



Revista Pueblos y Fronteras Digital

ISSN: 1870-4115

pueblosyfronteras@correo.unam.mx

Universidad Nacional Autónoma de México

México

Reyes Gómez, Laureano; Villasana Benítez, Susana
VEJEZ EN EDAD EXTREMA. UN ESTUDIO DE ETNOGERONTOLOGÍA SOCIAL
Revista Pueblos y Fronteras Digital, vol. 6, núm. 10, diciembre-mayo, 2010, pp. 217-249
Universidad Nacional Autónoma de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90618558007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

VEJEZ EN EDAD EXTREMA. UN ESTUDIO DE ETNOGERONTOLOGÍA SOCIAL

Laureano Reyes Gómez
reylau2001@hotmail.com

Susana Villasana Benítez
s1vb@hotmail.com

Instituto de Estudios Indígenas
Universidad Autónoma de Chiapas
México

RESUMEN

El trabajo busca ejemplificar, a través de seis estudios de caso, cómo viven la vejez los adultos mayores indígenas zoques cuando, producto de la edad avanzada, la enfermedad se convierte en insidiosa, multifactorial, su salud se diezma y está más en riesgo; se sustenta en la experiencia de personas en edad extrema, es decir, que han superado la barrera etaria de 84 años, dando cuenta de las redes sociales y soportes tanto afectivos como solidarios y de política pública que presentan.

Palabras clave: vejez indígena, etnogerontología social, zoques, edad avanzada.

ABSTRACT

This article seeks to exemplify, through six case studies, the ways in which elderly Zoque indigenous people experience old age when, as a result of advanced age, their illnesses become insidious and multi-factorial in nature, their health deteriorates and they are at higher risk. This article is based on the experiences of persons in extreme old age, or those who are at least 84 years old, and describes the social networks, emotional support and solidarity expressed, and public policy assistance.

Key words: indigenous old age, social ethnogerontology, Zoques, advanced age.

INTRODUCCIÓN

Los trabajos etnográficos¹ que registraron la vida en la vejez indígena dibujaban prácticamente un paraíso gerontocrático, generalizaban la idea donde el viejo masculino era percibido e idealizado en roles protagónicos vestido de poder, liderazgo, sabiduría, magia y hechicería; el conocedor de la tradición oral y la costumbre, quien manejaba el control de los medios de producción, el consejero, el ciudadano «principal», quien manipulaba a su favor el control social a través de su conocimiento y experiencia. Los protagonistas eran descritos como respetados y venerados, queridos y protegidos, amplios conocedores de los rituales religiosos y costumbres del grupo (Vázquez 2007: 16). Bajo esta percepción homogénea, los viejos indígenas, teóricamente, tendrían resueltos muchos de sus problemas de cuidado y atención en la senectud, a diferencia de sus similares mestizos.

La concepción de una vejez indígena idílica, homogénea, se debió, entre otras cosas, porque alcanzar edades avanzadas era digno de admiración, y en este caso, el etnógrafo hizo grandes generalizaciones al registrar en sus estudios a los miembros del último tramo de edad que participaban activamente en la vida social, y prestó muy poca atención a hombres y mujeres que por sus condiciones físicas, psíquicas o sociales de dependencia, dejaban de ser elementos operantes y de interés en el ordenamiento social por lo que resultaban periféricos a él (San Román 1989: 129). Este paraíso gerontocrático corresponde solamente a un pequeño sector de la población envejecida, aquella que goza de alto estatus social, relaciones afectivas y amplias redes de apoyo solidario.

Si la vejez no es idílica, y tiene un comportamiento heterogéneo, entonces ¿cómo se vive la vejez en la población, especialmente en grupos sociales culturalmente distintos, cuando estos han superado el promedio de esperanza de vida?, ¿cómo afrontan los procesos de salud-enfermedad-atención en la edad extrema —85 y más años?

Este trabajo plantea como objetivo dar cuenta de cómo se vive la vejez en un grupo étnico determinado, cuando la enfermedad es insidiosa y multifactorial. Cuando la salud está más en riesgo producto o asociada a la edad avanzada.

Analizamos la vejez desde la etnogerontología social a partir del estudio y explicación del último tramo del ciclo de vida en un grupo determinado, cuyas particularidades socioculturales y efectos externos a la cultura nativa influyen y modifican la manera de concebir, atender y vivir la vejez indígena. Es decir, la vejez heterogénea se hace visible al evidenciar la existencia de varias «carreras» y formas de envejecer según posición socioeconómica, redes afectivas y solidarias y condición de nichos ecológicos.

En el desarrollo del trabajo definimos la población adulta mayor y su referente estadístico, presentamos la concepción zoque de la vejez y cómo entienden la enfermedad, seguido de seis estudios de caso de ancianos zoques en edades extremas del noroeste del estado de Chiapas, México, para concluir el trabajo destacando la heterogeneidad en la vejez y la necesidad de hacer visible las diferentes carreras de envejecer en poblaciones vulnerables.

Imagen 1. Anciana indígena de 103 años (†)



Fotografía de L. Reyes Gómez, 2008.

LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR. SU REFERENTE DEMOGRÁFICO

El envejecimiento de la población es principalmente producto de la transición demográfica y epidemiológica, que dio inicio en el primer tercio del siglo XX. En este sentido el envejecimiento es concebido como un proceso demográfico que experimenta la población y se observa en el aumento del número de viejos, de la esperanza de vida al nacer, en la disminución de la mortalidad y de la fecundidad (Tuirán 1999).

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en México durante el siglo XX, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos, entre éstos destaca el inicio del proceso de envejecimiento demográfico que se expresa como un incremento relativo y absoluto de la población en edades avanzadas (Inegi 2007).

En el país, la esperanza de vida al nacer de la población del primer cuarto del siglo XX se estimó, en promedio, menor a 30 años de edad, aumentando en forma paulatina y ascendente en las siguientes décadas, como lo explican Galindo y López (2008): En 1950 la esperanza de vida al nacimiento era de 48 años para los hombres y 51 años para las mujeres, en tanto que en 2005 alcanzó 72 y 77 años, respectivamente.

Este cambio implica una ganancia lineal de poco más de 5 meses en la esperanza de vida por cada año calendario durante 1950-2005. En 2008 se calcula que la esperanza de vida al nacimiento de los hombres es igual a 73 años y para las mujeres es de 78, mientras que para el año 2050 se estiman unos valores de 80 y 84 años, respectivamente.

Por cuestiones estrictamente demográficas llamamos «población adulta mayor» a las personas de 60 y más años de edad, y nos referimos a este sector de la población en forma indistinta como anciana, vieja o geronte.

En la República mexicana, de acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, el porcentaje de viejos que habitaban en hogares indígenas (7.6%) fue

mayor al promedio nacional (7.3%), con una diferencia de 0.3 puntos porcentuales². En cambio, en ese mismo año la población de 60 y más del estado de Chiapas³ se mantuvo muy por debajo del promedio nacional y nacional indígena.

