como apoyo económico; no sólo para sus hijos: también para sus padres. Ello lleva a “pensarlos” como una especie de puente generacional que une y en cierta medida ayuda a sostener proyectos de desarrollo nacional menos exitosos que el que vivieron los entrevistados.

Por otro lado, me conduce a insistir en el tema de la diversidad así como en la enorme maleabilidad de las estructuras y funcionamientos familiares en México (De Oliveira, Pepin Lehalleur, y Salles, 1989; García, y de Oliveira, 1994; González de la Rocha, 1999; Bazán, 1998a; y Bazán, 1999; Gomes da Conceição, 2000 y 2001), pues —como hemos comprobado una vez más— la estructura y las funciones familiares van transformándose en el transcurso del tiempo según las necesidades internas (de ciclo de familias y de vida de los individuos) y las condiciones externas (del contexto histórico socioeconómico).

La investigación comprueba la activa convivencia y transferencia de recursos de al menos tres generaciones (cohabitando o no), situación que coloca en el centro de la investigación sobre familia (unidad doméstica, grupo doméstico. . .), el fenómeno de las relaciones intergeneracionales. De tal modo, las relaciones de padres envejecidos que conviven con hijos adultos —así como la intensificación de la relación entre abuelos y nietos mientras los padres se encuentran fuera de casa trabajando— son algunos de los temas que se abren cuando analizamos el funcionamiento y las estructuras de las familias con adultos mayores en la actualidad.

REFERENCIAS

ARIZA, Marina, y Orlandina de Oliveira. 2001. “Transiciones familiares y trayectorias laborales femeninas en el México urbano”. En *Procesos sociales, población y familia: alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre la vida doméstica*, compilado por María Cristina Gomes da Conceição,

129-146. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/Miguel Ángel Porrúa-librero editor.

AZAOLA, Elena. "Tres artículos sobre familia y sus contextos". *Desacatos. Revista de Antropología Social*, núm. 2: *Familias* (1999). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

BAZÁN, Lucía. "Los efectos del desempleo: de la familia extensa a la familia nuclear en el México urbano". México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Inédito, 1998a.

_____. "El último recurso: las relaciones familiares como alternativas frente a la crisis". México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Inédito, 1998b.

_____. "Casa y familia. Los recursos de los desempleados de Pemex en la Ciudad de México". *Estudios Sociológicos* 17, núm. 50 (mayo-agosto, 1999): 473-498.

BLANCO, Mercedes. 1998. "El manejo conceptual y metodológico de la temporalidad en los estudios sobre familia: un problema interdisciplinario". En *Antropología e interdisciplina. Homenaje a Pedro Carrasco*, Lineal de la XXIII Mesa Redonda de la Sociedad Mexicana de Antropología. Vol. II, editado por Mario Humberto Ruz, y Julieta Aréchiga, *et al.*, 151-160. México: Sociedad Mexicana de Antropología.

CANTÓN Y MENA, Raúl. "No por viejo, sino por pobre. Representaciones y prácticas en torno a las pérdidas materiales, sociales y de salud que se presentan durante el proceso de envejecimiento (casos de la Merced D. F.)". Tesis de Maestría. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1998.

- CASTEL, Robert. 1998. "La lógica de la exclusión". En *Todos entran: propuesta para sociedades incluyentes*, editado por Eduardo S. Bustelo, y Alberto Minujin Zmud, 119-160. Colección Cuadernos de Debate. Santafé de Bogotá: Unicef/Editorial Santillana/Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. "Contrato Colectivo de Trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social 1999-2001". México: Instituto Mexicano del Seguro Social/Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.
- FILGUEIRA, Carlos H. 1998. "Bienestar y ciudadanía. Viejas y nuevas vulnerabilidades". En *Pobreza y desigualdad en América Latina: temas y nuevos desafíos*, compilado por Guillermo O'Donnell, y Víctor Tokman, 147-169. Buenos Aires: Paidós.
- GARCÍA, Brígida, y Orlandina de Oliveira. 1994. *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México: El Colegio de México.
- GARZA TOLEDO, Enrique de la, con la colaboración de Juan Manuel Hernández. 2000. "Fin del trabajo o trabajo sin fin". En *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo*, coordinado por Enrique de la Garza Toledo, 755-786. México: El Colegio de México/Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/Universidad Autónoma Metropolitana/Fondo de Cultura Económica.
- GOMES DA CONCEIÇÃO, María Cristina, comp. 1999. *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades*. México: Comisión de Población y Desarrollo/Consejo Nacional de Población/Cámara de Diputados-H. Congreso de la Unión.

_____. “Hogares e ingresos en México y Brasil. Tres generaciones de jefes y jefas adultos en diferentes contextos institucionales”. *Estudios Demográficos y Urbanos* 16, núm. 3 (septiembre-diciembre, 2000): 635-660.

_____. “Dinámica demográfica, familia e instituciones. Envejecimiento poblacional en Brasil y México”. Tesis de Doctorado. México: El Colegio de México-Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, 2001.

GONZÁLEZ DE LA ROCHA, Mercedes. 1986. *Los recursos de la pobreza: familias de bajos ingresos de Guadalajara*. Colección Estudios Sociales, vol. 3. México: El Colegio de Jalisco/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

_____. 1999. “La reciprocidad amenazada: un costo más de la pobreza urbana”. En *Hogar, pobreza y bienestar en México*, coordinado por Rocío Enríquez Rosas, 13-36. Colección Avances. Tlaquepaque, Jalisco: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente-Centro de Investigación y Formación Social.

GONZÁLEZ DE LA ROCHA, Mercedes; Agustín Escobar; y María de la O. Martínez Castellanos. 1990. “Estrategia vs. conflicto. Reflexiones para el estudio del grupo doméstico en época de crisis”. En *Crisis, conflicto y sobrevivencia: estudios sobre la sociedad urbana en México*, compilado por Guillermo de la Peña, Juan Manuel Durán, Agustín Escobar, y Javier García de Alba, 351-368. Colección Jornadas Académicas. México: Universidad de Guadalajara/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

- HAM CHANDE, Roberto. 2003. *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. México: El Colegio de la Frontera Norte/Miguel Ángel Porrúa, librero-editor.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. 1973. *Ley del Seguro Social*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- _____. 2002. *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- JELIN, Elizabeth. 1984. *Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada*. Buenos Aires: Centro de Estudios para el Desarrollo Sustentable.
- _____. 1998. *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Colección Popular. México: Fondo de Cultura Económica.
- JUÁREZ, Fátima, y Julieta Quilodrán. “Mujeres pioneras del cambio reproductivo en México”. *Revista Mexicana de Sociología* 52, núm. 1 (enero-marzo, 1990): 33-49.
- LARRALDE CORONA, Selvia. “¿Quién cuida a Esteban? Familias desgastadas. Unidades domésticas con enfermos crónicos”. Tesis de Maestría en Antropología Social. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2001.
- _____. “El impacto de la jubilación. Trabajadores del IMSS y sus familias en la Ciudad de México”. Tesis de Doctorado en Antropología Social. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2005.
- MONTES DE OCA ZAVALA, Verónica. 1999. “Relaciones familiares y redes sociales”. En *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades*, compilado por María Cristina Gomes da Conceição, 289-319. México: Comisión de Población y Desarrollo/

Consejo Nacional de Población/Cámara de Diputados-H. Congreso de la Unión.

_____. “El envejecimiento en México: un análisis sociodemográfico de los apoyos sociales y el bienestar de los adultos mayores”. Tesis de Doctorado. México: El Colegio de México, 2001.

OLIVEIRA, Orlandina de; Marielle Pepin de Lehalleur; y Vania Salles. 1989. *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*. Colección Las Ciencias Sociales. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Coordinación de Humanidades/El Colegio de México/Miguel Ángel Porrúa, librero-editor.

PÉREZ ROCILES, María Cristina; Salvador Tizatl Juárez; Graciela Casas Torres; y Mara E. Barragán Rosendo. 1999. “La familia, un medio para lograr el bienestar del adulto mayor”. En *El adulto(a) mayor en el Distrito Federal: por una sociedad integral en el siglo XXI*, 167-168. México: Gobierno del Distrito Federal-Secretaría de Desarrollo Social-Dirección General de Equidad y Desarrollo Social/Asamblea Legislativa del Distrito Federal-I Legislatura.

RUBALCAVA, Rosa María. 1999. “Ingresos de las personas de edad y características de sus hogares”. En *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades*, compilado por María Cristina Gomes da Conceição, 125-142. México: Comisión de Población y Desarrollo/Consejo Nacional de Población/Cámara de Diputados-H. Congreso de la Unión.

SANDOVAL BUSTOS, Maritza. 1999. “La privatización del sistema de pensiones y su impacto sobre el ahorro doméstico”. En *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades*, compilado por María

Cristina Gomes da Conceição, 219-242. México: Comisión de Población y Desarrollo/Consejo Nacional de Población/Cámara de Diputados-H. Congreso de la Unión.

SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DEL SEGURO SOCIAL. 2003. *Historia y logros del SNTSS*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

TUIRÁN, Rodolfo. 2001. “Estructura familiar y trayectorias de vida en México”. En *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida cotidiana doméstica*. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/Miguel Ángel Porrúa, librero-editor.

WONG, Rebeca. 1999. “Transferencias intrafamiliares e intergeneracionales en México”. En *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades*, compilado por María Cristina Gomes da Conceição, 145-169. México: Comisión de Población y Desarrollo/Consejo Nacional de Población/Cámara de Diputados-H. Congreso de la Unión.



Capítulo 9
Migración internacional de jubilados
en España y México

*Raúl Lardiés Bosque**
*Verónica Montes de Oca Zavala***

INTRODUCCIÓN

La movilidad de la población es un fenómeno de enorme actualidad, quizá porque antes no había tenido semejantes cifras ni tipos de migrantes tan diferenciados como ahora. La valoración de las últimas aportaciones sobre las migraciones internacionales evidencia los cambios de comportamiento sociales propios de un mundo globalizado, donde los sistemas de relaciones, las comunicaciones y los flujos de información influyen de manera diferente en el desarrollo mundial (Castles, y Miller, 2003).

Los fenómenos migratorios internacionales están mostrando en las últimas décadas algunas características que los diferencian notablemente de los producidos en periodos anteriores (Acevedo, Leite, y Ramos, 2004). Uno de los nuevos rasgos de

* Departamento de Geografía y Ordenación del Territorio, Instituto de Investigación en Ciencias Ambientales de Aragón, Universidad de Zaragoza, España. Correo electrónico: <rlardies@unizar.es>.

** Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)-Instituto de Investigaciones Sociales (IIS). Correo electrónico: <vmois@gmail.com>.

las migraciones internacionales tiene que ver con la mayor heterogeneidad sociodemográfica en términos de sexo y edad de los grupos de población que las componen (Alba, 2000), pues hoy se asiste al surgimiento de una amplia tipología de personas cuya movilidad es impulsada por causas, factores y situaciones diversas, en ocasiones difíciles de abarcar (Abellán García, y Rojo Pérez, 1998). Entre las nuevas aportaciones y tipologías en el análisis de las migraciones internacionales, se encuentra la movilidad de las personas mayores, que está logrando acaparar el interés de científicos sociales, políticos y planificadores.

Hay aspectos transnacionales en las nuevas migraciones internacionales de mayores que encajan directamente en los componentes más destacados de la migración de retiro (Gustafson, 2001). Uno de ellos: redes sociales y políticas relacionadas con los movimientos migratorios; otro: la diversidad cultural que se fomenta en la sociedad de destino, mediante los múltiples impactos que se generan (económicos, sociales, territoriales, culturales y políticos), así como los retos que plantean: de identidad, derechos tanto sociales como políticos, y demanda de servicios (Rodríguez Rodríguez, y Warnes, 2002).

De manera que si hasta hace poco la movilidad parecía restringida a la población más joven, los cambios residenciales y el aumento de la movilidad de los más mayores está convirtiéndose actualmente en un importante fenómeno demográfico, económico y social en las sociedades desarrolladas, sobre todo en aquellas en vías de desarrollo (Vega Macías, 2004). En cada vez más países, por tanto, está aumentando el número de jubilados procedentes de otros ámbitos en busca de mejores condiciones de vida durante su retiro, lo cual ha dado lugar a concentraciones importantes, además de a una enorme y extensa literatura de divulgación sobre los mejores lugares para retirarse (<<http://www.discoverypress.com/books>>). Se trata de

un fenómeno que constituye una característica cada vez más común en los países desarrollados; incluso en los que no lo están tanto, pues también participan como países de destino de los flujos.

La movilidad de las personas mayores es un tema que atrae cada vez más la atención de los estudiosos, aunque los flujos de retirados no resultan todavía numéricamente significativos para ser incluidos y analizados entre los actuales flujos de población en países como México u otros de América Central (Benítez Zenteno, y Ramírez Rodríguez, 1994). En pocas ocasiones los trabajos se hacen con perspectiva comparada; en el caso de España y México parece conveniente, pues —pese a la distancia (física) que los separa— comparten determinadas características que los hacen destinos idóneos para el retiro de extranjeros. Aunque el tratamiento del tema ha sido desigual en ambos países, con esta aportación se pretende analizar la evolución, importancia y volumen de dicho colectivo de personas, siempre en función de la disponibilidad de datos oficiales. También se analizará la composición, algunas características de esos inmigrantes, motivaciones para emigrar, así como aspectos geográficos relacionados con sus lugares de origen y de destino (distribución espacial) en España y México.

Para ello se cuenta con la información oficial ofrecida por los organismos estadísticos de ambos países: el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Las limitaciones que afectan otras fuentes, así como la imposibilidad de poder realizar comparaciones utilizando las disponibles en España y México, hacen que los censos de población constituyan el principal recurso para realizar el presente trabajo. A pesar de que los censos permiten cuantificar a los inmigrantes y realizar algunas caracterizaciones, la información disponible para México evidencia

ciertas lagunas; por ejemplo, de series históricas de inmigrantes por países de origen y grupos de edad, que complican la comparación con España.

I. LA INMIGRACIÓN DE EXTRANJEROS

Antes de analizar a los inmigrantes de más edad, procederemos a caracterizar la inmigración de extranjeros en los dos países, con el propósito de contextualizar en el conjunto de las migraciones; ello permitirá apreciar las diferencias prevaletentes en la actualidad entre España y México, así como el mayor crecimiento y volumen total en aquel país.

En México, la inmigración procedente del extranjero ha sido tradicionalmente escasa; desde el punto de vista cuantitativo y estrictamente demográfico, las corrientes de inmigración han sido por lo general de poca cuantía (Villa, y Martínez Pizarro, 2001; Partida Bush, 2003). Sin embargo, esa tendencia ha cambiado a partir del año 2000. La inmigración de ultramar fue muy intensa hasta principios del siglo xx, pero declinó pasada la segunda Guerra Mundial; aunque todavía hay flujos menores, una de las características más llamativas es el sostenido envejecimiento por el que actualmente atraviesan aquellos inmigrantes, de modo que la mortalidad y la migración de retorno han dado como resultado la disminución del *stock* de esos inmigrantes (Villa, y Martínez Pizarro, 2001). El gran cambio se ha producido entre los años 2000 y 2010, década en la que se ha duplicado el número de nacidos en el extranjero, ya que su peso ha pasado a representar casi 1% de la población total del país (tal porcentaje en España rebasa 14%) (cuadro 1).

Cuadro 1
POBLACIÓN EXTRANJERA EN ESPAÑA Y MÉXICO, 2000-2010

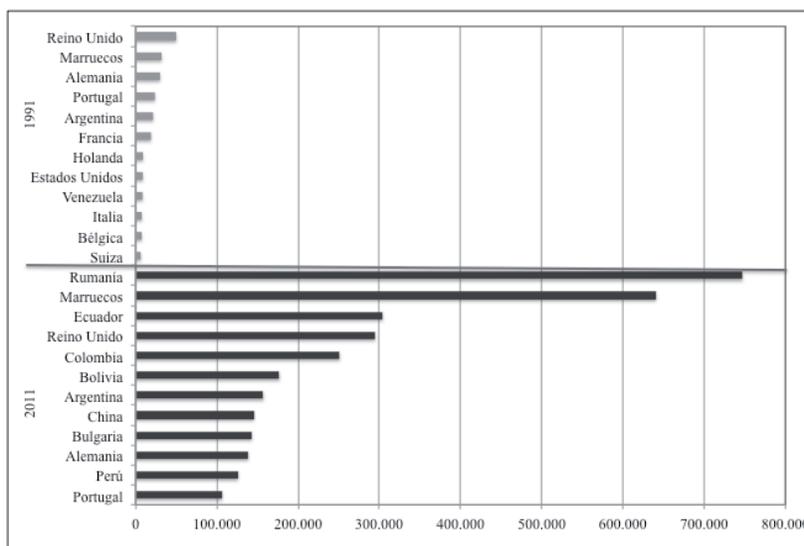
	<i>España</i>		<i>México</i>	
	<i>2000</i>	<i>2010</i>	<i>2000</i>	<i>2010</i>
Población total	40 499 791	47 021 031	97 483 412	112 336 538
Nacidos en el extranjero	330 881	6 604 181	492 617	961 121
% nacidos en el extranjero	0.81	14.05	0.5	0.85

FUENTE: “Padrón Municipal de Habitantes” (INE, 2005) y Censos de Población (INEGI). Elaboración propia.

