

Laureano Reyes Gómez

ETNOGERONTOLOGÍA

La ancianidad en población zoque de Chiapas



Laureano Reyes Gómez

ETNOGERONTOLOGÍA

La ancianidad en población zoque de Chiapas





© 2016, Laureano Reyes Gómez

ISBN: 978-607-460-541-9

*Ilustración de portada: “Los dos abuelos”, (2014),
del Mtro. Reyes Gómez. Rex-Mex Gallery, Arts & Entertainment*

Diagramación: Víctor Manuel Montalvo Flores Magón

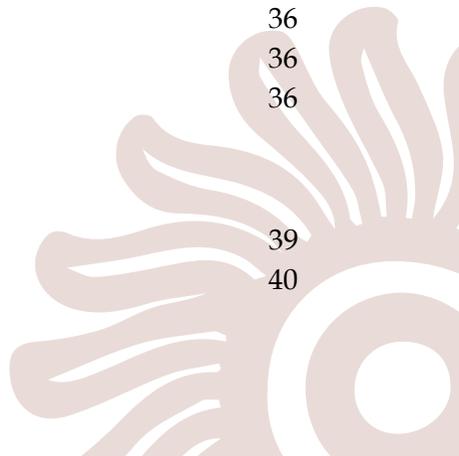
*La edición electrónica de este libro fue financiada por los fondos de la Red
Temática de Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social, 2016, CONACYT*

*Queda rigurosamente prohibida, sin autorización escrita de los titulares del
copyright, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción total
o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos
la reprografía, el tratamiento informático, así como la distribución de
ejemplares de la misma mediante alquiler o préstamo público.*

Índice



Dedicatoria	7
Agradecimientos	9
Prólogo	13
Introducción	17
Capítulo I	
Notas metodológicas	
Introducción	25
Acotación conceptual	27
La metodología cuantitativa	31
La metodología cualitativa	32
La observación participante	34
La entrevista en profundidad	35
La historia de vida	36
Los grupos focales de discusión	36
Problemas de investigación en campo	36
Capítulo II	
Cultura de la vejez	
Introducción	39
Estimación zoque de la edad	40





Evolución de la tercera edad	50
El problema de las actas de nacimiento	52
Los ancianos en situación de vulnerabilidad	55
Capítulo III	
Los achaques	
Introducción	59
La enfermedad de “viejo”	63
Casos clínicos	69
Caso 1. Síndrome de filiación cultural indoloro	69
Caso 2. Cuadro reumático	73
Caso 3. Complicaciones diabéticas	76
Los achaques en el proceso salud, enfermedad y atención	78
Capítulo IV	
Demencias	
Introducción	81
La perspectiva zoque	83
Casos clínicos	86
Caso1. Pérdida de memoria a corto plazo	87
Caso 2. Pérdida de memoria a corto y largo plazo	91
Caso 3. Pérdida de memoria a corto y largo plazo	95
Caso 4. Pérdida de memoria a corto y largo plazo	99
Ancianos solteros o sin hijos	102
Comentarios sobre los casos	104
Capítulo V	
El Consejo de Ancianos	
La gerontocracia	109
El desmoronamiento del Consejo de Ancianos	117
Ancianos “principales”	122
Epílogo	129
Anexo 1	
Glosario etnogerontológico en lengua zoque	133



Anexo 2	
Glosario etnogerontológico en lengua mixe	143
Anexo 3	
Registro fotográfico. Ancianos zoques	159
Bibliografía	177
Consulta en línea	182



Dedicatoria



In memoriam

Federico Reyes Fernández
María Teresa Gómez de Reyes

Benjamín Villasana Díaz
Yolanda Benítez de Villasana



Agradecimientos



En prolongadas estancias de campo, en especial en los pueblos zoques del noroeste chiapaneco, conté siempre con el apoyo de personas adultas mayores que me brindaron su hospitalidad al dedicarme valiosas horas de charla en visitas domiciliarias, permitiéndome observar *in situ* la vida de los ancianos, otras veces desarrollando pláticas informales o aplicando diversos instrumentos para el acopio de información.

La aventura en la búsqueda del dato etnogerontológico estuvo llena de recovecos, situación no atribuible a los informantes, sino a mi impericia en el campo de la hermenéutica, por el escaso manejo de la lengua nativa; espero no haberlos traicionado.