Observamos también que, por grupo etnolingüístico, la población anciana mostró diferencias porcentuales, registrando los zoques el mayor puntaje de adultos mayores (6.7%) en comparación con los otros grupos, como sigue: tojolabal, 5.0%; chol, 4.5%; tseltal, 4.3%; y tsotsil, 4.3%; todos ellos también por debajo del promedio nacional, estatal y nacional indígena (véanse Cuadro 1 y Gráfica 1).

Estas diferencias porcentuales nos indican diversos tamaños de la cúspide de la pirámide de edades según área geográfica o grupo étnico. Incluso en varios grupos etnolingüísticos la población anciana está muy por arriba de la media nacional, como es el caso de los zapotecos —de Oaxaca—, que se eleva a 9.3% (Villasana y Reyes 2006: 42); situación de interés si consideramos que alcanzar edades avanzadas es cada vez más común en la población indígena. Es decir, el crecimiento porcentual de este grupo de edad nos alerta para preparar las condiciones necesarias con las que vivir en un país que sea capaz de brindar los servicios de atención al sector envejecido, pues para el caso de Chiapas en el quinquenio 2000-2005 se observó un aumento de 1.1% en los mayores de 60 años,⁴ además las proyecciones señalan, para 2050, que 25% de la población en México tendrá 65 y más años de edad, y las demandas en varios sentidos serán en la búsqueda de una vejez digna.

Cuadro 1. Población total y adulta mayor. México y Chiapas. 2000

Población	Total ¹	60 y más años	Porcentaje
Nacional	95,429,611	6,948,457	7.3
Nacional indígena	10,185,060	771,698	7.6
Chiapas [*]	3,772,335	212,807	5.6
Chiapas indígena	1,110,844	51,968	4.7
Chiapas grupos etnolingüísticos			
Chol	180,000	8,089	4.5
Tojolabal	53,598	2,656	5.0
Tzeltal	369,572	15,780	4.3
Tzotzil	394,293	17,021	4.3
Zoque	66,391	4,439	6.7

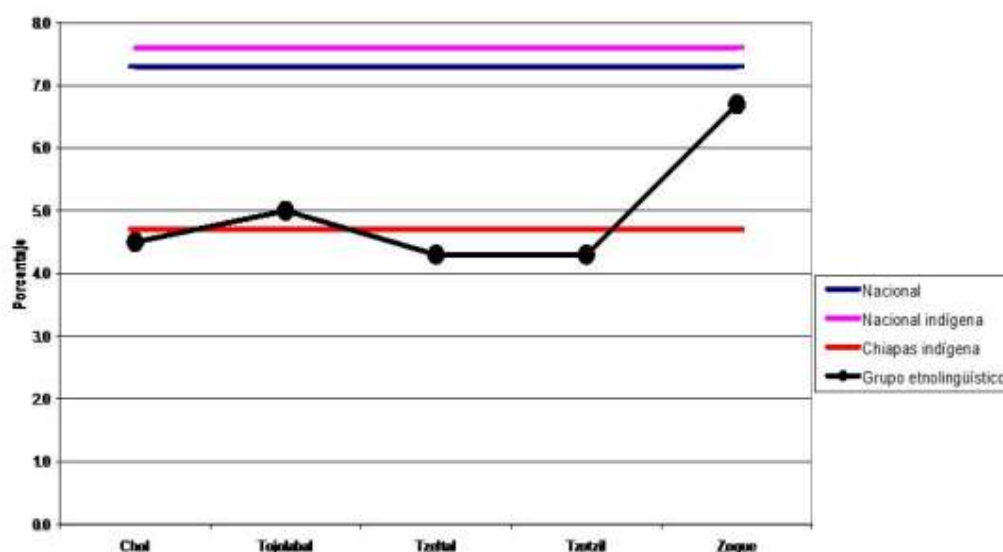
Fuente: CDI-PNUD. Sistema de indicadores sobre la población indígena de México, con base en: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, México, 2000. (INEGI).

^{*} Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI, 2008, *Anuario de estadísticas por entidad federativa. Edición 2008*, Tomo I. México.

Elaboración propia.

1. Población con edad especificada.

Gráfica 1. Comparativo de la población de 60 y más años nacional y en hogares indígenas por grupo etnolingüístico, 2000



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

En la población geronte, conforme la edad avanza la probabilidad de sufrir una discapacidad se incrementa considerablemente. Por ejemplo, durante la vejez el individuo está propenso a sufrir osteoporosis, debilidad visual, mareos, etc., y con ello caídas o tropezones que provocan, generalmente, fracturas múltiples, dependencia de los viejos y los cuidados son más demandantes; el problema se agrava cuando inciden factores sociales como la pobreza, la viudez, la falta de apoyos solidarios, de servicios y muy especialmente si viven solos.

En la población anciana indígena, la media nacional que sufre al menos una discapacidad es de 10.5%; sin embargo, el resto (89.5%) no necesariamente está sana. La discapacidad más importante que sufren los adultos mayores indígenas está referida a problemas motrices, es decir, a la dificultad de desplazamiento autónomo, como caminar y moverse por sí mismos, esta afección en el año 2000 fue de 35.1%. La segunda discapacidad registrada es la ceguera o debilidad visual (34.2%). La tercera es

la sordera (20.7%), además de otras discapacidades no menos importantes como las de «usar brazos y manos», «retraso o debilidad mental» y «mudez», que tuvieron porcentajes bajos (Villasana y Reyes op. cit.: 58-61).

Por otro lado, los cuidados y atenciones que requiere este sector envejecido son especializados y caros, situación que afronta en forma desventajosa la población pobre, toda vez que además hacen frente a padecimientos crónico-degenerativos propios o asociados con la vejez, tales como infartos, cánceres malignos, diabetes, paraplejias, embolias, cuadros reumáticos agudos, osteoporosis, demencias, entre otros muchos padecimientos discapacitantes que demandan atención de tiempo completo.

Los adultos mayores constituyen el grupo más grande de beneficiarios de la asistencia social en el mundo entero. El número de ancianos institucionalizados se encuentra en constante crecimiento y sus necesidades de atención son muchas. Si bien la mayoría son funcionales e independientes, absorben una porción significativa de los gastos en salud y con frecuencia requieren de cuidados prolongados administrados por personal experimentado (Lamoglia 2007: 57).

En este aspecto, una cuarta parte de la población anciana indígena tiene acceso a los servicios de salud. El servicio médico oficial existente en las comunidades indígenas es básicamente de primer nivel, es decir, atienden padecimientos enfocados a la atención materno-infantil, y poco o nada se puede hacer en cuadros crónico-degenerativos que requieren de un largo y costoso tratamiento especializado.

Imagen 2. Anciano indígena de 97 años (†).



Fotografía de L. Reyes Gómez, 2008.

EL PERIODO DE VEJEZ

Entendemos por vejez el último tramo del ciclo de vida, un periodo largo en años que transcurre a lo largo de tres a cuatro décadas o más por vivir. Desde la perspectiva social se busca explicar cómo se vive esa etapa en la que inciden diversos factores que constituyen la carrera de la vejez. En comunidades indígenas, esta fase se asocia o distingue a partir de varios criterios, como son los sociales, culturales, factores de orden biológico y etarios.