Por el contrario, la inmigración en España ha aumentado con rapidez en las últimas dos y tres décadas; ello contrasta con lo que ha ocurrido en el transcurso de la historia, dado que se trata de un país básicamente emigratorio (Puyol Antolín, 2001). Además de que el ritmo de crecimiento de la inmigración de extranjeros se ha acelerado, su composición ha cambiado: si hasta hace dos décadas la mayoría procedía de países europeos, ahora provienen sobre todo de países africanos, América del Sur y naciones de Europa del Este; por eso el peso proporcional de los extranjeros de origen europeo sobre el total de extranjeros ha ido disminuyendo, independientemente de que su número siga aumentando (gráfica 1).

Los extranjeros registrados oficialmente en España en 2000 eran 330 881, aunque diez años después la cifra sobrepasaba ya los 6.5 millones; los años de mayor auge de llegadas fueron entre 2003 y 2007. Tal crecimiento permitió que en 2010 los extranjeros representaran alrededor de 14% de la población total española (cuadro 2), cifra incluso muy superior (30-40%) en determinadas zonas urbanas y del litoral mediterráneo (Rodríguez Rodríguez, y Warnes, 2002). Sin embargo, uno de los

Gráfica 1
EXTRANJEROS EN ESPAÑA SEGÚN PRINCIPALES PAÍSES DE ORIGEN, 1991 Y 2011



FUENTE: INE (2005), y “Censos de Población y Vivienda” (1991 y 2011). Elaboración propia.

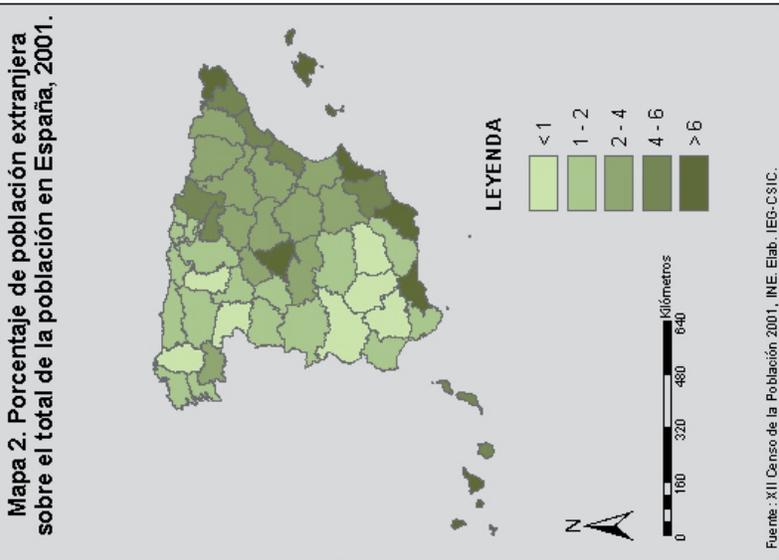
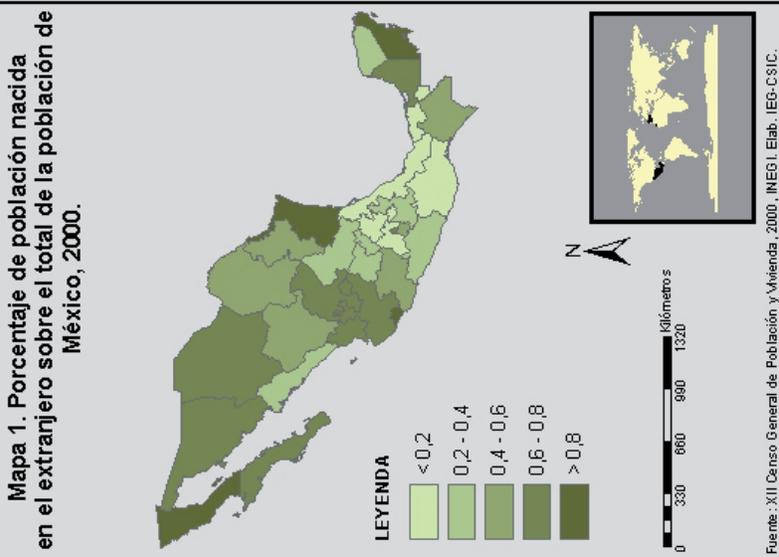
principales problemas que se achaca a las estadísticas es el considerable subregistro de extranjeros, que no llega a reflejar bien la realidad inmigratoria en España (Puyol Antolín, 2001).

A la luz de tales cifras, parece que tanto el número total de extranjeros como su peso relativo en el total de la población, es mayor en España que en México, pese a que en México se ha duplicado entre 2000 y 2010: actualmente alcanza 0.86% (cuadro 2). Este análisis muestra que en varias provincias españolas (generalmente en las mediterráneas) los extranjeros pueden representar más de 20% o 25% de la población; mientras que en México se encuentran sobre todo en los estados más septentrionales del país, como Baja California (3.9%), Chihuahua (2.3%) o Tamaulipas (1.8%) (cuadro 2).

Cuadro 2
 PROVINCIAS Y ESTADOS CON MAYOR PROPORCIÓN DE POBLACIÓN EXTRANJERA
 SOBRE EL TOTAL DE LA POBLACIÓN EN ESPAÑA Y MÉXICO, 2010

<i>Provincia en España</i>	<i>1- Extranjeros</i>	<i>2- Población total</i>	<i>1/2</i>
Alicante	496 116	1 926 285	25.76
Islas Baleares	267 490	1 106 049	24.18
Almería	15 4532	695 560	22.22
Gerona	165 854	753 046	22.02
Madrid	1 267 999	6 458 684	19.63
Málaga	312 643	1 609 557	19.42
Santa Cruz de Tenerife	205 136	1 027 914	19.96
Murcia	24 9548	1 461 979	17.07
Las Palmas	181 559	1 090 605	16.65
ESPAÑA	6 604 181	47 021 031	14.05
<i>Estados en México</i>	<i>1- Nacidos en el extranjero</i>	<i>2- Población total</i>	<i>1/2</i>
Baja California	122 664	3 155 070	3.89
Jalisco	83 749	7 350 682	1.14
Chihuahua	79 532	3 406 465	2.33
Tamaulipas	61 393	3 268 554	1.88
Sonora	44 685	2 662 480	1.68
Quintana Roo	18 517	1 325 578	1.40
Aguascalientes	10 363	1 184 996	0.87
Colima	9 346	650 555	1.44
Baja California Sur	6 438	637 026	1.01
MÉXICO	961 121	112 336 538	0.86

FUENTE: "Padrón Municipal de Habitantes" (INE, 2005), y Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2010). Elaboración propia.



La cartografía del peso de esta población extranjera refleja la concentración espacial que se produce en ambos países. En México (mapa 1), se detecta la mayor presencia de población de origen extranjero en determinados estados, sobre todo del Norte: Baja California, Chihuahua y Tamaulipas; en la costa del Pacífico: Colima; del Atlántico: Quintana Roo y Yucatán. Se trata o bien de estados costeros en los que se ha desarrollado una importante industria turística, o bien de zonas fronterizas con Estados Unidos, donde los nacidos en ese país constituyen la mayoría de extranjeros.

La concentración territorial también es mayor en España (mapa 2) y queda definida por un eje que atraviesa las provincias mediterráneas. La mitad oriental del país (fachada mediterránea) y las islas tienen la mayor presencia de población extranjera, además de la capital del país (Madrid); por el contrario, la representatividad de los extranjeros en la población total es escasa en el interior peninsular y sólo aumenta en determinadas provincias del Norte. Esta concentración de extranjeros se explica por tratarse de provincias con desarrollo socioeconómico y territorial importantes, con gran crecimiento demográfico, donde el desarrollo del turismo ha generado gran riqueza en las últimas décadas (Puyol Antolín, 2001).

En México, la distribución de los lugares de nacimiento demuestra que Estados Unidos, con diferencia, es el principal lugar de origen de los inmigrantes. La proximidad geográfica con la Unión Americana influye en el hecho de que la mayoría de los extranjeros (76.4%) procedan de ese país (cuadro 3); a ellos les siguen a mucha distancia los de origen guatemalteco, español, así como de otros países centroamericanos y sudamericanos. En estos últimos casos, las causas para residir en México responden más a motivos políticos y de reunificación familiar, pues se establecieron en el país al mismo tiempo que

transcurrían tanto las diversas guerras como las crisis socioeconómicas y políticas que afectaban a sus países de origen. No obstante, en la última década el número de centroamericanos ha descendido, a raíz del retorno de muchos de ellos a sus países de origen.

Cuadro 3
PRINCIPALES PAÍSES DE NACIMIENTO DE LOS EXTRANJEROS EN MÉXICO,
1990, 2000 Y 2010

<i>Países de origen</i>	<i>1990</i>		<i>2000</i>		<i>2010</i>	
	<i>Extranjeros</i>	<i>%</i>	<i>Extranjeros</i>	<i>%</i>	<i>Extranjeros</i>	<i>%</i>
Estados Unidos	198 230	58.3	358 399	69	739 918	76.4
Guatemala	4 380	12.5	29 156	5.6	31 888	3.3
España	24 620	7.2	21 309	4.1	20 727	2.1
Argentina	4 340	1.3	6 625	1.3	14 171	1.5
Colombia	4 660	1.4	6 639	1.3	12 832	1.3
Cuba	2 660	0.8	7 267	1.4	11 822	1.2
Venezuela	1 460	0.4	3 024	0.6	10 786	1.1
Canadá	3 100	0.9	7 245	1.4	10 208	1.1
Honduras	1 990	0.6	4 203	0.8	9 980	1.0
El Salvador	5 060	1.5	5 786	1.1	8 864	0.9
Francia	4 190	1.2	5 723	1.1	8 533	0.9
China	1 180	0.3	1 847	0.4	7 486	0.8
Alemania	4 090	1.2	5 632	1.1	7 033	0.7
Otro país	41 820	12.3	56 852	10.9	7 899	7.6
<i>Total</i>	<i>339 780</i>	<i>100</i>	<i>519 707</i>	<i>100</i>	<i>968 147</i>	<i>100</i>

FUENTE: "Censos de Población y Vivienda", varios años. Elaboración propia.

En cuanto a los inmigrantes extranjeros en España, hasta hace unos años la mayoría procedían de Europa; empero, la reciente llegada de sudamericanos y africanos ha desbancado

a ese continente como primero de origen. Hace dos décadas, los extranjeros de origen europeo representaban más de 60% del total; en 2011 esa proporción descendió a 38.4% (2.4 de los 6.3 millones, según el Censo de 2011). Sin embargo, los de origen americano son ya 38.7% (sudamericanos en su mayoría); los africanos, 17%. Aunque los extranjeros de origen europeo están perdiendo peso relativo en el total de extranjeros, la mayoría se concentran en pocas nacionalidades, aunque predominan los británicos, seguidos de alemanes, franceses, portugueses, italianos, los procedentes de Países Bajos y los belgas. Como veremos a continuación, los originarios de estos países son los que más envejecidos se encuentran, así como los que integran fundamentalmente los flujos de jubilados europeos hacia España.

II. LA ATRACCIÓN DE PAÍSES COMO LUGARES DE RETIRO: FACTORES INFLUYENTES Y MOTIVACIONES

Algo está cambiando en la movilidad de los mayores. Hasta hace poco, el volumen total de los que se desplazaban sólo era significativo en unos cuantos países: Estados Unidos, Japón, Australia. . . ; por lo regular pertenecientes a ámbitos desarrollados: América del Norte, Europa Occidental. . . Sin embargo, la llegada de inmigrantes de más edad está empezando a constituir una característica notable en países que no eran tradicionalmente destinos de vejez (el caso de México), por lo que la tendencia a la diversificación de ellos está generalizándose (Longino, y Bradley, 2003).

Cuando las personas se retiran, la mayoría continúan viviendo en los mismos lugares de residencia (Savishinsky, 2000). Una pequeña pero significativa proporción de retirados

cambia su lugar de residencia en búsqueda de servicios lúdicos y de ocio; para estar cerca de sus hijos o familiares; o bien por motivos de salud, económicos, u otros de tipo personal (Longino, 1996). Dicho porcentaje se mantiene estable en torno a 9-10% de todos los retirados (Longino, 1995). Sin embargo, únicamente alrededor de 0.25% eligen trasladarse a otro país; aunque pueda parecer una cifra insignificante, la tendencia se inclina hacia que la proporción aumente, al menos en Europa (Gustafson, 2001; Warnes, King, Williams, y Patterson, 1999).

Tal incremento en la movilidad internacional de mayores se aprecia —en mayor o menor medida— en los nuevos flujos de población que reciben países como España y México. Los inmigrantes de más edad llegados desde el extranjero constituyen en ambos países un rasgo cada vez más notable: todo apunta a que se trata de un fenómeno que seguirá en aumento (Escobar Latapí, Bean, Weintraub, 1999). Por tanto, puede afirmarse que dicho tipo de movilidad todavía no está extendida a escala planetaria: se concentra sobre todo en países donde privan ciertas condiciones sociales, económicas y sanitarias, así como en los de su derredor, que actúan como países de destino. Hablar de “factores” o “motivos” para instalarse, exige hacer referencia a un conjunto de aspectos de tipo socioeconómico, cultural y ambiental, que al parecer son compartidos cuando los retirados extranjeros se instalan en ambos países (Lardiés Bosque, 2003 y 2011):

- Determinados cambios demográficos en la *evolución y estructura de la población* (también el *aumento en la esperanza de vida*), traen consigo el aumento en el número de personas mayores, así como su mayor longevidad. Ello hace que una población que tiene una media todavía

extensa de años por vivir, llegue a la edad de jubilación. Tengamos en cuenta que en muchos de los países (emisores) del norte de Europa, la esperanza de vida al nacer es superior a los 79 años, al igual que en Canadá (United Nations Organization [UNO], 2007). Además, las nuevas formas de relación familiar y la manera como ellas están repercutiendo en los cambios intergeneracionales, hace que los mayores se libren de algunas ataduras familiares y —en consecuencia— dispongan de más tiempo.

- *Las mejoras en salud y calidad de vida, así como la mayor disponibilidad económica de los mayores*, son también factores que están haciendo cambiar la vida de las personas mencionadas. Tales cambios se traducen en nuevas oportunidades para dicho colectivo y traen consigo la transformación de muchos patrones tradicionales de comportamiento (Consejo Nacional de Población [Conapo], 1998). La proporción de personas mayores aumenta entre la población; asimismo, sus condiciones económicas y sociales mejoran, por lo que era de esperar un aumento en la movilidad, generalmente en busca de mayor bienestar.
- *El cambio de los patrones laborales* también es un factor importante y se manifiesta en el *cese de la actividad económica a edades más tempranas*, lo cual hace que cada vez mayor número de personas lleguen a la jubilación (Williams, y Hall, 2000).
- *La puesta en marcha de políticas públicas* sobre recursos, mercados y desarrollo económico, además de todo lo relacionado con las condiciones en que se llega a la vejez. Es decir, lograr un envejecimiento activo y saludable, está interesando tanto a las diferentes administraciones públicas como al sector privado.

- Los *cambios culturales y de mentalidad* —así como las transformaciones que en las escalas de valores de las personas están surgiendo en países desarrollados o en vías de desarrollo— resultan igualmente importantes, en el sentido de que cada vez está más valorado vivir en espacios que ofrecen algún tipo de autenticidad. Se trata de cambios residenciales que llevan a buscar e imaginar otros modos y estilos de vida, paisajes y experiencias, incluso entre las personas mayores. Por ejemplo, los anhelos de los jubilados británicos que se instalan en zonas rurales francesas en busca de poder cumplir su “sueño rural” de tener una casa en el campo (Hoggart, y Buller, 1995).
- Las *mejoras tecnológicas* —y, en concreto, tanto de *los transportes como de las comunicaciones*— constituyen otro de los factores que están favoreciendo la movilidad de los retirados. Por un lado, el abaratamiento del transporte aéreo (otro factor de tipo económico), así como el desarrollo de líneas aéreas de bajo costo, están favoreciendo la movilidad hacia extremos hasta hace pocos años impensables; de manera que viajar actualmente a otro país cercano puede costar mucho menos de lo que costaba hace diez años. Con las líneas de bajo costo, no sólo ha aumentado la oferta de conexiones entre ciudades, sino que resulta más barato volar, al menos en Europa.