Varias personas e instituciones hicieron posible este estudio. Con el riesgo de omitir involuntariamente algunas de ellas, me referiré a mis informantes “clave”. En Chapultenango estoy en deuda con don Daniel de 88 años; don Juan de 85 y su esposa doña Mari de 80, quienes me apoyaron para entender la noción de “frío” y “caliente” de los alimentos. En Tapalapa, don Juan de 80 años, don Miguel de 78 y doña Juana de 77 me brindaron especialmente información relativa a las actividades de la congregación de viejos “adoradores”, y don Teófilo de 88 años, me explicó la forma tradicional “zoque” de estimar la edad y del proceso gradual de ingreso a la vejez. En Ejido Cálido, Jitotol, don Pedro de 89 años y doña Mari, su esposa, de 78, me permitieron obser-



var la vida de personas que sufren demencia en grado avanzado. En la Colonia Santa Catarina, Copainalá, doña Margarita de 93 años dio muestras de las funciones que desarrolla como cuentista local y plañidera, y me permitió observar cómo la aldea la procura no dejándola morir de hambre.

En Copainalá, don Luis de 78 años, me dictó verdaderas cátedras del funcionamiento del otrora Consejo de Ancianos y de cómo, en el primer cuarto del siglo XX, sus funciones han venido a menos al cambiar el sistema de gobierno indígena por colores partidistas, caracterizados por la corruptela de su gobernanza. En la colonia Esquipulas Guayabal, Rayón, don Laureano de 85 años, de oficio “yerbatero”, me orientó en relación a la nosología propia o asociada a la edad avanzada y de la terapéutica usada en sus pacientes.

En Nuevo Vicente Guerrero, Acala, doña Rosa de 91 años, en sus momentos lúcidos dio cuenta, a través de historias de vida, de los avatares que afronta una mujer viuda en la vejez extrema.

Visité otros municipios de la sierra norte de Chiapas, como Tecpatán, Coapilla, Ixhucatán, Pantepec y Pichucalco. Muchas otras personas apoyaron este proyecto, de quienes estoy profundamente agradecido el gesto solidario.

La investigación tanto en campo como en gabinete se realizó entre enero de 2011 y diciembre de 2014, bajo los auspicios del Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad Autónoma de Chiapas, y el Consejo Técnico del mismo Instituto leyó el reporte de estudio e hizo una serie de observaciones. Anna María Garza Caligaris revisó el texto a profundidad y sus observaciones permitieron orientar el trabajo, y Susana Villasana Benítez le dio una revisión final al texto de fondo y forma que ayudó a mejorar sustancialmente el trabajo. Otro tanto sucedió con el apoyo bibliotecario de la misma institución, que me hizo llegar cuanto material tenía a su alcance.

En forma especial deseo externar mi profundo agradecimiento a Humberto Saraoz Díaz por el apoyo brindado en la traducción del vocabulario etnogerontológico a la lengua zoque, de la variante dialectal de Tapalapa (Anexo 1). Así mismo, a Juan Carlos Reyes, por la traduc-



ción a la lengua mixe, de la variante dialectal de Alotepec, Mixe, Oaxaca (Anexo 2). El auxilio de este vocabulario básico fue primordial para comprender terminología nativa usada en la investigación de campo.

A todas las personas que de una u otra manera participaron en la elaboración de este trabajo, muchas gracias.

Prólogo



Cuándo conocí al autor, allá por el año de 1999, percibí en él algo que iba más allá de la frialdad de los científicos sociales. Laureano se mostró ante mí como un gerontógrafo que intimaba con las más profundas raíces de una realidad desconocida, lacerada por la pobreza y la alta marginación: El envejecimiento en las poblaciones indígenas, que él llamaba etnogerontología. Línea de investigación que analiza comparativamente lo que significa la experiencia de la edad avanzada en las poblaciones originarias, así como el significado social de la vejez en un contexto en el que la carencia, la falta de servicios, es un reflejo de una sociedad indiferente y peyorativa hacia quien entra en una etapa de la vida caracterizada por una mayor dependencia, necesidad de cuidados y atenciones. En otras palabras, el autor nos presta la voz de una vejez extrema en la que la salud se ha deteriorado y se deja de ser productivo, una vejez que se encuentra en el más profundo olvido social.

El autor nos presenta esta realidad no como algo mágico y digno de admiración, sino como un fenómeno sociodemográfico dinámico, que implica cambios en la percepción de los mayores y su tratamiento, toda vez que hay varias carreras y formas de envejecer según sexo, salud, posición socioeconómica, redes sociales solidarias y afectivas, estatus social, religión y muchas otras estrategias culturales frente al envejecimiento.



Pese a que los avances en las ciencias médicas nos han permitido conquistar edades avanzadas, los *nuevos* viejos se enfrentan a la ausencia de servicios geriátricos y gerontológicos, lo que pone en riesgo su integridad convirtiéndose en un reto hacia la conciencia social. En la lectura de este texto, el lector va levantando preguntas como: ¿Cómo hemos conquistado los años?, ¿qué clase de conquista es esta?, las respuestas quedan latentes en cada línea, en la descripción profunda del autor que nos asombra con su versatilidad que logra captar la atención del lector -sea éste un especialista en la investigación gerontológica o no- con ecos de una penosa y dolorosa realidad en la que el sentido y la gracia de vivir no se desvanecen.