En la esfera social es la actividad/inactividad, el sentirse útil y productivo, la línea que distingue el ser considerado «viejo» o no. Por ejemplo, para acceder al trabajo remunerado y encontrarlo después de los cuarenta años es ya de por sí un problema, pero si trasladamos esa situación a edades que traspasan la frontera de los 60 años toma tintes dramáticos.

Una de las señales que advierte al individuo que está acercándose a esta etapa de la vida, a los ojos de los demás, es ya no ser invitado a trabajar, sea en actividades remuneradas o en trabajos colectivos gratuitos y solidarios como el tequio, la fajina y la vuelta-mano, todas ellas prácticas de trabajo comunitario.

Como tiene que proveer a la familia extensa, el viejo masculino trabaja hasta el límite de su capacidad física y habilidades laborales, situación que desempeña aun en edades muy avanzadas. La mujer, en cambio, mientras esté física y mentalmente apta es difícil que se retire del trabajo doméstico y de la actividad productiva. En los estudios realizados sobre pobreza, se concluye que «las mujeres viudas, las indígenas, las madres solteras y las ancianas son siempre las más pobres» (Tinoco y Bellato 2006: 116).

En la esfera comunitaria el papel de abuelo anciano marca la pauta para ser considerado viejo. En las mujeres, ser vieja es perder el poder en el ámbito familiar y ya no se le consulta en la toma de decisiones; el ser abuela anciana, especialmente en la viudez y/o con enfermedad discapacitante, la hace dependiente.

En el ámbito biológico, es la enfermedad crónica y degenerativa la que da indicios de que la persona sea catalogada como vieja, y la pérdida de lucidez mental es el elemento que determina cuando se ha alcanzado la vejez extrema; entonces al anciano ya no se le consulta y deja de ser elemento operante en la familia, perdiendo el control no solo en la esfera familiar sino también en la social. Cabe aclarar que la demencia senil no es percibida como enfermedad grave, sino como una expresión natural de la edad avanzada.

La edad es un criterio clasificatorio y en buena medida está asociada, directa o indirectamente, con la salud-enfermedad, roles sociales y la productividad.

Los zoques distinguen tres periodos en la vejez, es decir reconocen vejez y no vejez a tabla rasa. El primero se denomina media vejez, se caracteriza por la presencia de nietos, comprende de 30 a 59 años, y en éste se identifican tres niveles de media vejez:

1. Entre los 30 y 49 años: *kodöjk pöt*, masculino, «hombre columna vertebral de la casa», y *kodöjk yomo*, femenino, «mujer columna vertebral de la casa».
2. Entre los 50 y 55 años: *tsamö böt*, masculino, «hombre maduro», y *tsamö yomo*, femenino, «mujer madura».
3. Entre 56 y 59 años: *kujka böt*, masculino, «hombre medio viejo», y *kujkan yomo*, femenino, «medio vieja con descendencia».

El segundo periodo se conoce como vejez funcional, pudiendo haber presencia de bisnietos, estimado entre 60 y 75 años; en lengua zoque a las personas de esa edad se les nombra *kanan böt*, masculino, «hombre viejo», *chu'e yomo*, femenino, «mujer vieja». Y el tercer periodo o vejez disfuncional se calcula a partir de 76 años en adelante o antes si una enfermedad discapacitante se hace presente; se caracteriza también por la posible presencia de tataranietos y se subdivide en:

1. Entre 76 y 84 años: *achpö*, masculino, «el jorobado» y *chu'e*, femenino, «vieja», «noche», «abuela».
2. De 85 y más años: *makamga'e achpö*, masculino, «se va a ocultar el jorobado» y *makanga'e chu'e*, femenino, «se va a ocultar la abuela» (Reyes 2002: 109).

En este sentido, es evidente que la enfermedad, los accidentes y las discapacidades, están presentes a lo largo de la vida, sin embargo el riesgo se incrementa con la edad avanzada, y tarde que temprano termina con la muerte.

Nuestros informantes se encuentran en el último rango de edad, entre los 85 y más años, es decir, en los que nacieron en el primer cuarto del siglo XX. En los casos que ejemplificamos más adelante, se procuró, en la medida de lo posible, corroborar la edad del informante con documentos oficiales, otras veces fue estimada por el anciano. Así,

siempre se buscó trabajar con personas mayores de 85 años de edad, quienes, a través de testimonios, narraron cómo hacen frente a la vejez.

En el Cuadro 2, según datos del año 2000, se muestra la población adulta mayor indígena de Chiapas cuyo grupo de edad se presenta desde los 85 años y más, en donde se observan algunas diferencias por grupo etnolingüístico; por ejemplo, en términos absolutos los tseltales y tsotsiles registraron el mayor número de adultos mayores en edad extrema; en términos porcentuales más de la mitad de los zoques declararon tener edades entre 85 a 89 años, a diferencia de los otros grupos con porcentajes menores; y los porcentajes del grupo más longevo, 100 y más años, oscilaron entre 10.4% —choles— hasta 12.8% —tseltales.

Cuadro 2. Población en hogares indígenas de 85 y más años de edad por grupo etnolingüístico. Chiapas, 2000

Población total	85 a 89 años		90 a 94 años		95 a 99 años		100 y más años		Total
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	
Indígena de Chiapas	1,716	42.7	1,203	29.9	626	15.6	475	11.8	4,020
Chiapas grupo etnolingüístico									
Chol	272	41.0	227	34.2	96	14.5	69	10.4	664
Tojolabal	97	40.8	84	35.3	32	13.4	25	10.5	238
Tzeltal	534	41.2	370	28.6	225	17.4	166	12.8	1,295
Tzotzil	504	42.3	377	31.6	179	15.0	132	11.1	1,192
Zoque	152	51.5	71	24.1	38	12.9	34	11.5	295

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

El grupo vulnerable, entonces, se sitúa en la población envejecida, especialmente aquella que ha superado con relativo éxito la frontera etaria de la esperanza de vida,

donde encuentra huéspedes que alojan una colección de «síndromes multifactoriales asociados a la vejez», la cual incluye una serie de patologías que varían, por ejemplo, «desde una sinusitis crónica asociada a carencias mínimas de salud, hasta enfermedades crónico-degenerativas —cánceres malignos, enfermedades cerebrovasculares, infartos— asociadas a carencias amplias de salud» (Willis y Manton 1992: 209).

Para entender esta percepción a mayor profundidad, es preciso referir que los zoques clasifican el concepto de enfermedad y el sentirse mal bajo cuatro expresiones básicas: *ka'ú*, *ka'kuy*, *toya*, *met*. Veamos cada una de ellas:

Ka'ú refiere al proceso mórbido; *ka'kuy* hace énfasis en padecimientos sin dolor; *toya* se utiliza para cuadros clínicos con dolor, especialmente aquellos que producen profundo sufrimiento y, en consecuencia, percibidos como «enfermedad» grave; y *met* se aplica a padecimientos cuyo origen causal se cree proveniente de actos de brujería; entonces, la enfermedad puede ser manipulada por terceros, y los dolores podrían ser intermitentes.