Por otro lado, el desarrollo de las tecnologías también está haciendo posible establecer contacto con familiares y amigos (en su país de origen) gracias a la TV por satélite, internet, fax, las cámaras incorporadas a los dispositivos portátiles y a los programas para hablar gratuitamente por teléfono entre ordenadores. A ello hay que añadir la posibilidad de disponer de

ediciones de periódicos y escuchar la radio en su propio idioma, lo cual facilita la estancia de estas personas lejos de su país de origen. El progreso tecnológico ha favorecido el desarrollo de muchos servicios (Eaton, 1995) y por tanto el asentamiento de los mayores; empero, no queda muy claro que dichas “comodidades” hayan contribuido a la integración de tales extranjeros en las comunidades de destino (O’Reilly, 2000).

- Los *factores de tipo institucional* también han tenido mucha influencia en el crecimiento del fenómeno. En Europa, la reglamentación internacional para la libre movilidad de personas entre países comunitarios ha favorecido la instalación de nuevos retirados en otros países. España, por ejemplo, ya recibía jubilados extranjeros antes de ser país comunitario (1986). En el caso de México, aunque el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) eliminó algunos obstáculos a la migración entre países en el área norteamericana que nos ocupa, no parece que ese factor haya tenido mayor importancia para la llegada de más retirados extranjeros al país (Truly, 2002).
- En el caso de diversos países centroamericanos —y sin ser factores estrictamente institucionales—, el establecimiento de retirados extranjeros también se ha visto impulsado por otros *factores de tipo legislativo, relacionados con normativas*, como la *exención de impuestos y favorecer el acceso a determinados servicios* (como los de salud).

El gran auge que se ha producido en la construcción en Costa Rica se ha debido —en parte— a que este país no cobra impuestos sobre ganancias generadas en el exterior y en él se permite que los extranjeros se inscriban en el sistema de salud de hospitales públicos (Puga, 2000). En Nicaragua, los retirados

estadounidenses también están comprando terrenos y viviendas en comunidades costeras pequeñas, a precios mucho menores que en su país, gracias a la promulgación de la Ley 306 que exime de pagar impuestos sobre la renta y sobre propiedades hasta durante 10 años a inversores, así como otros beneficios fiscales concedidos a los pensionistas (“pensionados”) que adquieran propiedades. Ventajas fiscales semejantes ofrece Panamá a los pensionistas, ya que en dicho país no se gravan impuestos de propiedad sobre bienes raíces durante 20 años; ello ha hecho crecer enormemente la cantidad de complejos residenciales destinados a jubilados extranjeros. En concreto, el gobierno panameño pretende atraer la inversión de grandes constructores de complejos residenciales para residentes, mediante la concesión de importantes beneficios y exoneraciones fiscales.

Otros países del entorno también ofrecen diversos incentivos para atraer a los retirados norteamericanos, pues les permiten llevar consigo sus bienes sin tener que pagar impuestos; incluso reciben descuentos en medicamentos y servicios públicos. Es el caso de Honduras, donde se permite a los retirados una importación de bienes sin ningún pago de aranceles, así como sacar del país un automóvil y una lancha cada cinco años. En cuanto a México, el flujo cada vez mayor de retirados se ve favorecido también por la facilidad para conseguir las “visas de rentistas” (renovables cada cinco años) para las que sólo se exige la comprobación de ingresos de 1 000 dólares mensuales; a cambio, los retirados pueden inscribirse en un plan de salud que cuesta unos 200 dólares al año. Si bien el *Medicare* (sistema de seguro de salud en Estados Unidos) no cubre gastos realizados en el exterior, los ciudadanos estadounidenses que viven en dichos

países pueden pagar por ellos un precio mucho menor, con el agregado de que son de buena calidad.¹

- En suma, se dispone de diversas medidas tanto legislativas como normativas que permiten a los retirados sacar provecho económico de la menor presión fiscal que se aplica en México y pagar menos impuestos. Ello se traduce en una gran *diferencia de precios* a la hora de adquirir propiedades: hay zonas en San Miguel de Allende donde el metro cuadrado cuesta unos 100 dólares (aunque hay otras ofertas más selectivas, en las que el metro cuadrado ronda los 3 000 dólares). Hace algunos años en España, los retirados también aprovecharon los precios más baratos, en comparación con los de sus países de origen; pese a que tales diferencias han ido desdibujándose hasta llegar prácticamente a desaparecer.
- La importancia de las *condiciones ambientales* (sobre todo las climáticas) ha sido también destacada en diversos estudios sobre retiro de mayores como uno de los principales factores de atracción (Williams, King, y Warnes, 1997; Williams, King, Warnes, y Patterson, 2000; Williams, y Hall, 2000). Tales personas mayores suelen desplazarse a lugares de menor tamaño demográfico (en comparación con el de origen), situados en la parte inferior de la

¹ Una consulta privada de medicina general en Estados Unidos podía costar hace pocos años entre 55 y 115 dólares, mientras que en México se pagaría entre 15 y 35; en Nicaragua, entre 10 y 15; en Costa Rica, unos 45, según el tipo de clínica, su trayectoria, localización geográfica. . . En algunos países, también las medicinas cuestan entre 30% y 50% menos que en Estados Unidos. A ello se suma que el estadounidense recibe su pensión en dólares, algo que puede resultar muy ventajoso en una región del mundo donde el PIB *per capita* anual promedio ronda los 4 000 dólares.

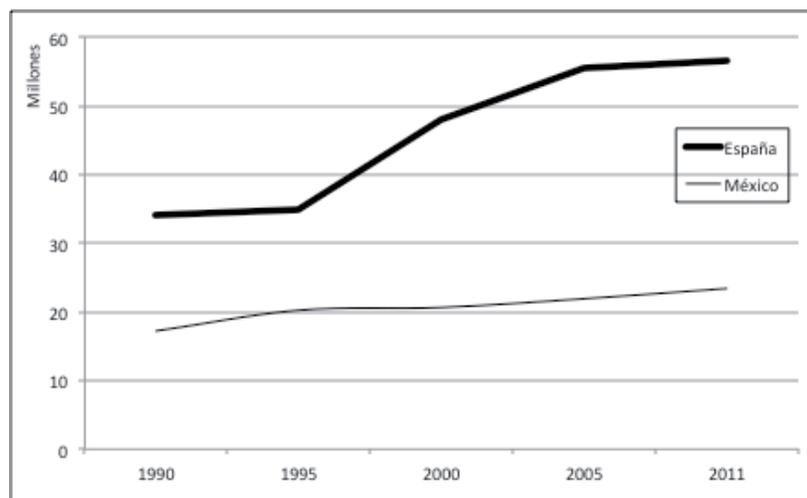
jerarquía urbana y caracterizados por su menor costo de vida (Longino, y Bradley, 2003). Detrás de esos traslados —por tanto— se halla una búsqueda de mejorar las condiciones de vida globales durante el retiro, y la situación latitudinal de España y México disfruta de buenas condiciones climáticas. De particular importancia para las personas es también el tema de la seguridad en el lugar de destino, ya que sentirse a salvo y protegido son aspectos muy valorados (Rodríguez Rodríguez, Casado-Díaz, y Huber, 2005).

- No obstante, sin duda un factor que influye notablemente es el *desarrollo turístico* en ambos países, así como el conocimiento que se tenía de ellos como lugares “de vacaciones”. Aunque en la decisión de emigrar influyen diversos factores, parece obvio que las visitas turísticas previas a un lugar constituyen un mecanismo importante en la toma de decisiones posteriores (Warnes, King, Williams, y Patterson, 1999). Por ello, una buena cantidad de libros, publicidad y páginas de internet promueven actualmente la instalación de retirados en México debido a sus características climáticas, equipamientos lúdicos y de ocio, diversidad natural y cultural, así como diferencias de precio (Howells, y Merwin, 2003; Nelson, 1997).

Con sus 56.7 millones de turistas, en 2011 España era el cuarto país del mundo en cuanto a recepción de turismo internacional (United Nations World Tourism Organization, 2013), sólo después de Francia (79.5 millones), Estados Unidos (62.3 millones) y China (57.6 millones), mientras que México figuraba en décimo lugar con 23.4 millones de llegadas de turistas internacionales (gráfica 2). A pesar de que tanto España como México han ido perdiendo cierta importancia en el *ranking*

Gráfica 2

LLEGADAS DE TURISTAS INTERNACIONALES EN ESPAÑA Y MÉXICO, 1990-2011



FUENTE: United Nations World Tourism Organization. Elaboración propia.

mundial como destinos turísticos, las llegadas de turistas internacionales a ambos países no han dejado de aumentar en las últimas décadas. Por ejemplo, México ha pasado de recibir más de 20 millones de turistas en 2004 (en ese momento ocupaba el séptimo lugar como destino mundial y el primero de América Latina), a 23.4 millones en 2011 y a ocupar el décimo lugar del *ranking* mundial. El sector turístico llegó a representar 8.6% del PIB en 2004 (en 2010 bajó a 7.8%); se trata de la tercera fuente generadora de divisas en el país (Secretaría de Turismo, 2013).

En cuanto a los ingresos generados, España se encontraba en 2011 en el segundo puesto mundial (59.9 millones de dólares), mientras que México había descendido desde el sexto puesto en el que se encontraba en el año 2000 (entonces, con 10.7 millones de dólares; ahora con 11.8). Por lo tanto, ambos

países se encuentran en posiciones bastante destacadas desde el punto de vista del desarrollo turístico.

Hay una señalada relación entre el origen de los turistas internacionales y el de los migrantes de retiro en los dos países, pues pasar las vacaciones en un país extranjero suele ser el primer paso para una posterior emigración de retiro a él. En el caso de los turistas extranjeros que llegaron a España en 2011, casi 91% procedían de naciones europeas, aunque la mayoría de ellos provenían de unos pocos países, como el Reino Unido (23.7%: 13.6 millones); Alemania (16.2%); y Francia (15.5%) (Instituto de Estudios Turísticos, 2013). No por casualidad los jubilados de retiro proceden mayoritariamente de alguno de estos países. En México ocurre algo similar, pues de los más de 23 millones de turistas internacionales que llegaron en 2010, prácticamente 60% procedía de Estados Unidos; casi 15%, de Canadá (Secretaría de Turismo, 2013). De tal modo, queda clara la relación entre la mayor cantidad de turistas procedentes de la Unión Americana y el mayor número de jubilados de origen estadounidense afincados en el país.

Por tanto, varios son los factores que deben confluír para que tal fenómeno se extienda. Las condiciones de España no han cambiado tan rápidamente para que en cuestión de pocos lustros se haya convertido en el principal país de destino de europeos jubilados; sin embargo, la pertenencia a la Unión Europea (y lo que ello ha traído consigo en la facilidad para viajar y residir en otro país europeo, o la introducción del euro en la zona comunitaria) ha constituido un importante acicate. Sin embargo, no olvidemos que un solo factor puede desestabilizar el sistema; y que si un solo elemento falla, ello basta para que la movilidad se resienta. En dicho sentido, los jubilados retirados en España experimentan cierto descontento respecto de su capacidad económica en tal país, debido al aumento

generalizado de los precios en los últimos años, producido, fundamentalmente, por la llegada del euro en 2001.

Personas jubiladas que dependen de pensiones, observan cómo su capacidad económica va mermando, lo cual desmotiva la llegada de nuevos inmigrantes; a ello se agrega el problema cambiario, dada la fuerte depreciación de la libra esterlina respecto del euro durante 2013. Al factor “precios” se une la competencia, ya que las opciones frente a España pueden encontrarse en países próximos del entorno del mar Mediterráneo (Turquía, Croacia. . .), donde las condiciones generales de vida han mejorado notablemente (también la seguridad) y resulta más barato vivir ahí. Otro tanto podría señalarse acerca de la nueva atracción que ejercen países lejanos como Tailandia para colectivos de jubilados de países nórdicos (suecos, finlandeses. . .), donde dichos jubilados encuentran precios más bajos.

En México, el factor “competencia” desempeña igualmente un papel importante, al verse afectado por la oferta ya prevalente de otros países vecinos, aunque la proximidad respecto de los Estados Unidos y Canadá juega bastante a su favor; así —en parte—, se comprende el desarrollo inmobiliario y urbanístico que se produce en algunas zonas del noroeste del país (Consejo de Promoción Turística de México [CPTM], 2003). Más que afectarle negativamente dicha competencia, al parecer está saliendo reforzado, a juzgar por la evolución de las cifras y las ventajas comparativas que se encuentran en México respecto de otros países próximos (Puga, 2000).

III. VOLÚMENES Y FLUJOS DE INMIGRANTES EXTRANJEROS MAYORES EN MÉXICO Y ESPAÑA

Los inmigrantes retirados extranjeros todavía representan un número y proporción escasos en el conjunto de las migraciones

internacionales, pues el fenómeno de la migración internacional está relacionado sobre todo con población joven y adulta, más que con la vieja (incluso en España, el país europeo que en la actualidad recibe más inmigrantes extranjeros de toda la Unión Europea). Quizá por su relativo escaso volumen y bajo perfil (los jubilados no causan “problemas”, no demandan empleo, no se mezclan demasiado con la población local, y se tiene la creencia de que llegan con dinero y consumen en el lugar de destino), estos movimientos no han llamado de manera particular la atención de los investigadores pese a que —paradójicamente— España es el país europeo que cuenta con más jubilados extranjeros residentes.

Tampoco en México —que ha sido y es fundamentalmente un país de emigración— la inmigración ha atraído demasiado la atención, y menos aún la de la población mayor; pero diversas comunidades de jubilados extranjeros retirados hacen que poco a poco el análisis de dicho tema cobre mayor interés (Acevedo, Leite, y Ramos, 2004; Otero, 1997). Lo mismo ocurre en Europa, donde la formación de extensas comunidades de retirados extranjeros en áreas de la costa mediterránea española, italiana y portuguesa, ha suscitado gran interés en los últimos años (Williams, King, y Warnes, 1997; Lardiés Bosque, 2002).