En *Etnogerontología, la ancianidad en población zoque de Chiapas* —obra que tengo el honor de prologar— la voz del profesor Reyes se confunde con la de sus informantes, lo que deja claro la calidad de su labor antropológica y el compromiso con la realidad que analiza y expone con una tesitura narrativa, vivacidad y sensibilidad.

El ser hablante nativo de la lengua mixe o *ayuuk*, idioma emparentado lingüísticamente con el grupo zoque, donde realizó la investigación, nos introduce al “emic” y “etic” acerca de los temas que toca a lo largo de su capitulado: La cultura de la vejez, los achaques, las demencias y la importancia del Consejo de Ancianos. En este temario del autor nos muestra ¿Qué significa vivir la experiencia de la vejez en un contexto que la impone como una agonía caracterizada por la falta de servicios y el poco apoyo?, ¿qué implica olvidar el propio nombre al llegar a edades avanzadas?, ¿será perder un poco de la identidad? Preguntas que con gran esmero responde adentrándose en la experiencia de la enfermedad de los ancianos, la forma en que ésta afecta su desempeño y de uno u otro modo fomenta su exclusión de aquellas actividades que desempeñaban cuando jóvenes.

Con esto no me queda más que invitar al lector a embarcarse en un viaje a través de los sentidos y sinsentidos de la vejez, la cultura en estas comunidades, la estructura social en la que están insertos, sus costumbres, tradiciones, religión y curaciones por medio de la herbolaria; a adentrarse en la creencia de los ancianos en la magia y en aque-



llos espacios en los que pueden ejercer un oficio respetado y reconocido por todos, pero también en las imágenes de la incapacidad, la demencia y la exclusión. Un viaje que el profesor Reyes hace ameno conduciéndonos a través de diversos géneros literarios que inyectan poesía en la prosa de los informantes y compartiendo un poco de la forma de vida de sus informantes por medio de un glosario que nos proporciona una base lingüística para comprenderlas e interiorizarlas.

Al final de esta obra el lector nos recompensa con excelentes fotografías en las que se aprecia su cercanía con las personas, sus problemas económicos y socioculturales. En pocas palabras, esta obra es una puerta hacia un mundo de narraciones, personajes y descripciones que nos remiten hacia ese México profundo, vulnerable y lleno de vicisitudes que nos plantean la urgente necesidad de repensar la política pública hacia los mayores y nuestro propio compromiso social para con ellos.

FELIPE R. VÁZQUEZ PALACIOS
Xalapa, Ver., 22 de febrero de 2016

Introducción



Investigar la vejez en contextos indígenas y en poblaciones rurales marginadas tiene implicaciones socioculturales y económicas que le dan al estudio ciertos matices, permitiendo hacer distinguos de comparación con ambientes urbanos. En el primero se conjugan generalmente pobreza extrema y alta marginación; en el segundo, aunque tienen rasgos de pobreza, hay, por ejemplo, mayores programas de atención al sector envejecido. Ante ambientes diferenciados, la cultura de la ancianidad, en una u otra realidad, se expresa de diversas maneras, aunque en el fondo comparten similitudes. Las realidades, entonces, son complejas y complementarias. Para investigar la cultura de la vejez en comunidades indígenas hemos recogido historias que evidencian “la existencia de varias ‘carreras’ y formas de envejecer según posición socioeconómica, redes afectivas y solidarias y condición de nichos ecológicos” (Reyes y Villasana, 2011: 219).

De ninguna manera los resultados de esta investigación habrán de generalizarse para todos los pueblos indígenas, se trata tan sólo de una forma de expresión de la ancianidad en un contexto cultural y económico, principalmente de la región noroeste del estado de Chiapas, en territorio nativo zoque.

Hablamos de vejez en contextos indígenas, rurales o urbanos (y no de vejez urbana, vejez rural o vejez indígena), porque las diferentes expresiones socioculturales de la vejez no la determinan por sí sola ni



la región, ni la cultura. Son varios condicionantes (economía, salud, lazos afectivos, redes de apoyo social frente al envejecimiento, etcétera) los que se entretajan y contextualizan las formas de vivir la vejez al interior de los grupos humanos sin delimitar fronteras geográficas o culturales. Querer identificar fenómenos sociales específicos (generalización) – cultura, economía – a demarcaciones geográficas, se llama reduccionismo geográfico o cultural. En los contextos rurales, urbanos y rurales indígenas, la infraestructura para atender la vejez es diferente, y en algunos casos distinguidos socialmente por indicadores de mayor analfabetismo, condiciones de vida de alta marginación, lo que enfatiza más la diferenciación social.