Imagen 3. Anciana indígena de 92 años



Fotografía de L. Reyes Gómez, 2007.

CARRERAS EN LA VEJEZ

Se presentan seis testimonios de ancianos donde podemos advertir la compleja red de relaciones sociales que se tejen alrededor del viejo en edad extrema. Las respuestas son variadas, van desde actitudes de indiferencia y relaciones afectivas y solidarias débiles —Don Daniel y Don Guilli—, hasta la conformación de redes de franco apoyo ante la vejez y la enfermedad; estos gozan de alto estatus social, son queridos y protegidos tanto por la familia como por la comunidad —Don Juan, Doña Mary, Doña Marcelina, Don Laureano.

DON DANIEL, APROXIMADAMENTE 92 AÑOS

CHAPULTENANGO, CHIAPAS, ABRIL DE 2006

La entrevista se hizo con algunas dificultades de comunicación por su sordera, pero hablándole en el oído izquierdo con volumen moderado fue posible platicar con él en castellano, ya que es bilingüe, quien dijo:

«¿Qué interés tiene en mi persona? Si ya no veo bien, no escucho bien y se me olvidan las cosas. No conozco las letras. En mi niñez no había maestros, así que no fui escuelero. Crecí como las víboras, en el monte. De joven fui muy bolo [borracho] y desobligado.

«Aprendí a curar espanto a través de sueños, y de mi abuelo que también era curandero. Aunque tengo ya mis añitos, gracias a Dios no enfermo como para estar tiradote en la cama. A mi edad no conozco lo que es una inyección, yo mismo me curo con mis hierbas. Quiero trabajar y vender mi café, para que al caminar suene en mi bolsa el dinero. Eso me da seguridad, pero mis hijos no me dan dinero, pues dicen: “¡pa’que, si lo perdés!”.

«Ya no me consultan, hacen lo que quieren y me tratan como niño. Fíjese, me ocultaron información de la muerte de un gran amigo, crecimos como hermanos, y ni siquiera

pude ir a despedirme. Me siento en la banqueta y sólo veo sombras. Ya no me saludan. Ya quiero que Dios se acuerde de mí, quiero descansar».

Don Daniel vive en un jacal con su esposa. No sabe leer ni escribir. Viven ellos solos, pues sus hijos se han casado y viven aparte. En su juventud fue aficionado al alcohol y crió con rudeza y llena de privaciones a su familia. Los hijos casi no visitan al padre, pues además de gozar fama de gruñón, la relación que guardan es de conflicto, especialmente desde que Don Daniel empezó a perder el sentido del oído hará unos diez años y a tener problemas de Alzheimer los últimos cinco. Si lo visitan, no hablan con su padre, bajo el argumento que está sordo o que «ya está viejito». Si alzan la voz para comunicarse con él, insiste que no está sordo; los hijos, invariablemente, terminan regañados.

La relación afectiva se establece con la madre, en especial de nietos hacia abuela, a ella le llevan todos los días algún alimento; sin embargo con Don Daniel es de conflicto; entonces han decidido no hablar más con él.

Ya no trabaja en el campo, se queda en casa a hacer «trabajo de flojo», como darle de comer a las gallinas, hacer reparaciones menores al jacal y cuidar su jardín donde cultiva plantas medicinales. Es de oficio curandero, se ha especializado en curar «espanto», y eventualmente sus servicios son contratados para tal fin. Dejó de trabajar en el campo a raíz de problemas de lucidez mental. Varias veces fue a trabajar a su cafetal montado en su caballo y regresaba a pie, pues no recordaba haber llevado montura; sus paisanos lo ayudaban a llegar al pueblo cuando lo encontraban desorientado en el camino. Otro tanto sucedía en el pueblo los días domingo cuando iba a misa, ya no recordaba el camino de regreso a casa, y era auxiliado por los vecinos.

Tampoco puede utilizar dinero, desconoce su denominación; otras veces ha sufrido de alucinaciones y se molesta porque los otros no ven lo que él sí percibe. En sus momentos de lucidez es capaz de narrar repetidas veces y a detalle eventos sucedidos hace varios decenios, aunque es incapaz de recordar si ha comido y reclama que lo

quieren matar de hambre, entonces hace berrinche y sale a la calle a pedir de comer a los vecinos.

En tanto Don Daniel se mantuvo lúcido gozó de alto estatus social; ahora que ya presenta problemas de Alzheimer ya no es considerada su opinión, ya no es escuchado, por el contrario es visto y tratado con infantilismo. En general, se caracterizó por gozar de una salud envidiable, así que su sordera era vista como un evento «natural» propia de «viejitos», es decir, sin cura. Estos padecimientos en la percepción salud-enfermedad entre los zoques, pueden pertenecer a la categoría de *ka'kuy*; es decir, un síndrome que no causa sufrimiento neurálgico. En consecuencia, no son considerados graves.

Al igual que gran número de ancianos en Chiapas, Don Daniel no cuenta con acta de nacimiento para ser beneficiario de programas oficiales como Oportunidades de la Secretaría de Desarrollo Social o programas del gobierno estatal como Adultos Mayores Nuestra Esperanza y Certidumbre, Amanecer, del Instituto de Desarrollo Humano en Chiapas, donde recibiría apoyo económico en la vejez. Para acceder a esos programas necesita tramitar su acta de nacimiento y presentar testigos de mayor edad que él, pero los pocos que había murieron durante el proceso eruptivo del volcán Chichón, entre marzo y abril de 1982. En síntesis, don Daniel es parte de la población damnificada y reubicada por la erupción volcánica. Además de vivir en situación de pobreza extrema, no es contabilizado para efectos de apoyo gubernamental.

DON JUAN, 85 AÑOS

TAPALAPA, CHIAPAS, MARZO DE 2007

Don Juan es un hombre muy respetado y querido en la comunidad, pues es cantor de velorios, rezandero y consejero; algunas veces acuden a él para pedirle opinión, ora de asuntos políticos, ya de problemas conyugales, otras veces para que interprete sueños. Sin embargo, desde tiempo atrás se caracterizó por su acción evangelizadora «enseñando el Padre Nuestro y llevando la palabra de Dios» hasta las riveras circundantes al complejo volcánico del Chichón. También ganó fama de casamentero, pues presume un récord de más de 300 pedidas de mano, y en ninguna ha sido

rechazada su petición, gracias a la habilidad y convicción discursiva, pues sabe hablarle «al corazón».