El número de población mayor de origen extranjero ha ido creciendo en México en las últimas décadas, aunque su proporción en el total de extranjeros no siempre ha aumentado. En 1995, los nacidos en el extranjero mayores de 65 años representaban 2.9% del total de extranjeros. En el año 2000 esa cifra era 7.5%; pero en 2010 ha descendido a 4.5%, pese a que su número ha crecido: casi 44 000 (cuadro 4). Se trata de una cifra no demasiado elevada, y nada comparable con los casi 200 000 retirados que otras fuentes barajan como

Cuadro 4
PROVINCIAS Y ESTADOS CON MAYOR PROPORCIÓN DE POBLACIÓN EXTRANJERA
DE 65 Y MÁS AÑOS SOBRE EL TOTAL DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA
EN ESPAÑA Y MÉXICO, 2010

<i>Provincias en España</i>	<i>1- Extranjeros de 65 años y más</i>	<i>2- Total extranjeros</i>	<i>1/2 (en %)</i>
Alicante	99 272	496 116	20.0
Málaga	48 972	312 643	15.6
Santa Cruz de Tenerife	26 506	205 136	12.9
Islas Baleares	24 081	267 490	9.0
Las Palmas	16 091	181 559	8.8
Cádiz	4 783	62 743	7.6
Orense	2 511	35 217	7.1
Luego	1 468	21 865	6.7
Almería	9 760	154 532	6.3
ESPAÑA	406 453	6 604 181	6.1

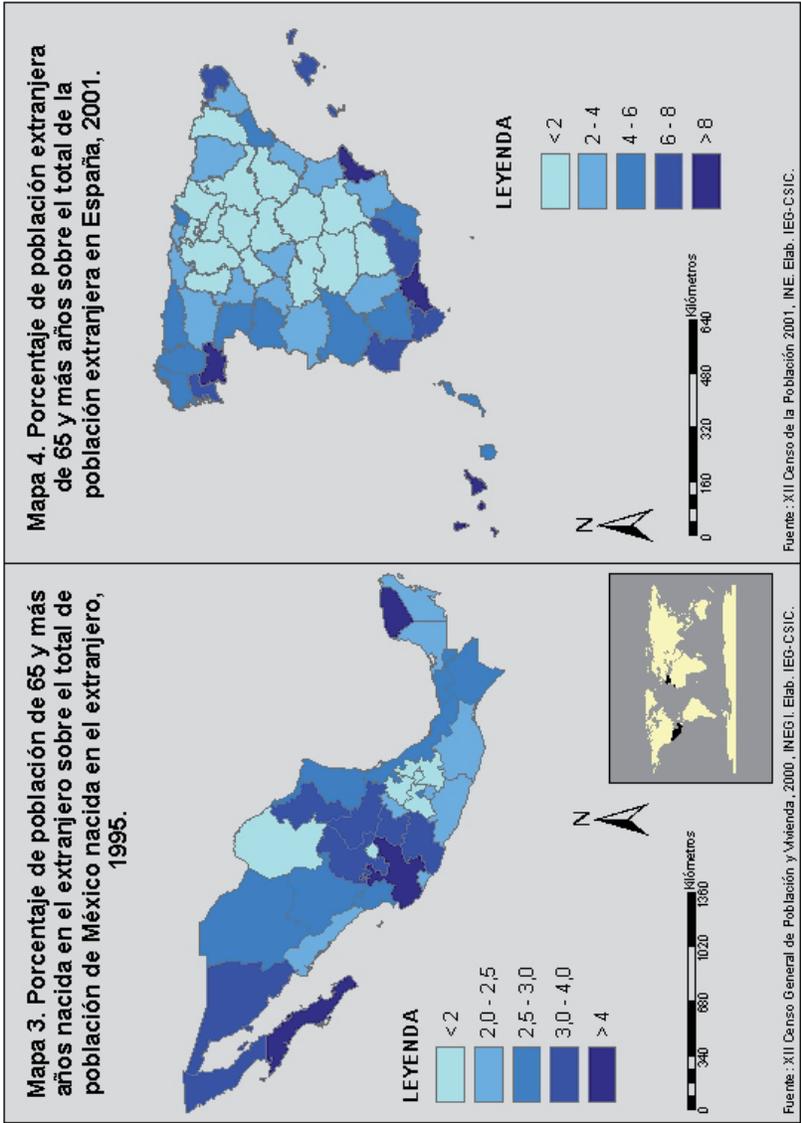
<i>Estados en México</i>	<i>1- Nacidos en otro país de 65 años y más</i>	<i>2- Nacidos en otro país</i>	<i>1/2 (en %)</i>
Baja California Sur	4 077	19 946	20.4
Yucatán	10 870	74 187	14.7
Jalisco	1 915	13 849	13.8
Guanajuato	1 749	23 317	7.5
Zacatecas	926	12 888	7.2
Baja California	433	6 723	6.4
San Luis Potosí	941	14 904	6.3
Nuevo León	3 069	52 816	5.8
Sonora	1 635	29 557	5.5
Michoacán	278	5 773	4.8
MÉXICO	43 485	968 271	4.5

FUENTE: “Padrón Municipal de Habitantes” (INE, 2005), y “Censo de Población y Vivienda 2010” (INEGI, 2010). Elaboración propia.

residentes en el país (Acting Living International [ALI], 2005). Estados Unidos destaca notablemente por ser el principal país de procedencia de tales inmigrantes mayores (46%) (Conapo, 2001; Santibáñez Romellón, 2000). La inmigración que vivió México a principios del siglo xx hace que muchos de aquellos inmigrantes sean hoy mayores; pero se cree que una proporción significativa de los nativos estadounidenses mayores se inserta en la llamada “migración internacional de retiro”.

El peso de los extranjeros mayores de 65 años sobre el total de la población extranjera es mayor en España que en México: 6.2% frente a 4.5%, respectivamente (cuadro 4). Claro está, hay muchas diferencias territoriales; pero una característica compartida es que la mayor proporción de extranjeros mayores se concentran en las zonas costeras de ambos países (cuadro 4; mapas 3 y 4).

La proximidad de México con los Estados Unidos hace que muchos retirados del “norte” geográfico se sientan atraídos por las condiciones climáticas y la cada vez mayor calidad de vida en el país; la llegada de dichos retirados ha dado lugar a concentraciones importantes en determinadas zonas (Conapo, 2001), lo cual contrasta con las migraciones internas, ya que en el conjunto del país aumenta la tendencia a la descentralización de los flujos migratorios (Conapo, 1998). En los estados de Yucatán y de Baja California Sur se encuentran las mayores proporciones de retirados estadounidenses que residen en el país. Hay otros estados como los de Baja California, Jalisco, Guanajuato, Zacatecas y Michoacán, donde la concentración de estos inmigrantes resulta muy significativa debido a diversas ventajas que los estadounidenses encuentran: condiciones climáticas favorables y —en comparación— una elevada calidad de vida (Anzaldo, Hernández, y Prado, 2004). Al contrario, alrededor del Distrito Federal se conforma un



gran vacío, cuya presencia de extranjeros mayores resulta poco significativa (mapa 3).

En concreto, una de las mayores concentraciones de retirados extranjeros en México ocurre en el lago de Chapala. Según un estudio realizado por Trully (2002), muchos de los retirados estadounidenses que han fincado allí su nueva residencia lo han hecho por razones económicas dado el menor costo de la vida en México; el clima benigno también contribuye, pues trae consigo un gran ahorro en calefacción. Detrás de las diversas motivaciones priva por tanto el deseo encubierto de mejorar la calidad de vida.

Un patrón similar de distribución territorial ocurre en España, donde ya es conocida la predilección de los extranjeros de más edad por lugares de la costa mediterránea para su retiro. Más de 85% de esta población extranjera retirada reside en alguna de las 14 provincias de la costa mediterránea y las islas: Alicante, 34% del total; Costa Blanca y Málaga, 20%; además de la Costa del Sol, Baleares y Canarias. Ello evidencia su elevada concentración en los espacios de más tradición turística y con más infraestructuras y equipamientos de ocio (Rodríguez Rodríguez, Fernández-Mayoralas, y Rojo Pérez, 1998). Entre 16 y 20% de todos los extranjeros que viven en provincias como Málaga y Alicante tienen más de 65 años (cuadro 4). Su presencia es muy notoria tanto en las islas como en algunas provincias catalanas y andaluzas (mapa 4).

Queda claro, pues, que la concentración geográfica de los europeos retirados está relacionada con su posición geográfica en la costa (Rodríguez Rodríguez, 2000), o cerca de ella: allí donde la política municipal de promoción de suelo residencial —básicamente para turistas que luego pueden convertirse en residentes permanentes—, dotaciones turísticas consolidadas o la presencia de masas importantes de residentes extranjeros (a veces

sólo turistas de mayor duración), hacen posible contar con estructuras económicas y comerciales orientadas a su servicio.

El peso de los mayores también varía según el país de origen. Por ejemplo, los ciudadanos procedentes de naciones europeas han sido tradicionalmente de los más envejecidos; en concreto, quienes provienen de países de la Unión Europea (cuadro 5). Entre uno y dos de cada tres extranjeros residentes en España y procedentes de Bélgica, Reino Unido, Dinamarca, Suecia y Finlandia, tienen más de 65 años. Se trata de un fenómeno que no es nuevo en España, pero que ha aumentado rápidamente en las últimas dos décadas (cuadro 5).

Entre los mayores extranjeros que más han contribuido a ese crecimiento destacan los británicos y los alemanes (en datos absolutos) (cuadro 5), los más numerosos de todas las nacionalidades europeas asentadas en España (Paniagua Mazorra, 1991).

IV. EL RETIRO DE ESTADOUNIDENSES Y CANADIENSES EN MÉXICO: TURISMO Y CRECIMIENTO RESIDENCIAL

Si España tiene cierta trayectoria consolidada como país de retiro de ciudadanos europeos, la importancia de México aumenta en ese concepto. El segmento de mercado de retirados ha destacado últimamente en México debido a su crecimiento, ya que los retirados de Estados Unidos y —en menor medida— de Canadá, constituyen un interesante potencial para el crecimiento de tal fenómeno en algunos estados del país. La paradoja —por tanto— consiste en que ambos países (Estados Unidos y Canadá) son de los que más inmigrantes extranjeros reciben en el mundo (United Nations Organization, 2007); pero también los que más retirados expulsan hacia otros países.

Cuadro 5
EVOLUCIÓN DE LOS EXTRANJEROS MAYORES DE 65 AÑOS EN ESPAÑA

<i>Origen</i>	<i>1950</i>		<i>1991</i>		<i>2001</i>		<i>2011</i>	
	<i>65 y más</i>	<i>% +65/ extranjeros</i>						
Europa	4 838	9.2	38 011	19.1	61 126	16.0 (UE)	211 448	11.4
Reino Unido	305	8.3	12 465	23.3	21 152	24	94 202	32.0
Alemania	646	9.5	6 092	17.9	13 471	18.8	39 535	28.5
Países Bajos			2 588	24.2	3 215	19.6	9 417	24.0
Bélgica	63	9.7	2 167	26.7	3 900	26.1	6 732	25.2
Dinamarca			1 055	24.4	1 389	27.9	3 486	33.4
<i>Total</i>	<i>3 103</i>	<i>3.3</i>	<i>47 121</i>	<i>13.3</i>	<i>88 792</i>	<i>5.7</i>	<i>280 159</i>	<i>15.0</i>

FUENTE: "Censos de Población y Vivienda" (1950, 1991, 2001 y 2011), INE. Elaboración propia.

Es cierto, México compite fuertemente con algunas regiones de los Estados Unidos; incluso, y cada vez más, con otros países centroamericanos. No obstante, la administración mexicana ha ido cobrando conciencia de la importancia económica y social que ese segmento de mercado puede tener en el país. Por ello, y para conocer las motivaciones del establecimiento de dichas personas en México y algunas características del fenómeno, se han realizado estudios desde finales de los años ochenta (Fondo Nacional de Turismo [Fonatur], 1985; Fonatur, 1986; Secretaría de Turismo, 2001; Consejo de Promoción Turística de México, 2003). Según ellos, los inmigrantes se dividen en tres grupos, en función básicamente del tiempo de permanencia (Fonatur, 1986):

- a) Rentistas
- b) Turistas (que renovaban su tarjeta de turistas cada seis meses)
- c) Los *snow birds*, que viven temporalmente en cada país (el invierno en México).

Sin embargo, es difícil obtener datos fiables, por lo que no se sabe con certeza cuántos inmigrantes estadounidenses viven en México. El Departamento de Estado de la Unión Americana estima que unos 380 000 cheques mensuales del Seguro Social son emitidos para beneficiarios que viven en el extranjero (más o menos cuatro millones de estadounidenses —sin incluir servicio diplomático y militar— viven fuera del país). De ellos, más de 25% son retirados o jubilados; es decir, más de un millón de personas. De los cuatro millones de estadounidenses que residen en el exterior, unos dos millones viven en América Latina y el Caribe. Les siguen en preferencia Europa Occidental, Asia y el Pacífico.

México es con mucho el país iberoamericano que más capta la atención de los estadounidenses como destino favorito para residir; en este país fronterizo viven 25% de ellos (alrededor de un millón). Le siguen República Dominicana (82 000 residentes), Brasil (40 600), Colombia (30 700), Argentina (27 600), Venezuela (25 000), y Costa Rica (19 800). En la lista de preferencias también se incluyen Panamá, Perú y Ecuador.

El establecimiento de comunidades de retirados norteamericanos en México registró un incremento importante a finales de la segunda Guerra Mundial; se estima, pues, que del total de 1 036 300 estadounidenses residentes en México, alrededor de 25% (250 000) podrían estar retirados (ALI, 2005). Tal cifra indicaría la importancia que cobra este fenómeno en México, si se toman en cuenta los casi 400 000 retirados estadounidenses que reciben sus cheques de la Seguridad Social en algún lugar fuera de los Estados Unidos (Morgan, 2003).

Hasta 2005, el Instituto Federal de Inmigración tenía también levantado un censo de alrededor de 200 000 personas que vivían en México de manera permanente, mientras que la embajada de Estados Unidos estimó que se trataba de unas 500 000. Sin embargo, investigaciones independientes y grupos de inmigrantes estadounidenses consideran que esas cifras son bastante bajas. Según sus estudios, una cantidad más factible rondaría el millón de personas (según *The People's Guide to Mexico*), cifra que supondría la mayor cantidad de "gringos" que viven fuera de los Estados Unidos de todo el mundo; tan sólo en la Ciudad de México se calcula que habitan alrededor de 200 000. En cualquier caso, la Comisión Nacional de Fomento a la Vivienda (Conafovi) también acepta la cifra de 200 000 extranjeros retirados que viven en México (principalmente norteamericanos); aunque se calcula que hacia 2010 los estadounidenses que habían comprado vivienda

en México alcanzaban entre cuatro y cinco millones (López, 2006). La cifra de 200 000 podría coincidir con la de 37 000 familias de retirados que Fonatur (1986) estimaba que hubiera establecidas en 1986; empero, de eso hace ya casi tres décadas. También se baraja la cifra de que cada año llegan al país entre 2 500 y 3 000 retirados, con inversiones que pueden alcanzar hasta los 200 000 dólares. Las perspectivas de evolución de este fenómeno no pueden ser mejores; por ello se espera que el país sea el primer destino internacional para los estadounidenses.

La proximidad con la Unión Americana así como con Canadá —pero sobre todo determinadas características demográficas de ambos países—, aumentan la potencialidad de México como país de retiro. Un factor importante para su despegue es el comportamiento demográfico de ambos países: se trata de los dos principales y más importantes emisores de retirados. Actualmente, el número de personas mayores de 60 años en los Estados Unidos es de alrededor de 47 millones: 16.5% de la población; de ellos, 33.5 millones cumplen la condición de “pensionistas”, cifra que ha aumentado lenta, pero continuamente, desde hace dos décadas.

Respecto de Canadá, también es un país cuya población envejece (17% de su población tiene 60 y más años), aunque el número de mayores es de sólo 5.3 millones (de los cuales, 3.5 millones son pensionistas). Se trata de países cuyo porcentaje de población mayor está aumentando y lo hará aún más en el futuro, hacia 2020-2025; en concreto en Estados Unidos, cuando los *baby boomers* alcancen las edades del retiro y representen alrededor de 29% de la población total (Freedman, 1999). En el presente, hay 81 millones de personas con más de 50 años; representan 28% de la población de ese país y controlan 67% de la riqueza nacional (Association for American Retired Persons [AARP], 2006). Por ello, si hoy los mayores en

Estados Unidos constituyen 47 millones, se prevé que en los años mencionados lleguen a 71 millones (AARP, 1999).

Del mismo modo, en Canadá se espera un fuerte aumento en el número de adultos mayores, que pasarían de los 5.3 millones actuales a alrededor de los 8.5 en 2020; ello supondría 25% de la población total. Cuando la generación del *baby boomer* alcance la edad de retirarse, creará un enorme segmento que —aunque posiblemente disponga de menor capacidad económica que los actuales— tenderá a adelantar el retiro (antes de los 62 años, edad oficial en el país); ello incrementará la afluencia anticipada de turistas de más edad.

Con el propósito de analizar el crecimiento del retiro de extranjeros en México, conviene tener presente el papel que ejercen Estados Unidos y Canadá como principales países emisores de turistas; el hecho afianza la conexión turismo-migraciones y ayudará a explicar el asentamiento futuro de los jubilados. Así, el análisis de los flujos turísticos hacia México ha de realizarse considerando el hecho de que los lugares donde se vacacionó, con el tiempo se convierten en lugares de retiro, tal y como parece haberse detectado en algunos lugares del sur de Europa (Williams, King, y Warnes, 1997; Hall, y Williams, 2002; Williams, King, Warnes, y Patterson, 2000) y de México (Truly, 2002). Según un estudio realizado en 1977 en México (Fonatur, 1985), más de la mitad de las personas de 65 y más años residentes en el país habían realizado un viaje de vacaciones el año anterior; asimismo, entre los retirados encuestados una década después, en 1986 (Fonatur, 1986), la decisión de permanecer en el país se tomó después de vivir experiencias turísticas continuas.

Actualmente, 9% de los turistas que salen de Estados Unidos son retirados (5.2 millones); de ellos, más de un millón se dirige hacia México (por tanto, se trata de alrededor de 18%

de todos los retirados estadounidenses). Respecto de Canadá, también alrededor de 9% de todos los turistas que salen del país son retirados (1.6 millones); de ellos, más de 20.6% tienen como destino este país (330 000 anuales). Son cifras que reflejan el interés que ya tienen los retirados de ambos países por pasar vacaciones en México, de manera que de todos los turistas retirados que nos visitan, 90% proceden de Estados Unidos; 9.5%, de Canadá (Secretaría de Turismo, 2001).