A sus 85 años, prácticamente ha logrado unir en pareja a más de la mitad de la población de Tapalapa y sus riveras; la gente le guarda especial reconocimiento, cariño, respeto y ha logrado conformar una red que le brinda apoyo solidario, relaciones afectivas que, a la vez, le permite organizar, apoyado en la religión, redes de soporte filantrópico que ayudan a otros ancianos a sobrellevar su edad avanzada, especialmente en la enfermedad. Al respecto dice:

«Soy del grupo de “Adoradores” de la Acción Católica. Soy católico, apostólico y romana [sic]. Nosotros practicamos la palabra de Dios. Él lo sabe. Mire, cuando vemos que en la congregación hay un enfermo ancianito, que no tenga hijos o hijas, nadie quien lo cuide, pues nosotros somos familia, somos hermanos. Cuando hay un enfermo anciano que ya nomás está tirado en la cama, ahí orina, ahí ensucia, y no tiene hijo que lo lleve al baño, pues para eso estamos organizados como familia. Hay veces que llega a la iglesia la noticia pues que hay enfermo, y hacemos sociedad. Llegan a la casa del enfermo personas que a lavar su ropa; llegan a componer, a bañar al enfermo. En la iglesia hay “bienhechoras”, a ellas les dicen: “Hay un enfermo ahí, ahí está tirado en la cama. No tiene hijo ni hija”. Ahorita vamos a ver, dicen.

«Inmediatamente nos organizamos. Unos irán a lavar la ropa, sus cosas, y nosotros vamos a bañarlo. Llevamos un poco de atole, unas tortillas; lo que caiga. A darle de comer, a bañarlo, y así el siguiente grupo. Cada día cambia la comisión. Hoy llega un grupo, mañana otro, traspasado mañana otro, y así se llega a visitar a los que están caídos en la cama.

«Así, el día en que yo esté enfermo vendrán las “bienhechoras”. Cuando esté muy, pero muy enfermo estoy seguro que vendrán a verme, porque soy “Adorador”, somos como hermanos, una misma familia, somos amigos. Todos somos hijos de Cristo. Así estamos formados en nuestro pensamiento, y se ha hecho costumbre. Yo sé que el día de mañana

estaré enfermo, que me tocará mi turno, por eso ayudamos a los enfermos, para que cuando nos toque contemos con la ayuda de nuestros hermanos. Desde ahora sembramos la semilla de la amistad.

«Llegamos a hacer la vela —velatorio— en la iglesia, y cuando uno de nosotros no tiene hijo, pues les compramos su pantalón, su zapato, cooperamos voluntariamente, y compramos su cajita, lo que se necesite. Nos organizamos: unos van a abrir la sepultura, otros compran las cosas que se necesitan, y lo llevamos al panteón.

«Todavía hay muchos aquí que no tienen hijo, y pues damos ayudadita nada más. Nos apoyamos siempre un poco para que sirva. Ya me tocará mi turno, pues sólo estamos formados en la cola.

«No tengo miedo a enfermar, la enfermedad es mi amigo también. Yo visito los enfermos, seguro. No le temo a la muerte. Es mejor enfermar fuerte para que todo termine; no hay que tenerle miedo a la muerte. Le tengo miedo, sí, a ser abandonado. Tengo temor de perder la lucidez, la mente.

«Si alcancé 85 años ya es ganancia. Todos los días me levanto y pido perdón y rezo un Padre Nuestro. Doy gracias, y canto: “Jesús Dulcísimo que el Sol ya viene, pero antes quiero decirte: muy buenos días, muy buenos días, en tu presencia trabajaré”. Tomo mi café, mi pan, y a trabajar. Lo mismo en la noche oro y canto “Jesús Dulcísimo que la noche ya viene, pero antes quiero decirte: muy buenas noches, muy buenas noches, en tu presencia descansaré”. Doy gracias por el día, porque no pasó ninguna desgracia, sin ningún problema. Me duermo y hasta mañana.

«Dios me tiene en súplica, pues no enfermo. Siempre no tengo dinero, pero hay veces que la gente me regala que diez, que veinte pesos. Me dicen: “estás pasiendo, para tu refresco”. Tengo amigos, es regalo que me dan. Me respetan, me quieren, y yo los respeto, los quiero y pido a Dios que los cuide y los bendiga. No sé qué se siente dar o

recibir una cachetada; no sé que es insultar o ser insultado. Así seguiré, hasta el fin de mis días».

Don Juan y su esposa gozan de apoyo gubernamental del programa estatal Amanecer, del cual obtienen \$500.00 pesos mensuales cada uno, dinero que destinan para la compra de alimentos; sin embargo, del trámite de apoyo que realizaron para el programa federal 70 y más, no hubo respuesta.

Podemos decir que este es un caso de vejez activa, pues además de las redes solidarias y afectivas con las que cuenta en el municipio y en las cuales ha tenido un rol protagónico, se une la relación familiar estrecha y de vecindad, pues vive en pareja y sus hijos casados en patrilocalidad. Don Juan es un líder que desde la institución religiosa organiza la ayuda a los ancianos, especialmente a los desprotegidos.

En relación con la importancia de las redes sociales y del vínculo religioso en la vejez, Vázquez y Reyes (2006: 321-322) explican que lo religioso permea y enriquece la vida cotidiana:

...—realizando valores, significados y satisfacciones; aminorando los efectos de la enfermedad, la soledad, la tristeza, la desconfianza, incluso la muerte—, reforzando no solamente su identidad y autoestima, sino vinculándolos con otras personas e instituciones sociales que les ayudan a mantener y/o reforzar su estatus social. Luego entonces, estas prácticas y actividades religiosas se convierten no solamente en una ayuda sobrenatural o una fuerza de espíritu, o una resignación estoica, sino en una instauración de sentido y significado como cualquier otra construcción social.

Esta esfera sociocultural en la que se desarrollan los ancianos indígenas es muy interesante, y es parte fundamental para entender las complejas redes sociales que tejen para hacer frente a la vejez extrema.

Una vez retirado de la actividad productiva a edades muy avanzadas —muchas veces más allá de los 85 años—, el anciano, ante la imposibilidad de trabajar en actividades

remuneradas como jornalero, albañil o en el desarrollo de oficios como panadero, carpintero, etc., sus servicios son requeridos en ámbitos de la competencia mágica: lectores de oráculo, adivinos, brujos, etc.; en la esfera religiosa: rezanderos, rezadores de cerros para propiciar lluvias y abundantes cosechas, consejeros, casamenteros, músicos, danzantes; y en el campo terapéutico se presume dominan las artes de la medicina, toda vez que han vivido y superado con relativo éxito enfermedades varias, y tienen experiencia y conocimiento profundo de la medicina tradicional: curanderos, sobadores, parteras, hueseros, etcétera.

Evidentemente no todos los viejos dominan las artes antes descritas, pero los que llegan a tener dominio en los campos mágicos, terapéuticos y religiosos, gozan de un alto estatus social, y cuando son requeridos sus servicios pueden obtener algunos satisfactores no necesariamente en metálico, pero sí en especie, que los ayuda a sobrellevar la vejez en mejores condiciones en relación con aquellos que no gozan del dominio de esas especialidades.

El prestigio y estatus social que presenta Don Juan es producto del trabajo realizado desde edades tempranas, y le ha permitido jugar el papel gerontocrático del que tanto se fijaron los etnógrafos y que generalizaron en la literatura antropológica como un rasgo homogéneo en la vejez indígena masculina.

En cuanto a la vejez femenina con estatus social alto, presentamos el siguiente caso.