Si en lugar de considerar a los turistas que salen de Estados Unidos, se tienen en cuenta los que llegan a México, también se confirma la importancia de los retirados estadounidenses, pues alrededor de 88% proceden de ese país; de ellos, 10% son mayores de 60 años. El análisis de los datos sobre turistas procedentes de Canadá arroja cifras que, proporcionalmente, son distintas: mientras el número de turistas que llega a México es mucho menor (unos 400 000 anuales), la proporción de los mayores de 60 resulta superior a la de los que provienen de Estados Unidos (más de 30%).

Además del interés actual, los retirados lo manifiestan también con su intención de visitar el país en fechas próximas. Tanto en los Estados Unidos como en Canadá, alrededor de 30% de los mayores encuestados (Secretaría de Turismo, 2001) se muestran muy interesados en visitar México (más los adultos-jóvenes que aquellos con edades superiores a los 70 años), y alrededor de 20% creen que visitarán el país a corto plazo (antes de dos años). Eso supone entre ambos países una demanda potencial de más o menos 1.3 millones de adultos mayores, pensionistas, y con relativa buena salud (de los 37 millones reales), que posible y factiblemente visitarán México. En consecuencia, el turismo que México recibe puede considerarse un “suministrador” importante para el futuro de jubilados con intención de retirarse en el país. Del turista retirado

al asentamiento posterior, y de la visita turística —de media o larga duración— al establecimiento temporal de retirados, hay un paso muy estrecho.

La mayor parte de los retirados de Estados Unidos y Canadá que se establecen en México lo hacen por vía aérea; también por carretera, pues siguen alguna de las rutas establecidas y conocidas para introducirse en el país (CPTM, 2003; Secretaría de Turismo, 2001). Según dichos estudios, la mayoría de tales personas son viejos jóvenes (más de siete de cada diez tienen menos de 70 años), lo cual hace que dispongan todavía de relativa buena salud; el hecho de ser personas mentalmente activas, las mantiene en un estado de bienestar en lo psicológico y con bastante dinamismo. Ello se refleja en sus estilos (activos) de vida, inquietudes, y la manera de llevarlos a la práctica (Fonatur, 1986). Se trata de personas que cuentan con nivel educativo alto (la mayoría son universitarios) y viven en pareja (la mitad del total), aunque en uno de cada cuatro hogares residen tres personas.

La principal motivación para establecerse en el país es la búsqueda de sol y playa (en 63% de los casos), por lo que el clima templado durante la época invernal constituye un factor de atracción fundamental; pero además de esta motivación, entran en juego otros muchos factores de tipo social, económico y relacionados con las infraestructuras y los servicios.

En especial, destaca la buena valoración que se hace de los servicios médicos, tan importantes entre las personas mayores. El hecho de que se disponga de relativamente buenos transportes y comunicaciones también se valora mucho, porque los retirados se establecen en zonas próximas a aeropuertos internacionales. Se quejan cuando los servicios telefónicos no funcionan porque la oferta de tal servicio está relacionada con su bienestar psicológico y con sentirse seguros ante cualquier

emergencia o necesidad de contactarse con sus familiares y conocidos (Fonatur, 1986). De igual manera, la cercanía y fácil acceso a una ciudad en la que encuentren servicios, especialmente médicos (dentistas. . .), así como bancos y comercios, entretenimientos y otros, resulta de suma importancia, como ocurre en la zona alrededor del Lago de Chapala (Truly, 2002).

Desde el punto de vista económico, es importante considerar los precios más bajos en México respecto de sus países de origen, lo cual se traduce no sólo en el abaratamiento de los productos de uso diario, sino también en poder disponer de servicios que en sus países sería difícil conseguir (servicios domésticos como chofer, mecánicos, jardineros. . .). Económicamente, también la menor carga de impuestos y las ventajas fiscales son factores importantes que animan a establecerse en el país. Por ejemplo, la multiplicación de opciones de financiamiento de hipotecas en México resulta muy atractiva para los extranjeros, a quienes se les ha facilitado obtener créditos para vivienda. Asimismo, hay una visa especial para retirados de 51 años o más, denominada “visa de rentista”, para cuya solicitud el interesado debe conseguir la carta de un banco, de una agencia de seguridad social o de una institución financiera, en la cual se certifique que el solicitante recibe un ingreso mensual mínimo.

V. EL AUGE DE LAS INVERSIONES EXTRANJERAS EN MÉXICO

Lo que los retirados demandan como lugares de retiro son sitios tranquilos y sin grandes concentraciones demográficas; así se explica el importante crecimiento residencial de las comunidades de retirados en México. Al calor de este desarrollo turístico han ido creciendo las inversiones extranjeras y se han

desarrollado complejos residenciales; muchos, destinados al retiro de estas personas. El desarrollo de dichas comunidades va acompañado por una presión importante en la demanda de servicios y, por consiguiente, por la necesidad de proveer infraestructuras y servicios. Se trata de “villas”, complejos. . . , especialmente funcionales para jubilados, que cuentan con infraestructuras adecuadas para las necesidades de tales personas.

Casi siempre, esos complejos surgen de la mano de la iniciativa privada, cuando no se cuenta con políticas públicas que las fomenten y planifiquen; por tanto, no se dispone de una medida pública para desarrollar este sector, ni previsión de lo que puede ocurrir en el futuro. La única iniciativa gubernamental fue un cambio en la legislación para permitir la inversión en áreas donde los extranjeros no podían tener propiedades (en una franja fronteriza de 100 km; a lo largo de las costas, de 50 km). Gracias a la Ley de Inversión Extranjera que entró en vigor en 1993 y se modificó en 1996, el gobierno federal creó una figura especial: el fideicomiso de garantía. Un banco mexicano es designado como garante y posee el título de propiedad legal; pero el beneficio de uso es para el comprador, quien puede hacer reformas a la vivienda, alquilarla, incluso venderla, aunque siempre por medio del fideicomiso. El periodo de validez es de 50 años, aunque puede ser renovado por otro lapso igual. De tal manera, a lo largo de los años noventa se hicieron grandes esfuerzos para construir un marco legal e institucional que favoreciera la inversión extranjera, así como la adquisición de terrenos y edificios por parte de extranjeros retirados.

Las autoridades turísticas mexicanas y el sector privado han firmado acuerdos para construir diversos centros turísticos en distintas zonas del país (costa de Tamaulipas, Baja Cali-

foria, Nayarit, Acapulco) que incluyen villas, hoteles, campos de golf, así como áreas comerciales y de servicios. En algunos de esos proyectos participa el sector privado mexicano; pero mucha de la inversión es canadiense, estadounidense y española. Los beneficiarios obtienen ventajas fiscales y de inversión (programas especiales de crédito hipotecario); por ello se les ofrecen condiciones similares a las que encuentran los compradores en sus países de origen.

De tal modo, los jubilados estadounidenses se han convertido en el nuevo y codiciado objetivo de bancos y constructoras mexicanas, los cuales quieren seguir dando impulso al auge hipotecario e inmobiliario que vive el país. Se trata de la generación que está retirándose en buenas condiciones de salud. Tiene todavía muchas expectativas de vida; dinero; mucho tiempo libre; e inclinaciones para tener un segundo hogar, por lo que las constructoras estadounidenses ven al colectivo de jubilados en México como un enorme nicho de mercado (ALI, 2005).

Si los equipamientos lúdicos y de ocio son de buena calidad, las clínicas y hospitales resultan un componente indispensable cuando se piensa en el desarrollo de estas *sun cities* para retirados, pues constituyen una oportunidad para hacer grandes inversiones. Debe tenerse en cuenta que el costo de los cuidados de salud ha tenido grandes incrementos en los países desarrollados, y que México cuenta con notable infraestructura en complejos turísticos de alta calidad.

Un ejemplo de comunidad de ese tipo (destinada a jubilados estadounidenses) es la que está conformándose en Nuevo Vallarta (Nayarit), desarrollado por una firma estadounidense y una española, a partir de la experiencia que tienen ambas en la construcción de tales complejos residenciales (en España, en la Costa del Sol). Se trata de construir complejos residen-

ciales con viviendas para mayores de 50 años, con campos de golf, hospital, comercios y zonas de ocio.

Si bien tal tipo de comunidades se encuentra bastante generalizado en países anglosajones como Estados Unidos y Australia (Stimson, y McCrea, 2004), en España y México no las hay. Las ventajas y beneficios de estas comunidades son evidentes: sobre todo en su salud, en la atención recibida, y en su convivencia (Masotti, Fick, Johnson-Masotti, y MacLeod, 2006); pero también hay que señalar algunos aspectos negativos.

Uno tiene que ver con las facetas de la integración de sus residentes en los lugares de retiro, pues en ellos la falta de adaptación a la cultura local es una característica bastante generalizada; lo anterior se debe a que estas personas suelen anteponer la “importación de su estilo de vida” a lo que es propiamente la integración en la cultura local, tal y como se ha detectado entre los residentes del Lago de Chapala (Truly, 2002). Otra manifestación del mismo fenómeno es la escasa tolerancia que dichas personas suelen mostrar hacia la cultura tradicional mexicana; aunque en las últimas décadas se evidencia un cierto cambio de actitud entre los retirados que se instalaron en esa zona hace años y los llegados más recientemente. A ello se agrega la falta de participación económica y social, que también ha sufrido notable deterioro entre los retirados establecidos en la zona hace unas décadas, y los establecidos ahí en la actualidad (Truly, 2002). Todo converge hacia la escasa interacción que sostienen con la cultura local, y entre quienes se adaptan o no con éxito a la vida de México, tal y como ocurre en muchas partes de la costa española, donde estos retirados se concentran en algunas zonas y llegan a constituir verdaderos *ghetos* territoriales (Rodríguez Rodríguez, Fernández-Mayoralas, y Rojo Pérez, 1998).

No obstante, al margen de dichos aspectos, diversos gobiernos estatales (Jalisco, Morelos, Yucatán y Quintana Roo) han impulsado la oferta de espacios para retirados de Estados Unidos y Canadá, muchos de ellos localizados en la zona oeste del país. Se podría realizar una diferenciación regional de productos y distinguir tres áreas de retiro de extranjeros, en las que se ha producido un notable *boom* inmobiliario: tiempos compartidos, condominios, desarrollos residenciales y venta de terrenos para construcción de viviendas.

- 1) Zona más especializada en productos de sol y playa, con muchas actividades acuáticas, y localizada en las costas del Pacífico, Mar de California y el Caribe.
- 2) Oferta histórico-cultural, principalmente en el Bajío, en los corredores de Guanajuato-San Miguel de Allende, Cuernavaca-Taxco y Chapala-Ajijic.
- 3) Una tercera, de menor importancia, alrededor de los puntos fronterizos con Estados Unidos (Los Algodones, Nuevo Progreso. . .), convertidos en centros importantes de productos de salud (servicios médicos y para el cuidado personal, venta de medicamentos. . .).

Ya desde hace algún tiempo el estado de Jalisco concentra la mayor población de norteamericanos retirados que viven fuera de su país (Martin, 1995), por ser un área con larga tradición y muy popular para el retiro de extranjeros. Respecto de los alrededores del lago de Chapala, el interés de los retirados extranjeros por esta zona comenzó en la década de los ochenta, tras su auge como destino internacional de turistas desde 1880 (Truly, 2002). Aunque su popularidad ha fluctuado en las últimas décadas, su excelente clima, las maravillosas vistas que ofrece su paisaje montañoso así como su relativo aislamiento,

siguen atrayendo a turistas y retirados. Ciudades como Ajijic son destinos populares desde que artistas bohemios y escritores comenzaron a instalarse en ella en los años ochenta. El estado de Sinaloa (costa del Pacífico) también cuenta con una comunidad de más de 10 000 retirados, y se prevé que muestre un gran crecimiento en los próximos diez años.

Desde el punto de vista territorial —y al igual que lo ocurrido con el modelo urbanístico desarrollado en las zonas del litoral mediterráneo español—, el proceso de ocupación territorial por parte de complejos para jubilados está favoreciendo el aumento de las subdivisiones espaciales (“fraccionamientos”), generalmente fuera de los lugares centrales de las ciudades; se extienden así los *ghetos* territoriales. Además, esas viviendas de los extranjeros han evolucionado hacia expresiones “más modernas” y alejadas de las formas de construcción típicas de México. Como se aprecia, la temática del asentamiento de retirados extranjeros puede abordarse desde distintos puntos de vista, todos ellos inabarcables en tan escasas páginas.

CONCLUSIONES

La movilidad de retirados desde países del norte geográfico hacia países como España y México, está constituyéndose como una tendencia incontenible. Además de los volúmenes y características de estos flujos, importan sus impactos tanto socioeconómicos como territoriales, en virtud de la fuerte concentración que generan y los grandes complejos residenciales a los que su desplazamiento da lugar.

A medida que las generaciones del *baby boom* estadounidense comiencen a jubilarse, y el envejecimiento de la población europea continúe —aun en el caso de que disminuya la propor-

ción de mayores que se trasladan a otro país para retirarse—, se espera un aumento en el volumen de retirados extranjeros en España y México.

La trayectoria de España como país de retiro es más conocida; empero, México fue considerado en 2007 el mejor país para el retiro de los estadounidenses pues ofrecía una combinación accesible de modernidad y atractivos culturales, según la revista *International Living*. Esta publicación analiza 24 países; toma en cuenta diversos aspectos como costo de la vivienda, beneficios especiales para retirados, seguridad y estabilidad del país, servicios de salud, clima, infraestructuras, y otros factores. En la lista de 2014, México ha pasado del primero al séptimo lugar como país de retiro. Actualmente, la lista ha quedado con Panamá a la cabeza, seguido de Ecuador, Malasia, Costa Rica, España, Colombia y México, en ese orden.

No hay duda, por tanto, de la importancia que el fenómeno está cobrando en México, y de que el tema se vuelve cada vez más trascendente. Tan sólo desde el punto de vista económico, se trata de un mercado en plena expansión (que generará mayor gasto social y sanitario), aunque social y culturalmente tiene también un gran impacto en los lugares de destino. Por ello, habrá que ir pensando en introducir herramientas de planificación y control para dotar a los lugares de destino tanto de servicios como de equipamientos para esta población (servicios de salud, de ocio y otros especializados) con miras al aumento de *baby boomers* retirados procedentes de Estados Unidos que llegarán a México, así como ante el mayor envejecimiento de la población que seguirá afectando a los países europeos. Todo ello hace surgir temas de tipo económico y de financiamiento de recursos; también otros de tipo ambiental y territorial causados por la urbanización excesiva que en ocasiones sufren dichos destinos, por no referirnos a los derechos sociales y po-

líticos de esa nueva población; o a la integración y participación en sus nuevos lugares de residencia.

Además de abordar las nuevas cuestiones, falta por mejorar las estadísticas: hacerlas fiables y certeras para cuantificar con exactitud y conocer fehacientemente la magnitud de este fenómeno, que en la actualidad no es tarea sencilla de lograr. Pese al desarrollo que dicho fenómeno ha adquirido en ambos países, frente a nosotros queda el reto de desarrollar modelos teóricos y aplicados que vinculen esa movilidad con el desarrollo del turismo y con el retiro. Todo ello será de gran ayuda para investigadores y planificadores, en aras tanto de la mejor comprensión del fenómeno como de la construcción de las infraestructuras y los equipamientos indispensables para los destinos. Lo anterior pasa necesariamente por el contacto entre disciplinas; así pues, se impone la interdisciplinariedad para el análisis de un fenómeno que no entiende de barreras y tampoco de fronteras.

REFERENCIAS

- ABELLÁN GARCÍA, Antonio, y Fermina Rojo Pérez. 1998. "La movilidad residencial de las personas de edad". En *La ciutat fragmentada: grups socials, qualitat de vida i participació*, compilado por Joan Ganau Casas, y Joan Vilagrasa Ibarz, 55-74. Barcelona: Edicions de la Universitat de Lleida.
- ACEVEDO, Luis; Paula Leite; y Luis Felipe Ramos. 2004. "Los adultos mayores en la migración internacional". En *La situación demográfica de México, 2004*, compilado por el Consejo Nacional de Población, 131-143. México: Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional de Población.

ACTING LIVING INTERNATIONAL. 2005. *Active Adult Retirement Housing in Mexico. Prepared for Cemex*. México: Acting Living Internacional.

ALBA, Francisco. “Migración internacional: consolidación de los patrones emergentes”. *Demos. Carta Demográfica sobre México*, núm. 13 (2000): 10-11.

ANZALDO, Carlos; Juan Carlos Hernández; y Minerva Prado. 2004. “Distribución territorial de los adultos mayores”. En *La situación demográfica de México, 2004*, compilado por el Consejo Nacional de Población, 111-115. México: Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional de Población.

ASSOCIATION FOR AMERICAN RETIRED PERSONS. 1999. *Baby Boomers Envision their Retirement: An AARP Segmentation Analysis. Prepared for: AARP, February 1999*. Washington, D. C.: Roper Starch Worldwide Inc./Association for American Retired Persons.

_____. 2006. “El mercado de los *Seniors* y el turismo: un bonito futuro con los *Baby boomers*”. Washington, D. C.: Association for American Retired Persons. Disponible en línea: <<http://www.edelweiss.es/mercadodelosmayores-com>> [Consulta: 19 de julio, 2006].

BENÍTEZ ZENTENO, Raúl, y Eva Gisela Ramírez Rodríguez, coords. 1994. *Políticas de población en Centroamérica, El Caribe y México*. México: Programa Latinoamericano de Población/Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales/Instituto Nacional de Administración Pública de Guatemala.

- CASTLES, Stephen, y Mark J. Miller. 2003. *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World*. 3a. ed. Nueva York: The Guilford Press.
- CONSEJO DE PROMOCIÓN TURÍSTICA DE MÉXICO. 2003. *Turismo de retirados en México*. México: Secretaría de Turismo/Centro de Estudios Superiores en Turismo.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. 1998. "Migración interna". En *La situación demográfica de México, 1998*, compilado por el Consejo Nacional de Población, 59-70. México: Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional de Población.
- _____. 2001. "Los inmigrantes en México". En *La población de México en el nuevo siglo*, compilado por el Consejo Nacional de Población, 71-76. México: Secretaría de Gobernación/Comisión Nacional de Población.
- EATON, Martin. "British Expatriate Service Provision in Spain's Costa del Sol". *The Service Industries Journal* 15, núm. 2 (abril, 1995): 251-266.
- ESCOBAR LATAPÍ, Agustín; Frank D. Bean; y Sidney Weintraub. 1999. *La dinámica de la migración mexicana*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/Miguel Ángel Porrúa, librero-editor.
- FONDO NACIONAL DE TURISMO. "El mercado de las personas mayores retiradas originarias de los Estados Unidos. Resumen". México: Fondo Nacional de Turismo/Gerencia General de Estudios de Mercado, 1985.
- _____. "Sumario y recomendaciones del estudio entre retirados residentes en México". México: Fondo Nacional de Turismo/Gerencia General de Estudios de Mercado, 1986.

- FREEDMAN, Marc. 1999. *Prime Time: How Baby Boomers will Revolutionize Retirement and Transform America*. Nueva York: Public Affairs.
- GUSTAFSON, Per. "Retirement Migration and Transnational Lifestyles". *Ageing and Society* 21, núm. 4 (2001): 371-394.
- HALL, Colin Michael, y Allan M. Williams, comps. 2002. *Tourism and Migration: New Relationships between Production and Consumption*. Serie The GeoJournal Library, Book 65. Nueva York: Springer.
- HOGGART, Keith, y Henry Buller. "Retired British Home Owners in Rural France". *Ageing and Society* 15, núm. 3 (septiembre, 1995): 325-353.
- HOWELLS, John, y Don Merwin. 2003. *Choose México: Travel, Investment, and Living Opportunities for Every Budget*. Choose Retirement Series. 8a. ed. Guilford, Connecticut: Globe Pequot Press.
- INSTITUTO DE ESTUDIOS TURÍSTICOS. 2013. "Estadísticas". En *Movimientos turísticos en fronteras (Frontur)*. Madrid: Instituto de Estudios Turísticos, actualmente Subdirección General de Conocimiento y Estudios Turísticos. Disponible en línea: <<http://www.iet.tourspain.es>>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 2001. "XII Censo de la Población". Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- _____. 2005. "Padrón Municipal de Habitantes". Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en línea: <<http://www.ine.es/ss/Satellite?L=0&c=Page&cid=1254735858723&p=1254735858723&pagenome=Ayuda%2FINELayout>>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. 2000. "Censo de Población y Vivienda". México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

_____. 2010. "Censo de Población y Vivienda". México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

LARDIÉS BOSQUE, Raúl. 2002. "Las migraciones internacionales de población jubilada en Europa: revisión bibliográfica y estado de la cuestión". En *Aportaciones geográficas en memoria del profesor Miguel Yetano Ruiz*, compilado por José Luis Peña Monné, y Luis Alberto Longares Aladrén, 319-332. Zaragoza: Departamento de Geografía y Ordenación del Territorio/Universidad de Zaragoza-Servicio de Publicaciones.

_____. 2003. "Turismo residencial e inmigración de jubilados extranjeros en España: motivaciones para el desplazamiento". En *La geografía y la gestión del turismo. Actas VIII Coloquio de Geografía del Turismo, Ocio y Recreación*, 295-308. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela/Departamento de Xeografía.

_____. "A pocos kilómetros, pero en otro país. El retiro de jubilados estadounidenses en Baja California, México". *Geographichalia*, núm. 59-60 (2011): 183-197.

LONGINO, Charles F. 1995. *Retirement Migration in America*. Houston: Vacation Publications.

_____. 1996. "Migration". En *Encyclopedia of Gerontology*. Vol. 2: *Age, Ageing, and the Aged*, compilado por James E. Birren, 145-150. San Diego, California: Academic Press.

- LONGINO, Charles F., y Don E. Bradley. "A First Look at Retirement Migration Trends in 2000". *The Gerontologist* 43, núm. 6 (2003): 904-907.
- LÓPEZ, M. 2006. "Los hoteleros diversifican sus inversiones". *Milenio Negocios*. Disponible en línea: <<http://www.milenio-diario.com.mx>> [Consulta: 30 de mayo, 2006].
- MARTIN, Justin. "Or, if You'd Rather, Retire Abroad". *Fortune* 132, núm. 2 (24 de julio, 1995): 94-97.
- MASOTTI, Paul J.; Robert Fick; Anna Johnson-Masotti; y Stuart MacLeod. "Healthy Naturally Occurring Retirement Communities: A Low-Cost Approach to Facilitating Healthy Aging". *American Journal of Public Health* 96, núm. 7 (julio, 2006): 1164-1170.
- MORGAN, T. "Travelers Should Check Direct Deposit". *Lewiston (ID) Morning Tribune*, 10 de agosto, 2003, 2D.
- NELSON, Mike. 1997. *Living in Mexico*. El Paso: Southside Publishing.
- O'REILLY, Karen. 2000. *The British on the Costa del Sol. Transnational Identities and Local Communities*. Londres: Routledge Publishing.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE TRABAJO. 2006. *Tourism Market Trends*. Madrid: Organización Mundial del Turismo.
- OTERO, Lorena Melton Young. "US Retired Persons in México". *American Behavioral Scientist* 40, núm. 7 (junio, 1997): 914-922.
- PANIAGUA MAZORRA, Ángel. "Migración de noreuropeos retirados a España: el caso británico". *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 26, núm. 4 (1991): 255-266.

- PARTIDA BUSH, Virgilio. 2003. "Migración en la vejez y reunificación familiar". En *La población de México en el nuevo siglo*, compilado por el Consejo Nacional de Población, 117-130. México: Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional de Población.
- PUGA, María Dolores. 2000. "Un lugar en el Sol: inmigración de jubilados hacia Costa Rica". En *Población del Istmo 2000: familia, migración, violencia y medio ambiente*, editado por Luis Rosero Bixby, 253-276. San José, Costa Rica: Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.
- PUYOL ANTOLÍN, Rafael. 2001. "La población española y europea en el final del siglo XX". En *Las claves demográficas del futuro de España*, editado por la Fundación "Cánovas del Castillo", 19-31. Colección Veintiuno. Madrid: Fundación "Cánovas del Castillo".
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Vicente. 2000. "Vivir en España: jubilados europeos en las costas españolas". En *Vivir la diversidad en España. Aportación Española al XXIX Congreso de la Unión Geográfica Internacional, Seúl, 2000*, editado por el Comité Español de la Unión Geográfica Internacional, 175-192. Madrid: AGE-Caja Duero-Real Sociedad Geográfica.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Vicente; Gloria Fernández-Mayoralas; y Fermina Rojo Pérez. "European Retirees on the Costa del Sol: A Cross-National Comparison". *International Journal of Population Geography* 4 (1998): 183-200.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Vicente, y Anthony Warnes. "Los residentes europeos mayores en España: repercusiones socioeconómicas y territoriales". *El Campo de las Ciencias y*

las Artes. El Nuevo Orden Demográfico, núm. 139 (2002): 123-146.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Vicente; María Ángeles Casado-Díaz; y Andreas Huber, eds. 2005. *La migración de europeos retirados en España*. Colección Politeya, Estudios de Política y Sociedad. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia/ Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

ROWLES, Graham D. "The Geography of Ageing and the Aged: Toward an Integrated Perspective". *Progress in Human Geography* 10, núm. 4 (diciembre, 1986): 511-539.

SANTIBÁÑEZ ROMELLÓN, Jorge. 2000. "Características de la migración de mexicanos hacia y desde Estados Unidos". En *Migración y fronteras*, coordinado por Manuel Ángel Castillo, Alfredo E. Lattes, y Jorge Santibáñez, 301-328. México Norte. México: Asociación Latinoamericana de Sociología/ El Colegio de la Frontera Norte/El Colegio de México/Plaza y Valdés Editores.

SAVISHINSKY, Joel S. 2000. *Breaking the Watch: The Meanings of Retirement in America*. Ithaca, Nueva York: Cornell University Press.

SECRETARÍA DE TURISMO. 2000. *Estudio de gran visión del turismo en México: perspectiva 2020. Reporte analítico*. Ciudad de México: Centro de Estudios Superiores en Turismo/ Secretaría de Turismo.

_____. 2001. *Estudio estratégico de viabilidad del segmento de turismo de retirados en México*. México: Secretaría de Turismo/Centro de Estudios Superiores en Turismo/REDES Consultores.

- _____. 2013. “Estadísticas de turismo”. En *Atlas turístico de México*. México: Centro de Estudios Superiores en Turismo/ Secretaría de Turismo. Disponible en línea: <<http://atlasturistico.sectur.gob.mx>> [Consulta: 20 de mayo 2014].
- STIMSON, Robert J., y R. McCrea. “A Push-Pull Framework for Modelling the Relocation of Retirees to a Retirement Village: The Australian Experience”. *Environment and Planning A* 36, núm. 8 (2004): 1451-1470.
- TRULY, David. “International Retirement Migration and Tourism along the Lake Chapala Riviera: Developing a Matrix of Retirement Migration Behavior”. *Tourism Geographies: An International Journal of Tourism Space, Place and Environment* 4, núm. 3 (2002): 261-281.
- UNITED NATIONS ORGANIZATION. 2007. *World Population Prospects: The 2006 Revision Population Database*. Nueva York: United Nations Organization-Department of Economic and Social Affairs-Population Division.
- UNITED NATIONS WORLD TOURISM ORGANIZATION. 2013. *UNWTO Tourism Highlights 2013*. Madrid: World Tourism Organization. Disponible en línea: <<http://mkt.unwto.org/en/publication/unwto-tourism-highlights-2013-edition>> [Consulta: 20 de noviembre, 2013].
- VEGA MACÍAS, Daniel. 2004. “Arreglos residenciales de los adultos mayores”. En *La situación demográfica de México, 2004*, compilado por el Consejo Nacional de Población, 43-51. México: Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional de Población.

- VILLA, Miguel, y Jorge Martínez Pizarro. "Tendencias y patrones de la migración internacional en América Latina y el Caribe". *Notas de Población* 29, núm. 73 (2001): 51-100.
- VILLA Y ASOCIADOS, S. A., G. de. "Estudio cualitativo entre retirados originarios de los Estados Unidos". México: Fondo Nacional de Turismo/Gerencia General de Estudios de Mercado, 1986.
- WARNES, Anthony M.; Russell King; Allan M. Williams; y Guy Patterson. "The Well-being of British Expatriate Retirees in Southern Europe". *Ageing and Society* 19, núm. 6 (noviembre, 1999): 717-740.
- WILLIAMS, Allan M., y C. Michael Hall. "Tourism and Migration: New Relationships between Production and Consumption". *Tourism Geographies. An International Journal of Tourism Space, Place and Environment* 2, núm. 1 (2000): 5-27.
- WILLIAMS, Allan M.; Russell L. King; y Anthony M. Warnes. "A Place in the Sun: International Retirement Migration from Northern to Southern Europe". *European Urban and Regional Studies* 4, núm. 2 (enero, 1997): 115-134.
- WILLIAMS, Allan M.; Russell L. King; Anthony M. Warnes; y Guy Patterson. "Tourism and International Retirement Migration: New Forms of an Old Relationship in Southern Europe". *Tourism Geographies: An International Journal of Tourism Space, Place and Environment* 2, núm. 1 (2000): 5-27.



Capítulo 10
Globalización y políticas sociales hacia la vejez:
algunas consideraciones para el caso
de la Ciudad de México

Rosaura Avalos Pérez

INTRODUCCIÓN

En el marco de un mundo en constante cambio y reconfiguración, se suscribe el tema de las políticas públicas; sobre todo las que se enfocan a la atención de las personas adultas mayores.

Mientras que el escenario mundial da lugar a múltiples transformaciones y reconfiguraciones, en el tema del envejecimiento y la vejez se observan permanencias, transformaciones y tensiones. La coexistencia de estos elementos en un contexto globalizado, nos muestra un bucle o espiral, donde se recoge parte de lo que le da origen; a la vez, avanza a la luz de nuevos elementos que gradualmente se integran (Morin, 2001). Así lo ilustra Caro López al señalar: “[...] la centralidad del proceso de envejecimiento en nuestro momento histórico sólo puede explicarse a partir de la combinación de factores como el incremento en la esperanza de vida y los cambios en los patrones de vida y consumo a una escala incluso global” (2012: 76).

El objetivo que se pretende en el presente documento es reflexionar sobre el actual contexto de transformación que enmarca el origen de las políticas públicas dirigidas a la vejez, y

retomar el caso de lo que sucede en esta materia en la Ciudad de México.

En su primer apartado, el texto aborda de manera breve los cambios internacionales que ocurren actualmente en el ámbito económico y que han generado un clima propicio para la conformación de dichas políticas sociales de atención a grupos específicos. En la segunda parte, se debate respecto de los lineamientos que resultan singulares en lo tocante a la instrumentación de dichas políticas; es decir, nos referimos a los principios y criterios de asignación: derechos sociales, ciudadanía y universalidad, a partir de los cuales el Estado mexicano busca garantizar la seguridad de los miembros de su sociedad.

Finalmente, en la tercera parte se hace una aproximación al caso de la Pensión Universal Alimentaria para Adultos Mayores de 68 años en el Distrito Federal, como ejemplo —así sea local— de las políticas sociales hacia los viejos en este país.

I. EL ESCENARIO GLOBAL

En el proceso de globalización se identifican una variedad de dimensiones: económicas, políticas y sociales, que le han dado cause y lo han caracterizado. Por ello, al pretender hablar de “lo social”, es necesario echar un vistazo a lo económico y político, porque estos elementos se entretajan y reconfiguran el contexto donde la población envejece y es atendida. En tal entramado, un eje importante por analizar es la conformación de la política social; asimismo, resulta ineludible observar el escenario global y el local donde dichas políticas están estructurándose.

Según Ferrer (1996), la globalización de la economía a finales del siglo XX ha vinculado la realidad interna de las naciones

con el contexto externo. Apunta que la expansión del comercio, las diversas operaciones transnacionales que realizan las empresas, el notable desarrollo de la informática, la integración de las plazas financieras en un megamercado de alcance mundial, han permitido estrechar los vínculos entre los países.

Aun cuando la tendencia —según los planteamientos de la globalización— trate de homogeneizar la vida económica y social vía las directrices del mercado mundial, no dejan de coexistir los múltiples aspectos culturales, los mercados y los recursos propios de las localidades. De manera conjugada, tales elementos determinan el desarrollo o el atraso de los países y —de modo particular— acarrear serias repercusiones en la vida de sus habitantes; en este caso, en la vida de las personas adultas mayores.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (Ocampo, 2001) señala que una de las dimensiones del proceso de globalización, es la gradual generalización de ideas y valores globales: derechos humanos, desarrollo social, equidad de género, respeto a la diversidad étnica y cultural, así como protección al medio ambiente. Los derechos civiles y políticos, son observados como derechos económicos, sociales y culturales de la población, al igual que como marco ético para diseñar una política de desarrollo para el mundo de hoy; incluso como referentes importantes para la instrumentación de acciones en la lógica de las políticas establecidas o por establecerse.