DOÑA MARCELINA, 87 AÑOS (†)
IXTACOMITÁN, CHIAPAS, MARZO 2006

Doña Marcelina aprendió el oficio de comadrona de su abuela. Ella la entrenó en estos menesteres. Se inició desde joven, a la edad de 20 años, así que tiene practicando el oficio desde hace 67. Vive con su nieta, a quien le enseña, a su vez, los conocimientos para recibir niños al mundo. Es viuda y ya no trabaja en la parcela. La gente por respeto la llama *Oko* —abuela, en términos reverenciales—. Los nietos rituales adquieren el compromiso moral de guardarle respeto, obediencia y atenderla llevándole a casa

productos que le ayuden a subsistir, desde leña, frutos, alimentos preparados y algunas veces monedas. Siempre la procuran.

Ella tenía problemas de sordera y caminaba con dificultad, sin embargo el oficio que realizaba la mantenía ocupada y no se inquietaba por la vejez. También recibió entrenamiento por parte del IMSS —Instituto Mexicano del Seguro Social— y tenía un reconocimiento oficial de partera empírica. Ella comenta:

«Soy partera, y con mi trabajo no tengo tiempo para pensar si estoy vieja o no. Me llaman para atender partos; no tengo horario. Sea de día o de noche, esté lloviendo o despejado, si hace frío o calor, si está cerca o lejos. Eso no importa, yo tengo que ir cuando me llamen. Ese es mi oficio, mi mamá [abuela] me lo enseñó, y he aprendido con el tiempo.

«La gente me llama, me busca. No tengo descanso. No cobro por mis servicios, la gente me da lo que quiera, y si tiene. Si no tiene, pues no hay problema; después me regalan lo que sea. Así trabajo yo.

«Me vienen a buscar de lejos, y no me hago de rogar, ahí voy, a la hora que sea y a donde sea. Gracias a Dios no tengo complicaciones en mi trabajo, cuando veo que no puedo atender el parto porque el “pichi” viene sentado o con el cordón umbilical al cuello, pues la canalizo al hospital sin pérdida de tiempo. No descanso, tampoco tengo tiempo para pensar si ya estoy vieja. Mi corazón quiere trabajar, y mientras trabaje no voy a ser vieja, así pasen cien años, o más».

Una tarde de octubre de 2007 Doña Marcelina dijo a su nieta que se sentía muy cansada, y que quería dormir un rato en su hamaca. Lo hizo, pero ya no despertó más. Ahora la nieta heredó el oficio de partera; como Doña Marcelina, a su vez, lo tomó de su abuela.

Cuando el anciano vive en un ambiente familiar donde los lazos afectivos son sólidos, es una señal que advierte al viejo una vejez lo más digna posible. Se desarrollan vínculos no solo afectivos, sino también solidarios alrededor de los abuelos. Se procuran, se protegen, se está pendiente de ellos. En este sentido las mujeres son más proclives a recibir tratos dignos en la vejez, pues la figura materna es más factible que sea querida y respetada por la descendencia.

En este sentido, Doña Mary narra su experiencia:

«Tengo siete hijos varones y tres mujeres, todos vivos, gracias a Dios. Siempre están pendientes de mí y de mi esposo. Claro, no todos me ayudan igual, pues algunos son más pobres que otros. Tengo dos hijos mayores que se fueron a trabajar a donde le dicen Estados Unidos, pero de plano ya se olvidaron de nosotros. Tiene años que se fueron, pero no sabemos nada de ellos, ni escriben, ni hablan, ni nada. Ya se olvidaron de nosotros, pero mis cinco hijos restantes siempre están al pendiente de nosotros. Ahora que mi esposo se enfermó de la próstata ellos se hicieron cargo de todo, bueno, aunque mi esposo vendió sus vaquitas. Gracias a Dios todo salió bien. Mis hijas siempre están pendientes de mí. Dos de ellas están viviendo acá y otra en el rancho, y me viene a ver cada que puede, tal vez cada mes o cada quince días.

«Ya nos traen que una frutita, que un aguacate. “Come”, me dicen. Nunca me he quedado sin comer, a menos que esté enferma; siempre la casa está alegre y nunca me dejan sola. La casa parece que está de fiesta cuando nos visitan por las tardes. Una hace café, la otra prepara el pan y comemos todos. Gracias a Dios tengo una bonita familia».

Doña Mary dice estar sana, y siempre está muy activa, aunque ya empieza a olvidar cosas. Usa lentes de aumento que su hijo le compró en el mercado dominical, y no están graduados de acuerdo con su dioptría, sin embargo los usa para bordar apoyada en la visión de un sólo ojo. Por equivocación, porque no ve bien o porque no sabe leer, un día tomó un medicamento que no le correspondía y se autoadministró una sobredosis de

Afrinex —dos cápsulas—, que le produjo sueño profundo por más de 48 horas y otros efectos secundarios como dolor de cabeza, mareo e irritabilidad. Situaciones como esta suceden a menudo y llegan a causar mayores estragos.

Doña Mary no tiene noticias de sus dos hijos migrantes, dice vivir contenta su vejez pues siempre sus hijos y demás familiares están al pendiente de ella.

El viejo también es susceptible de recibir un trato recíproco por parte de los suyos muy en especial si procuró formar una familia con cariño, amor, trabajo y responsabilidad. El siguiente caso ilustra esta afirmación.

DON LAUREANO, 88 AÑOS (†)

NUEVO ESQUIPULAS GUAYABAL, RAYÓN, CHIAPAS, MAYO DE 2007

Don Laureano desde muy joven fue considerado que poseía un «don» especial para curar, pues nació con seis dedos en las manos; esta particularidad, se afirmaba, le daba poderes extraordinarios de «calor» que le permitían una serie de habilidades, mismas que cultivó desde edades tempranas. Por ejemplo, era diestro en tocar la flauta de carrizo y tambor al mismo tiempo —normalmente se requieren dos ejecutantes—; lo mismo tocaba sones, zapateados, danzas, rezos y, además, hacía sus composiciones. Recreó una danza antigua que se había perdido en el tiempo. Para lograrlo recurrió a la actividad onírica, soñó la música y la coreografía; posteriormente organizó a los danzantes y así resurgió «la danza del tigre».

Tener «mano caliente» significaba, además, no cortar frutos, pues éstos se «secaban» rápidamente; las flores corrían el riesgo de marchitarse. En cambio, eran propicias para el tratamiento de enfermedades varias, pero muy en especial en padecimientos de sustos «fríos» originados por caídas en ríos y peligros de ahogo, espanto de víbora y otros agentes sobrenaturales de clasificación «fría».

Como «rezador de cerro» cultivó un lenguaje florido para propiciar lluvias y abundantes cosechas. Sus servicios eran muy requeridos, pues la efectividad de sus prácticas no dejaba duda de ello. Aunque no fue a la escuela «tenía cabeza», aprendió a leer en

forma autodidacta y presumía saber estampar su firma. Su fama de curandero rebasó las fronteras del estado, y sus servicios eran solicitados, principalmente, en Tabasco, Veracruz y Quintana Roo.

En su casa atendía frente a un altar, donde la imagen principal era un Cristo negro de Esquipulas. También contaba con otras imágenes como la Virgen de Guadalupe y San Isidro Labrador. El altar era adornado con grandes mazorcas de diversos colores, producto seleccionado de las cosechas en las que había rezado.

Don Laureano, aunque usaba plantas medicinales en sus diversos tratamientos, rezos especializados, sobaba con ungüentos preparados por él mismo. Pronto combinó en su terapéutica medicamentos alópatas sin control alguno, o canalizaba al paciente a la farmacia del pueblo vecino, para que le recomendaran algún medicamento complementario al tratamiento «tradicional». Con la cantidad de pacientes que atender, Don Laureano prácticamente no trabajaba el campo, y a menudo viajaba a diversos sitios para ejercer su práctica médica. Su fama de rico se hizo evidente, y fue blanco de secuestradores, presumiblemente por la policía judicial del estado. Su rescate se negoció, en 1983, por un monto de tres millones de —viejos— pesos.

Respecto al rol ceremonial que juega, dijo:

«La gente me tiene respeto, y como gente grande de la comunidad estoy encargado de atender asuntos de la iglesia. Así, dirijo los rezos, estoy pendiente de la fiesta del pueblo, y soy la única persona autorizada para cambiar al santo patrón —Cristo negro de Esquipulas—. Yo le hablo con todo respeto, y le explico que lo vamos a bañar con aceite perfumado, a cambiar de ropa, y a prepararlo para su fiesta. Si no lo hacemos así, no se deja; se pone «pesado» y no podemos ni moverlo. Bueno, yo no lo cambio directamente, sino son mujeres viudas quienes se encargan de esa tarea, pero yo les digo cómo hacerlo. El santo patrón es muy delicado, por eso me dan esa tarea a mí, porque yo le puedo hablar bien; no a cualquiera le dan ese encargo.

«Cuando me piden que vaya a tocar a sus casas, voy con gusto. Toco zapateados y bailan muy alegres. Si se trata de acompañar rezos, pues lo hago con mucho respeto. Así nos acompañamos, sea en la alegría o en la tristeza; son compromisos y costumbres que tenemos que cumplir».

Nuestro personaje no fumaba ni tomaba. Siempre presumió gozar «salud de roble», aunque problemas de visión le obligaron a usar lentes, mismos que no utilizaba en la calle, pues «lo hacían ver viejo». Siempre fue muy activo y lúcido, hasta que un día sufrió «aire de corazón», cuadro mórbido caracterizado por sudoración fría, dificultad respiratoria, palidez, pérdida de conciencia y sopor profundo, desde entonces su actividad se redujo considerablemente, y quedó confinado en casa.

En junio de 2009, teniendo 90 años de edad, Don Laureano sufrió un ataque masivo al corazón que no soportó.

DON GUILI, 88 AÑOS

CHAPULTENANGO, CHIAPAS, ABRIL DE 2006

Don Guili, comparado con el promedio de estatura de los zoques, que podría ser de 1.65 m, sufre de gigantismo, pues cuando era joven medía aproximadamente 2.30 m, hoy su cuerpo se ha encorvado, pero su altura aún impone. Dada la ventaja que le daba su tamaño y fuerza física, en su juventud fue nombrado policía municipal. Gozaba fama de valiente, rudo, fuerte, rápido, y otros muchos atributos que le daba su gigantismo. Allá por 1946, Chapultenango no contaba con carretera, entonces el joven Guili era contratado como tameme para el traslado de enfermos. Los pacientes eran transportados en silla hacia la ciudad más cercana: Pichucalco, distante de Chapultenango 45 kilómetros, aproximadamente. Se jactaba de no tomar descanso alguno y hacerlo en tan sólo medio día.

Como policía gozaba fama de rudo en sus detenciones; abusaba de su fuerza. Cierta ocasión, camino al municipio, advirtió una pelea campal e intervino. En la reyerta recibió un fuerte golpe con un palo, en la frente. Perdió el conocimiento, y cuando

volvió en sí tenía nublada la vista. Cada vez veía menos, hasta que un día, estando en la montaña cortando leña, quedó completamente ciego. Con mil dificultades regresó a casa. Su vida, desde entonces, sufrió un cambio radical. Aquel temido gigante ahora causaba lástima.

Al dejar de ser proveedor de la casa, y significar una carga para la familia, pronto lo abandonaron a su suerte. Además, Don Guili siempre maltrató a su esposa. Un día su mujer no aguantó más, y le dijo: «Voy a Pichucalco a buscar medicina», y se llevó a su única hija. De esto hace ya más de 40 años.

Desde entonces, Don Guili vive de la caridad. Los niños son asustados para que se comporten como es debido, advirtiéndoles: «Ahí viene Don Guili», a su vez, cuando los niños ven venir a Don Guili, le tiran piedras, pues lo consideran una amenaza, y le temen, aunque sea un gigante venido a menos o un ogro inofensivo. El anciano viste harapos, anda maloliente y camina con dificultad apoyado de un bastón.

Don Guili no recibe apoyo gubernamental. Últimamente la Iglesia católica le ha brindado ayuda, organizó a los vecinos, repararon su jacal, que se estaba cayendo, pusieron piso firme, construyeron una letrina, y se turnan para ofrecerle alimento caliente, al menos una vez al día. Las monjas le brindan asistencia en salud primaria.

En sus palabras Don Guili comenta con voz lastimera:

«La gente dice que soy malo, y no es cierto. He pensado en matarme, pero tengo temor de Dios. Lo único que quiero, antes de morir, es despedirme de mi familia, de mi esposa, de mi hija. No voy a pedirles nada, nada, nada. Sólo despedirme.

«Gracias por venir a visitarme; aquí la gente me tiene miedo, dicen que soy malo, y no es cierto. Yo le pido a Dios que se acuerde de mí, que me lleve con Él, pues acá es puro sufrimiento [llanto]».

Esta cara de la vejez es la más dramática, y se expresa con toda crudeza cuando el anciano no cuenta con redes familiares ni relaciones afectivas solidarias. El abandono de los ancianos es una práctica más común de lo que se cree, y el maltrato al viejo se evidencia e incluso es tolerado culturalmente, destruyendo el mito de la vejez idílica.

Imagen 4. Anciano indígena de 97 años (†)



Fotografía de L. Reyes Gómez, 2008.

PALABRAS FINALES

A principios del siglo XX, alcanzar edades avanzadas era digno de admiración y causaba respeto en las personas que lograban jugar roles importantes en la comunidad, quizá por ello la literatura etnográfica dibujaba una vejez homogénea y bastante idílica. El proceso de envejecimiento trajo como consecuencia modificaciones sustanciales en la forma de percibir, vivir y atender la vejez, y ha puesto al descubierto el maltrato, el abandono y situaciones de pobreza extrema en la que viven aún un gran número de viejos.