El neoliberalismo no sólo penetra en lo económico, también incursiona en las relaciones entre las instituciones sociales. La participación de Estado, familia y sector privado redimensionan su posición ante el bienestar social; aquí los defensores de la estrategia global neoliberal piensan que la sociedad, las fuerzas privadas, las comunidades y las familias van a ejercer una

supervisión más eficaz y racional de lo social que el Estado.¹ Por su parte, las fuerzas privadas supervisan lo social con criterios distintos (no siempre cualitativamente mejores para la sociedad) y con la búsqueda de la ganancia o el afán de amortizar al máximo los servicios.

Según el planteamiento de Lerner Sigal (1998), lo que se pretende es generar una transición de un Estado benefactor a una sociedad benefactora: que el Estado abandone sus funciones de supervisor sobre las cuestiones sociales y que ellas pasen al control de la sociedad. De acuerdo con lo anterior, la sociedad civil, es decir las instancias privadas, las Organizaciones No Gubernamentales [ONG], la comunidad y la familia, deben hacerse cada vez más responsables de lo social: supervisar y financiar los servicios de educación, seguridad social, vivienda y cuidado al ambiente.

Aunque se ha criticado fuertemente que el Estado sea el que adquiera mayor control para dictar las pautas de conducta en el ámbito de lo económico, en lo social se caería en el mismo esquema; aunque ahora con el predominio de lo privado en lo social. La pregunta que cabría formularse es si las instancias privadas (llámense “familia”, “comunidad” o “grupos sociales”) cuentan con las condiciones para asumir dicha tarea. Si tomamos en cuenta la polarización de la sociedad, la pérdida de la capacidad del empleo formal para absorber una gran cantidad de fuerza de trabajo (donde el empleo informal va ganando cada vez más espacios en condiciones muy cuestionables), sería pertinente preguntarse también cómo la familia y la comunidad se harán cargo de lo social cuando hacen frente a condiciones adversas, de pobreza y exclusión. El debate hace hincapié

¹ Aunque, señala Lerner (1998), hay Estados nacionales que han supervisado lo social con mayor eficiencia que otros.

entonces en delimitar hasta dónde el Estado o la sociedad civil deben asumir y velar por el bienestar social; en tal caso, el de las personas adultas mayores.

Así pues, Lerner Sigal (1998) apunta que en la mayor parte de los países se reconoce que Estado y sociedad deben compartir responsabilidades en el terreno social; que el primero no debe ni puede ser el único que proporcione educación, salud, seguridad social; además, por razones financieras se acepta que la iniciativa privada deba participar. Entre Estado, sociedad, sector privado, comunidad y familia es posible que en la actualidad las funciones sociales constituyan una arena donde tales instancias actúen de común acuerdo y bajo cierta concertación, lo cual no evita que entre ellas haya rivalidad, competencia, incluso tensiones (1998: 26). Sin embargo, ¿cuáles serían las reglas del juego bajo las que se regularía la participación de dichas instancias? ¿Quién participaría en qué y de qué manera? Cuestiones pendientes por resolver.

Hablar de “corresponsabilidad” entre los actores mencionados para su intervención en el plano de lo social, parecería utópico si consideramos las tremendas desventajas que el contexto económico actual ha tenido para lo social: empleos informales, “flexibilidad” laboral, disminución en el acceso a las pensiones, polarización de los ingresos, recorte en servicios de salud y educación, entre otros. La desigualdad constituye uno de los pendientes por dirimir entre sociedad y Estado.

En materia de política social, es importante considerar la finalidad de ésta y observar al sector que va dirigida, de tal suerte que se identifican grupos diversos que se ven beneficiados. Al respecto, en materia de política social, la estrategia global neoliberal recomienda —según Lerner Sigal— conceder atención especial a los más pobres mediante una serie de *políticas selectivas*. En su caso —según Aguilar Villanueva (1996a)—,

podrían ser políticas *redistributivas*; esto es, hacerles llegar ciertos beneficios mediante programas sociales, aun sin que hayan contribuido para su generación. Pese a que la política pública redistributiva por medio de transferencias fiscales o gastos públicos tiene efectos ambiguos, hay indicios para pensar que también concurren ciertos efectos positivos (Díaz Cayeros, 2000: 43). Como ejemplo de dichas políticas diseñadas en el contexto global, en este sentido tiene cabida la pensión alimentaria que otorga el Gobierno del Distrito Federal (GDF, 2004) a las personas adultas mayores.

En el pasado, en México se observaba que

[...] la política social se dirigía a los sectores medios y no a los más pobres. Se procuraba proteger a los núcleos de trabajadores calificados y sindicalizados para lograr así su apoyo político. Las políticas selectivas que la estrategia global neoliberal recomienda tienen por objetivo orientarse hacia los sectores más pobres [...], donde las políticas sociales previas no llegaban, o llegaban en menor medida. [...] Sin embargo, las políticas selectivas que la estrategia global neoliberal recomienda, y que se traducen en programas de focalización contra la pobreza, deben dirigirse prioritariamente a los más pobres [...] que pudieran plantear mayores conflictos, sectores políticamente “vírgenes” o al margen de la política (Lerner Sigal, 1998: 32-33).

Según esta autora, las políticas selectivas han revestido una importancia cada vez mayor en la estrategia global neoliberal, pues (mediante su aplicación) se trata de compensar los efectos que las políticas económicas neoliberales acarrearán: empobrecimiento y desempleo.

No puede soslayarse que si bien tales políticas redistributivas buscan afanosamente aminorar la pobreza y la desigualdad

social, pueden cometer (según Díaz Cayeros, 2000) errores significativos en el momento de su ejecución.

La política social en prácticamente todos los países comete dos tipos de errores [...]. El primero consiste en atender a personas, familias o grupos que no necesitan el apoyo del Estado, con lo que se desperdician los escasos recursos fiscales. El segundo es dejar de atender a los más necesitados [...]. En los programas universales, los errores que Cornia y Stewart denominan tipo F (fallar en alcanzar a la población objetivo) son relativamente bajos, excepto cuando se trata, por ejemplo, de programas de raciones alimentarias canalizadas a través de tiendas que no se ubican en todas las regiones. En cambio, los errores tipo E (excesiva cobertura del programa) son relativamente altos en los programas universales, y se exacerban cuando la distribución del ingreso es más equitativa, los patrones de consumo son similares entre pobres y ricos [...] (Cornia y Stewart, 1995, citados en Díaz Cayeros, 2000: 45-46).

Con esto, parte del debate del diseño de las políticas sociales se centra en la universalidad *versus* la focalización de los programas sociales. Y la pensión alimentaria que proporciona el GDF no es un caso que escape de tal tipo de discusión.

Por otra parte, las políticas restrictivas o redistributivas, plantean una serie de principios y criterios para su asignación. Así, Ocampo señala que para llegar a sociedades más equitativas, se coloca en el primer plano la vigencia de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) que responden a los valores de igualdad, solidaridad y no discriminación; se resaltan, además, la universalidad, la indivisibilidad y la interdependencia de este conjunto de derechos con los civiles y políticos. En tal sentido, la vigencia de los DESC ha de ser compartida con el nivel de desarrollo alcanzado y con el “pacto fiscal” que pre-

valece en cada sociedad. El valor de los DESC estriba entonces en que fijan un ordenamiento jurídico-institucional que contribuye a arraigar orientaciones éticas cada vez más integrales a los propósitos colectivos y —por lo tanto— a las decisiones tanto económicas como políticas que lleven a superar las carencias y disminuir las desigualdades (Ocampo, 2001).

La búsqueda de mayor equidad requiere que la sociedad desarrolle sistemas de protección y promoción de las oportunidades y de la calidad de vida en aspectos que las propias sociedades consideran de “valor social”, y que permitan que todos los ciudadanos sean tanto partícipes de los beneficios como actores del desarrollo. Para ello, la política social busca (en este momento de polarización) orientarse con sentido integrador, en un contexto donde la sociedad contemporánea padece de problemas como pobreza, exclusión y desigualdad.

Las políticas sobre vejez, entendidas como “[...] aquellas acciones organizadas por el Estado para hacer frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento de la población y de los individuos” (Huenchuan Navarro, 2004: 163). Han sufrido un cambio paradigmático: ante el surgimiento del enfoque de derechos sociales, a partir de esa perspectiva promueven la habilitación de los mayores y la creación de una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad; dicho planteamiento traspasa la esfera de lo individual e incluye los derechos sociales. Así también señala la autora que es fundamental ubicar a la población destinataria del bien (en este caso a los hombres y mujeres adultos mayores) como eje central: considerarla como sujeto de derecho. Ello entraña que tenga conciencia de éste, de tal manera que la persona adulta mayor se encuentre en la posibilidad de ejercer sus derechos.

El planteamiento anterior parte de restar fuerza al enfoque de carencias y fragilidad que presenta dicho grupo de personas

adultas mayores, ya que visto así sólo pueden ser incorporados como beneficiarios pasivos tanto de los servicios como de los bienes: no asumir un papel más activo y de empoderamiento (Huenchuan Navarro, 2004).

Ahora abordemos dos ejes rectores en el diseño de las políticas sobre la vejez, y un lineamiento de instrumentación de dichas políticas.

II. DERECHOS SOCIALES, CIUDADANÍA Y UNIVERSALIDAD

Podría señalarse que estos tres conceptos rectores se hallan interrelacionados en el planteamiento de las políticas sociales redistributivas con las que —a mi parecer— el Estado mexicano busca garantizar la seguridad de los miembros de la sociedad, transfiriendo recursos, bienes y servicios (Filgueira, 1999). Una vez planteada la tendencia actual de la política social en cuanto a tales conceptos, señalaré los rasgos de cada uno de ellos; después, las objeciones al respecto; finalmente, abordaré la relación entre éstos para la configuración de los planteamientos de dicha política social “actual” y que de manera particular se observa en la Ciudad de México.

Según Gordon Rapoport (2001), *los derechos sociales* obligan al Estado a proporcionar prestaciones específicas que para ser satisfechas requieren del cumplimiento previo de complejas condiciones económicas, administrativas y profesionales.

De acuerdo con esta autora, los derechos sociales no son en sí mismos derechos de participación en una comunidad nacional; son sólo condiciones prácticas que permiten dicha participación. A diferencia de los derechos civiles y políticos que son universales y formales, los sociales sólo tienen sentido si se conciben como aspiraciones a prestaciones concretas; estas últimas sólo pueden ser particulares y selectivas, pues

se atienden carencias y necesidades que no han permitido la participación de la población en el beneficio social.

De tal suerte, Gordon Rapoport (2001) apunta que los derechos sociales son como un criterio de asignación en política social, que además cobran cada vez mayor influencia entre diversos actores políticos y en organismos internacionales. Ello porque permiten usar el criterio de universalidad para prestar servicios de asistencia social y de bienestar, como en el caso de los adultos mayores; además —como veremos más adelante—, con la “pensión universal” asignada para este grupo de población. A partir de los progresos de democratización y de las reformas tendientes a establecer la regulación por el mercado, resulta cada vez más frecuente el uso de los conceptos de *ciudadanía* y *derechos sociales* como criterios para establecer el bienestar social.

Más que hacer una crítica a los derechos sociales, puede hablarse de sus restricciones en la definición de sus contenidos (en el caso de la pensión, en cuanto la instrumentación y el monto que es otorgado a los adultos mayores), ligadas a la disponibilidad de los recursos financieros, a las decisiones de la administración pública para hacer partícipes del bienestar a los integrantes de la sociedad (Gordon Rapoport, 2001).

La ciudadanía contiene un carácter marcadamente integrador; esto es: en el momento cuando la población hace uso de varios servicios y prestaciones sociales (como la salud y la educación), no sólo se satisfacen necesidades individuales como aparentemente podría pensarse, sino que se atienden las carencias de la comunidad en su conjunto.

Para la autora, la ciudadanía es un estatus de pertenencia de los individuos a una sociedad y les confiere derechos en tres ámbitos: civil, político y social. En el ámbito social abarca tanto el derecho a un *modicum* de bienestar económico y seguridad,

como a tomar parte de la herencia social y a vivir de acuerdo con los estándares prevalecientes en la sociedad.

Como señala la autora (1999), la posición del Estado consiste en garantizar la seguridad de los miembros de la sociedad: transfiriendo recursos, bienes y servicios; aplicando políticas regulatorias generales y particulares. Además, indica que en tanto las garantías se legislen, se generará un orden adicional de ciudadanía; vale decir, la ciudadanía social. Esta última es resultado de un tipo de actividad estatal deliberada, socialmente legitimada y orientada a garantizar la seguridad social y pautas de bienestar compartidas.

Al hablar de las modalidades de acceso a la ciudadanía prevalecientes en México, Gordon Rapoport aporta tres observaciones fundamentales:

1. Predominio de un patrón corporativo de acceso a bienes colectivos fundamentalmente por vía de las organizaciones, la cual restringe la universalidad en la entrega de satisfactores de bienestar.
2. Insuficiencia de recursos fiscales, debido tanto a la escasa capacidad impositiva del Estado como al hecho de que las características económicas favorecen la expansión de la producción informal de recursos, y
3. La alta proporción de población que padece graves carencias indica la conveniencia de orientar los criterios distributivos según las necesidades, atendiendo a la magnitud de las carencias, más que aplicando los derechos sociales (Gordon Rapoport, 2001: 207).

Me parece que en tales planteamientos se encuentran claramente evidenciados los factores restrictivos de acceso a la ciudadanía, que no permiten se cuente con un panorama propicio para el bienestar de dicho grupo etario. Aunque —en mi

opinión— habría que señalar que la pensión ya ha transitado por los puntos arriba señalados.

En cuanto a *la universalidad*, no exime de la necesidad de ejercer determinados grados de selectividad, y no puede extenderse hasta niveles de protección que no sean financiables. Además, la eficiencia de la universalidad no puede leerse sólo en los términos del ámbito macroeconómico sino, finalmente, debe entenderse como la capacidad para maximizar los objetivos sociales con recursos escasos (Ocampo, 2001).

En tanto que para Gordon Rapoport (2001), establecer la atención al bienestar como derecho de ciudadanía permite usar el criterio de la universalidad y abre la vía para lograr dos objetivos. El primero y más importante es evitar la discrecionalidad, sobre todo la ligada con modalidades clientelares, en las que se da intercambio de bienes o atención social por votos. El segundo, superar las discontinuidades en la entrega de servicios. Así, la vigencia de derechos sociales podrá garantizar un mínimo de bienestar sostenido de la población.

III. POLÍTICAS SOCIALES EN LA CIUDAD DE MÉXICO: EL CASO DE LA PENSIÓN UNIVERSAL ALIMENTARIA PARA ADULTOS MAYORES

Para hablar de las políticas sociales —dirigidas a la población adulta mayor— en la Ciudad de México, es imprescindible recurrir brevemente a la memoria histórica sobre los esfuerzos y planteamientos que se han realizado en tal entidad. Aunque no señalaré todos los aportes en esta materia —ni desde su origen—, sí apuntaré algunos, dada su relevancia.

En 1996 en la Ciudad de México, se estableció la “Alianza en favor de la tercera edad en el Distrito Federal”. Como parte del trabajo realizado, en el documento se señala que en “plena década de los noventa” en el país era escaso el estudio sobre la

tercera edad. Al formalizarse como alianza interinstitucional sustentada en el diagnóstico sociodemográfico de esta población y la evaluación de las políticas encaminadas al bienestar de dicho grupo, su finalidad era llevar a cabo una serie de recomendaciones producto del análisis y diagnóstico de información que permitiera ubicar las necesidades más relevantes de ese grupo de población en materia de salud, nutrición, mercado laboral, familia, violencia, atención jurídica y educación, entre otras más (Montes de Oca Zavala, 1996).

Resulta importante también señalar que en la organización de los trabajos de dicha Alianza, se establecieron tres comités operativos de área: Salud, Enfermedades y Nutrición; Protección y Orientación Social; y uno más sobre Educación, Cultura y Recreación. Todos ellos con participación de diferentes instituciones del gobierno local y federal, así como de la organización civil.²

Esquema de trabajo que mostraba —por un lado— el posicionamiento del tema en la agenda pública, de cara a incorporarse más tarde en la agenda de gobierno local. Sin embargo, un aspecto para considerar —y que se incluye en el nivel nacional— era que

² Instituciones como la Secretaría de Salud; el Instituto Mexicano del Seguro Social; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; el Instituto Nacional de la Senectud, actualmente el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores; la Secretaría de Educación Pública; el Instituto Nacional de Educación para los Adultos; la Procuraduría General de la República; la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal; la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal; la Cruz Roja; el Centro Mexicano de Filantropía, A. C.; la Alianza Revolucionaria de la Tercera Edad, A. C.; entre otros más.