Las condiciones para hacer frente al proceso de envejecimiento de la población indígena no son las mejores, pues se conjugan varios factores adversos: marginación, pobreza y falta de apoyos asistenciales. Se han dado los primeros pasos, pero estos son aún insuficientes, razón por la cual, es el anciano, la familia —especialmente las mujeres— y la comunidad los encargados de hacer frente a este reto poblacional.

Nuestro interés estuvo centrado en entender cómo vive el anciano la vejez en edades extremas ante una enfermedad o alguna discapacidad, especialmente cuando se conjugan pobreza, marginación, falta de servicios médicos y sociales. Buscamos entender la cultura del grupo respecto a la vejez, la perspectiva de género, del estatus social y los roles que son asignados a los ancianos en la vida comunitaria; nos apoyamos a través de testimonios, conjugando elementos que nos orienten para entender cómo procede la familia y la comunidad. Los ejemplos presentados muestran que la vejez tiene un comportamiento heterogéneo y que su problemática social es mucho más compleja. Cada testimonio evidencia problemas distintos y/o alternativas de atención.

De igual manera, las evidencias señalan que el anciano, en tanto se mantenga lúcido y activo en sus funciones, puede vivir una vejez menos accidentada. Ser o haber sido buen curandero, comadrona, rezandero, danzante, músico, artesano, entre otras ocupaciones, da prestigio social, genera algunos ingresos y son factores que muestran indicios de gozar ciertos soportes en la vejez avanzada. Esta situación no siempre se logra, por eso

los ancianos tejen estrategias para la ayuda organizada, generalmente desde el espacio religioso. Los testimonios dan cuenta que en el sector católico, el grupo de «Adoradores» es una estrategia digna de considerar para entender cómo funciona la autoayuda en el seno religioso, y hasta ahora cómo sirve de soporte en la vejez desprotegida.

Un problema importante que se reconoce para ser beneficiario de los programas oficiales de apoyo, especialmente en la vejez, es el requerimiento de documentos que algunos ancianos no tienen, como es el acta de nacimiento, la credencial del IFE —Instituto Federal Electoral—, la CURP —Clave Única de Registro de Población—, entre otros documentos oficiales; para el trámite de alguno de esos requisitos, el anciano necesita también testificar con la presencia de personas de igual o de mayor edad que él o ella, y esto se convierte en un círculo vicioso. El Estado ha mostrado incapacidad para dar solución a este problema que afecta a la población más vulnerable.

Como última reflexión, no obstante que existe la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, hace falta difundirla en los diversos medios, traducirla a las lenguas nativas, darla a conocer en las escuelas y generar una cultura de la vejez que propicie la protección del anciano o anciana. Además hace falta instrumentar programas de atención al sector envejecido que generen mecanismos de responsabilidad en las familias —hijos y familiares cercanos— que abandonan, maltratan y despojan a hombres y mujeres en la vejez, pues como vimos este problema se complica más al haber alguna discapacidad. En este aspecto se cuentan más las mujeres desprotegidas, llegando al extremo de la mendicidad y sobreviviendo de la caridad pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre Beltrán, Gonzalo, 1953, *Formas de gobierno indígena*. Imprenta Universitaria, México.

Caso, Alfonso, 1971, *La comunidad indígena*. Sepsetentas-Diana, México.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, CDI-PNUD, 2000. *Sistema de indicadores sobre la población indígena de México, con base en INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, México, 2000 (Base de datos)*.

Galindo, Carlos y Fernanda López, 2008, «¿Qué tanto vivimos los mexicanos?». En <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/05.pdf> [consulta: 5 de septiembre de 2009].

Guiteras Holmes, Calixta, 1988, *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Inegi, 2001, *XII Censo General de Población y Vivienda*. México.

2005a, «Porcentaje de la población analfabeta en todas las entidades de la República Mexicana 2005». <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/poblacion/educacion.aspx?tema=me&e=07> [consulta: 26 de octubre de 2009].

2005b, *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. Edición 2005*. México.

2007, *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. Datos nacionales*. En <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2007/edad07.pdf> [consulta: 17 de abril de 2010].

2008, *Anuario de estadísticas por entidad federativa. Edición 2008*, Tomo I. México.

Lamoglia, Ernesto, 2007, *Ancianidad ¿Camino sin retorno?* Grijalbo, México.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2002. Última reforma publicada DOF 24-06-2009. En <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf> [consulta: 17 de abril de 2010].

Neiburg, Federico G., 1988, *Identidad y conflicto en la sierra mazateca: el caso del Consejo de Ancianos de San José Tenango*. INAH/ENAH/Ediciones Cuicuilco, Colección Divulgación, México.

Reyes Gómez, Laureano, 2002, *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque*. Proimmse-UNAM/IEI-Unach, México.

San Román Espinoza, Teresa, 1989, *Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema*. Fundación Caja de Pensiones, España.

Tinoco, Rolando y Liliana Bellato (coords.), 2006, *Representaciones sociales de la pobreza en Chiapas*. Secretaría de Desarrollo Social/El Colegio de la Frontera Sur, México.

Tuirán, R. (comp.), 1999, «Desafíos del envejecimiento demográfico en México». En *Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades*. Consejo Nacional de Población. LVII Legislatura, H. Congreso de la Unión, México, pp. 17-22.

Vázquez Palacios, Felipe y Laureano Reyes Gómez, 2006, «Estatus social y religiosidad en la vejez rural y urbana en México». En *Anuario de Estudios Indígenas XI*. Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, pp. 313-327.

Vázquez Palacios, Felipe, 2007, «Los caminos hacia una comprensión de la vejez». En *Anuario de Estudios Indígenas XII*. Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, pp. 15-29.

Villasana Benítez, Susana y Laureano Reyes Gómez, 2006, *Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores indígenas de México*. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, México.

Willis, David P. y Kenneth G. Manton, 1992, «Disability and Mortality Among the Oldest Old: Implications for Current and Future Health and Long-term-Care Service Needs». En *The oldest Old*, Richard M. Oxford University Press, New York, pp. 200-220.

Notas

¹ Véanse los trabajos de Aguirre 1953, Caso 1971, Guiteras 1988, Neiburg 1988.

² Los datos sumaron 6,948,457 viejos, que representaron 7.3% de la población total con edad especificada. En ese mismo año, la población de ancianos que habitaba en hogares indígenas en el país era de 771, 698 gerontes, cuyo peso porcentual fue 7.6% (Villasana y Reyes 2006: 14).

³ En el estado de Chiapas la población de 60 y más años sumó la cantidad de 212,807, cuyo porcentaje fue 5.6%, y la que habitaba en hogares indígenas fue de 51,968 ancianos, con 4.7% (Inegi 2001, CDI-PNUD, Base de datos).

⁴ De acuerdo con el *Anuario de estadísticas por entidad federativa 2008*, en el año 2005, la población del estado de Chiapas de 60 y más años sumó 278,350 ancianos —139,815 hombres, y 138,535 mujeres—, que representó 6.7% respecto a la población total de la entidad con edad especificada, observándose un aumento de 1.1% en el quinquenio 2000-2005.

Fecha de recepción: 4 de noviembre de 2009.

Fecha de aceptación: 19 de abril de 2010.