En más de treinta años de políticas para el envejecimiento en México, encontramos que la mayoría de las acciones, programas e incluso legislaciones, se desprenden del interés (o falta de éste), de los gobiernos derivados de la transición demográfica y epidemiológica [...] (Vivaldo Martínez, y Martínez Maldonado, 2012: 39).

A pesar de los esfuerzos realizados para combatirlo en el país, sigue habiendo presencia significativa de un problema ancestral: la pobreza. Las evidencias que nos ofrece el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), nos permiten observar que en el país y en el Distrito Federal la pobreza en la población en general y en particular en las personas mayores, sigue siendo un problema histórico que los esfuerzos institucionales no han logrado solventar, como lo muestra el siguiente cuadro.

Cuadro 2
MEDICIÓN DE LA POBREZA POR ENTIDAD FEDERATIVA 2008-2010

<i>Entidad</i>	<i>Pobreza</i>		<i>Pobreza moderada</i>		<i>Pobreza extrema</i>	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010
En el país	44.5%	46.2%	33.9%	35.8%	10.6%	10.4%
Distrito Federal	28.0%	28.7%	25.8%	26.5%	2.1%	2.2%
Chiapas	77.0%	78.4%	41.4%	45.6%	35.6%	32.8%

FUENTE: A partir del cuadro 2.2: “Medición de la pobreza por entidades federativas 2008-2010”. Coneval (2011: 25).

Pese a todo ello, en 2001 la Ciudad de México fue escenario de la instrumentación de un programa denominado “Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 años”. Formó parte de un

paquete de programas sociales enfocados —según el gobierno del Distrito Federal— a “[...] avanzar en la construcción de los derechos e instituciones de un Estado de bienestar que garantice a todos los ciudadanos una vida digna y segura” (Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal [SSGDF], 2001: 2).

Dicho programa entró en vigor en febrero de 2001 con el objetivo de brindar *apoyo* alimentario, atención médica y medicamentos gratuitos a los adultos mayores. Para 2002, el gobierno del Distrito Federal propuso que dicho programa fuera legislado y se estableciera como ley para que las personas adultas mayores que residieran en el Distrito Federal se consideraran beneficiarios de una “pensión universal”. Así, a finales de 2003 fue aprobada la ley que establece el derecho a la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores (PAAMDF) de 70 años de edad (ahora de 68) que residen en el Distrito Federal.

El propósito era otorgar a esos adultos mayores una pensión “no menor a la mitad del salario mínimo vigente en la demarcación, la cual les garantice una seguridad económica básica que permita mejorar sus condiciones de salud y eleve la calidad de vida de manera integral” (SSGDF, 2004: 5). Dicha pensión es vista por autoridades nacionales e internacionales como un avance en el ámbito de los derechos sociales en el país; sin embargo, sólo se aplica en el Distrito Federal. La existencia de la PAAMDF y su manejo despertaron polémica, principalmente entre los adversarios políticos (de ese entonces) del gobierno local.

En esos años el gobierno del Distrito Federal resaltó que “[...] se decretó *un nuevo derecho social universal en el Distrito Federal*, alejándose de la política social neoliberal instrumentada en el país durante dos décadas. Este derecho ha sido un paso decisivo para dar visibilidad social a la problemática social

emergente [...]” (SSGDF, 2004: 25, cursivas mías). Aunque cabría preguntarse hasta dónde se podrá mantener —y no sólo económicamente— dicha pensión, en un contexto plagado de cambios y tendencias dictadas por lo considerado “útil” para el mercado.

El programa planteó como uno de sus objetivos garantizar una vida digna y segura para este grupo de personas adultas mayores; ahora con la pensión, se pretende lograr que tal población cuente con una economía básica y con ella mejorar sus condiciones de alimentación y salud; incluso elevar la calidad de vida de manera integral.

Si contrastamos los datos señalados por el Coneval en cuanto a la pobreza de la población (más las acciones de tipo asistencial que prevalecen en el seno de la instrumentación de dicha pensión), podremos darnos cuenta de que todavía falta mucho por hacer para erradicar la pobreza y la dependencia económica, pues se parte de una situación con rezagos importantes en ese grupo etario y no pocas dificultades para avanzar en la garantía de sus derechos sociales, económicos y culturales.

Ante todo lo anterior, ¿hasta qué punto tal aislado esfuerzo gubernamental permite —y, en un futuro, permitirá— que las personas adultas mayores tengan “una vida digna y segura”?

Por otra parte, según el gobierno del Distrito Federal las directrices y los principios que adoptó para conducirse en la política de salud son la democratización en las condiciones de salud (reducir las desigualdades ante la enfermedad y la muerte); centralidad de la institución pública; universalidad (ampliar a todos la protección a la salud: eliminar la exclusión); ampliación de los servicios; equidad (asegurar igual acceso a los servicios ante las mismas necesidades de salud); solidaridad (distribución del costo económico de la enfermedad entre todos).

Ante lo que se estipuló ya hace más de diez años con tal pensión —además de lo que encontramos en pronunciamientos y trabajos que múltiples instituciones despliegan como esfuerzos por estudiar y atender el fenómeno del envejecimiento y la vejez—, es importante observar que:

Estamos frente a la oportunidad de innovar en México modelos de atención enfocados al proceso de envejecimiento, que fortalezcan la atención primaria y comunitaria, a la vez que avancen en la formación de especialistas en geriatría [y en otras disciplinas], que tengan por objeto la preservación de la capacidad funcional del anciano. Es necesario fomentar el desarrollo de nuevas capacidades técnicas, avanzar en el control del envejecimiento patológico y procurar la inserción plena de los adultos mayores en el tejido social (Kershenobich Stalnikowitz, 2012: 13).

Si la pensión sólo se enfoca a hacer llegar el recurso económico, se corre el riesgo de estar otorgando una pensión con una fuerte tendencia clientelar y asistencial, aunque cabría señalar las condiciones y necesidades diversas que se presentan dentro de ese gran grupo etario. Esto es, si el gobierno no implementase otros mecanismos estratégicos que permitieran que él mismo se asumiera como el que propicia que las personas adultas mayores reconozcan —pero, además, ejerzan— sus derechos sociales y obligaciones (más allá de la pensión alimentaria), ello nos llevaría a una ciudadanía en la vejez.

REFLEXIONES FINALES

El vínculo que establece el grupo de personas adultas mayores con el Estado a partir de los apoyos recibidos, es un nexo que de tal modo se establece también con la política social vigente. Ésta —a su vez— surge de tendencias macrosociales con ciertas

pautas que van perfiladas a crear las condiciones para que los individuos participen del bien social.

Sin embargo, cuando ni el mercado de trabajo ni los servicios públicos otorgan un mínimo necesario para satisfacer las necesidades de los mayores, posiblemente la generación de apoyos dentro de los grupos familiares se active, reactive o intensifique; de acuerdo con la capacidad de respuesta socioeconómica de ellos.

Emanada de una política social local, la pensión alimentaria observa dimensiones simbólicas como el derecho social que tienen los adultos mayores como miembros de una comunidad. Acaso habría que reflexionar sobre este aspecto con mayor profundidad.

Por otra parte, es necesario señalar que tales directrices en el ámbito de los programas sociales tienen una clara influencia que el contexto de la globalización ejerce. En la arena de la política pública, los lineamientos redistributivos pugnan por que los adultos mayores sean considerados en su existencia misma, y no que reciban un mero reconocimiento a sus trayectorias o aportaciones en una sociedad.

Derechos sociales, universalidad y ciudadanía son conceptos que están interrelacionados en la búsqueda de una mayor participación por parte de la población; específicamente, la adulta mayor. Mediante el reconocimiento de tales derechos sociales de dicho grupo etario, el Estado se ve obligado a generar condiciones propicias para que el grupo participe en la vida social. Sin embargo (y conforme a lo planteado por Gordon Rapoport, 2001), los derechos sociales se conciben como aspiraciones a prestaciones concretas. Estas últimas sólo pueden ser particulares y selectivas, y observar un carácter más aleatorio.

En el caso de la pensión universal como política de atención a la vejez, intuyo que en la actualidad no ha rebasado del todo

las acciones asistenciales; tiene ante sí el reto de crear estrategias que permitan operar lo planteado por ellas mismas.

Resulta interesante que el grupo de los adultos mayores sea uno de los primeros en el que se busque la construcción de los derechos sociales en el país. Ello va a contraflujo de lo que se ha observado; es decir, de la pobreza, la exclusión, incluso de esas imágenes y estereotipos “negativos” de la vejez y del envejecimiento. Los retos van más allá de lo señalado por los tomadores de decisiones; se requiere de la participación de los otros grupos de la sociedad, así como de los principales actores: las personas adultas mayores, quienes habrían de participar más en la construcción de dicha ciudadanía, así como en el diseño de las políticas que son planeadas para brindarles atención.

REFERENCIAS

- AGUILAR VILLANUEVA, Luis Fernando. 1996a. “Estudio introductorio”. En *El estudio de las políticas públicas*, compilado por Luis Fernando Aguilar Villanueva, 13-74. México: Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial.
- _____. 1996b. “Estudio introductorio”. En *La hechura de las políticas*, editado por Luis Fernando Aguilar Villanueva, 15-86. 2a. ed. México: Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editor.
- CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN. 2002. “Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores”. Nueva Ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 25 de junio de 2002. México: Estados Unidos Mexicanos.
- CARO LÓPEZ, Elizabeth. 2012. “Sobre la necesidad de una perspectiva transversal en las políticas públicas para el envejecimiento”. En *Envejecimiento y salud: una propuesta*

para un plan de acción, coordinado por Luis Miguel Gutiérrez Robledo, y David Kershenobich Stalnikowitz, 71-78. México: Academia Nacional de Medicina de México/Academia Mexicana de Cirugía/Instituto Nacional de Geriátrica/Universidad Nacional Autónoma de México-Coordinación de la Investigación Científica-Coordinación de Difusión Cultural-Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.

CHOSSUDOVSKY, Michel. 2002. *Globalización de la pobreza y nuevo orden mundial*. Colección El Mundo del Siglo XXI. México: Siglo XXI Editores/Universidad Nacional Autónoma de México-Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL. 2011. *Informe de evaluación de la política de desarrollo social en México 2011*. Nota informativa: Día de la Población Adulta Mayor. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

DÍAZ CAYEROS, Alberto. 2000. "Viabilidad política de la focalización de las políticas sociales: una perspectiva comparada". En *Las políticas sociales de México al fin del milenio: descentralización, diseño y gestión*, coordinado por Rolando Cordera Campos, y Alicia Ziccardi, 37-56. Colección Las Ciencias Sociales. Segunda Década. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales/Coordinación de Humanidades-Facultad de Economía/Miguel Ángel Porrúa, librero-editor.

FERRER, Aldo. 1996. *Historia de la globalización: orígenes del orden económico mundial*. Serie Economía. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- FILGUEIRA, Carlos H. 1999. "Bienestar y ciudadanía. Viejas y nuevas vulnerabilidades". En *Pobreza y desigualdad en América Latina: temas y nuevos desafíos*, compilado por Víctor Emil Tokman, y Guillermo O'Donnell, 147-169. Colección Latinoamericana. Buenos Aires/Barcelona/México: Paidós.
- GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL. "Informe de Trabajo 2003. Secretaría de Salud". México: Gobierno del Distrito Federal, 2004.
- _____. "Programa de Salud 2002-2006". México: Gobierno del Distrito Federal, 2006.
- GORDON RAPOPORT, Sara. 1999. "Del universalismo estratificado a los programas focalizados. Una aproximación a la política social en México". En *Políticas sociales para los pobres en América Latina*, coordinado por Martha Schteingart, 49-79. Colección Las Ciencias Sociales. Segunda Década. México: Banco Mundial/Global Urban Research Initiative de la Universidad de Toronto/Miguel Ángel Porrúa, librero-editor.
- _____. 2000. "Nuevas desigualdades y política social". En *Las políticas sociales de México al fin del milenio: descentralización, diseño y gestión*, coordinado por Rolando Cordera, y Alicia Ziccardi, 57-70. Colección Las Ciencias Sociales. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Coordinación de Humanidades-Facultad de Economía-Instituto de Investigaciones Sociales/Miguel Ángel Porrúa, librero-editor.
- _____. "Ciudadanía y derechos sociales. Una reflexión sobre México". *Revista Mexicana de Sociología* 63, núm. 3 (julio-septiembre, 2001): 193-210.

GUTIÉRREZ ROBLEDO, Luis Miguel, y David Kershenobich Stalnikowitz, coords. 2012. *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. México: Academia Nacional de Medicina de México/Academia Mexicana de Cirugía/Instituto Nacional de Geriatría/Universidad Nacional Autónoma de México-Coordinación de la Investigación Científica-Coordinación de Difusión Cultural-Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.

HUENCHUAN NAVARRO, Sandra. “Políticas sobre vejez en América Latina: elementos para su análisis y tendencias generales”. *Revista Notas de Población* 31, núm. 78 (diciembre, 2004): 155-182. Santiago de Chile: Naciones Unidas/Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía.

KERSHENOBICH STALNIKOWITZ, David. 2012. “Prefacio”. En *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*, coordinado por Luis Miguel Gutiérrez Robledo, y David Kershenobich Stalnikowitz, 13. México: Academia Nacional de Medicina de México/Academia Mexicana de Cirugía/Instituto Nacional de Geriatría/Universidad Nacional Autónoma de México-Coordinación de la Investigación Científica-Coordinación de Difusión Cultural-Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.

LAURELL, Asa Cristina; Liliana Ruiz Arregui; y Elsa J. Véites Arévalo. “El envejecimiento poblacional y la política social del gobierno del Distrito Federal”. *Revista Trabajo Social*, núm. 8 (noviembre, 2003): 42-49. México; Gobierno del Distrito Federal/Universidad Autónoma Metropolitana.

LERNER SIGAL, Bertha. 1998. “Globalización, neoliberalismo y política social”. En *Las políticas sociales de México en los*

años noventa, de Rosalba Casas *et al.*, 13-44. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales/Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/Plaza y Valdés Editores.

MONTES DE OCA ZAVALA, Verónica, coord. 1996. *Alianza en favor de la tercera edad en el Distrito Federal*. México: Departamento del Distrito Federal.

MORIN, Edgar. 2001. *El Método*. I: *La naturaleza de la naturaleza*. 6a. ed. Colección Teorema. Serie Mayor. Madrid: Ediciones Cátedra.

OCAMPO, José Antonio, coord., *et al.* 2001. *Equidad, desarrollo y ciudadanía*. Tomo I: *Visión global*. Santa Fe de Bogotá: Naciones Unidas/Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Alfaomega Grupo Editor.

PASSANANTE, María Inés. 1983. *Políticas sociales para la tercera edad*. Colección Guidance, vol. 23. Buenos Aires: Editorial Hymnitas.

SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL. “Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 años Residentes en el Distrito Federal”. México: Gobierno del Distrito Federal, 2001.

—. “Informe ejecutivo del estudio de percepción sobre la operación y beneficios de la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años Residentes en el Distrito Federal”. México: Gobierno del Distrito Federal, 2002, 2004 y 2005.

—. “Manual de Procedimientos. Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos

para Adultos Mayores de 70 años Residentes en el Distrito Federal”. México: Gobierno del Distrito Federal, 2003.

—. “Manual de inducción para los prestadores de servicios que participan en la operación de los programas a cargo de la Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor”. México: Gobierno del Distrito Federal, 2004.

VIVALDO MARTÍNEZ, Marissa, y María de la Luz Martínez Maldonado. 2012. “La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas”. En *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*, coordinado por Luis Miguel Gutiérrez Robledo, y David Kershenobich Stalnikowitz, 27-41. México: Academia Nacional de Medicina de México/Academia Mexicana de Cirugía/Instituto de Geriátrica/Universidad Nacional Autónoma de México-Coordinación de la Investigación Científica-Coordinación de Difusión Cultural-Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.

Vejez, salud y sociedad en México
Aproximaciones disciplinarias
desde perspectivas cuantitativas y cualitativas
editado por el Instituto de Investigaciones Sociales
en coedición con la Secretaría de Desarrollo Institucional
a través del Seminario Universitario Interdisciplinario sobre
Envejecimiento y Vejez
de la Universidad Nacional Autónoma de México,
se terminó de imprimir en septiembre de 2014 en los
talleres de Editores e Impresores FOC, S. A. de C.V.
calle Los Reyes 26, Col. Jardines de Churubusco,
Delegación Iztapalapa, 09410, México D.F.
La composición tipográfica se hizo en tipo
Adobe Garamond de 13/15.6, 12/14.4
y 11/13.2 puntos.
La edición en papel Cultural de 90 gramos,
en offset, consta de 1000 ejemplares