Así, el maltrato al anciano, el abandono de persona, la vejez “exitosa” y “no exitosa”, la pobreza, los lazos afectivos solidarios y filantrópicos, las enfermedades crónico-degenerativas, la gerontocracia y muchos otros fenómenos en la vejez no se delimitan territorialmente. Las “vejeces” en diferentes contextos tienen puntos de encuentro, pero también de desencuentro.

Buscando diferenciar la vejez en contextos rural y urbano, Vázquez y Reyes (2006: 314), sugieren:

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

En cambio, la vejez en comunidades rurales se presume más ‘tradicional’ en términos culturales, los servicios médicos son básicamente de primer nivel de atención, el trabajo generalmente es sin remuneración en metálico o de menor monto, y la actividad es básicamente agropecuaria; el retiro de la actividad



productiva se establece hasta el límite de las capacidades y habilidades físicas, la mayor de las veces sin esquemas de jubilación o pensiones; prácticamente no existen asilos de ancianos, y los programas de atención al sector envejecido son escasos o nulos. Algunas veces hay un órgano conocido como ‘Consejo de Ancianos’ y tiene funciones básicamente de carácter ritual, pero no afecta la toma de decisiones políticas. Es la familia – especialmente la mujer – la que afronta el cuidado y la atención de los ancianos, aunque se advierte la intervención del sector religioso con fines proselitistas.

En la comunidad indígena, por ejemplo, es común la existencia de redes solidarias a través de instituciones gerontocráticas como el Consejo de Ancianos que varios pueblos aún mantienen, y otros espacios culturales donde algunos viejos – mayoritariamente masculinos – en tanto se mantengan medianamente sanos y en especial lúcidos, cumplen roles protagónicos (rituales de competencia mágica o religiosa, música y danza nativa, el uso de la lengua originaria, la terapéutica indígena, la artesanía, la costumbre “tradicional” que le da identidad al grupo, liderazgo político, etcétera), otras veces los intereses de la población joven y madura entran en conflicto, generalmente con saldo negativo en la población anciana, especialmente si no cuenta con sólidas redes afectivas y de soporte solidario y filantrópico en la vejez, y los vuelve vulnerables a sufrir maltrato de muy diversa naturaleza, arrebatado del poder político, pérdida de estatus social. Los abuelos dejan de ser la única fuente de conocimiento y son considerados de ideas “atrasadas”.

Los primeros trabajos etnográficos que registraron los roles protagónicos en la vejez en poblaciones indígenas, dibujaban prácticamente un paraíso gerontocrático, generalizaban la idea donde el viejo masculino era percibido e idealizado en roles protagónicos investido de poder, liderazgo, sabiduría, magia y hechicería; considerado como 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 en poblaciones indígenas, teóricamente, tendrían resueltos muchos de sus problemas de cuidado y atención en la senectud, a diferencia de sus similares mestizos.

La ancianidad, en estos contextos socioculturales se desarrolla en una heterogeneidad de expresiones complejas de vivir la edad avanzada, donde la visión idílica que algunas investigaciones han reportado sobre los pueblos indígenas resulta insuficiente para explicar y reducir la vejez a un paraíso gerontocrático (Aguirre, 1953; Caso, 1971; Guiteras, 1988; Neiburg, 1988).

La vejez, entonces, es heterogénea. Se aprecia, más bien, una lucha intergeneracional, donde el conflicto por el poder es el centro del escenario, dejando a los viejos, en el mejor de los casos, el manejo de los rituales mágico-religiosos que no inciden en la toma de decisiones políticas comunitarias.

Este trabajo busca dar cuenta de algunos resultados de investigación realizados en población anciana (60 y más años de edad); principalmente se hace referencia a población geronte localizada en el extremo noroeste del estado de Chiapas, en los municipios de Jitotol, Chapultenango, Tapalapa, Ocoatepec, Tecpatán, Copainalá, Pantepec y Rayón, y se citan ejemplos, con fines estrictamente comparativos o para destacar algún caso específico, de otros grupos indígenas de México, especialmente de los mixes de Oaxaca, pueblo hermanado lingüísticamente con los primeros.¹ Pretende brindar información respecto al trato y rol social que juegan los adultos mayores, hombres y mujeres, justo en la etapa de la vida cuando los requerimientos en la atención de la salud se hacen más evidentes, y el anciano, dada su edad avanzada, deja de ser el proveedor de la familia, y pasa a ser dependiente de terceros.

¹ El Capítulo V dedica un apartado especial respecto del funcionamiento del Consejo de Ancianos en comunidades mixes, toda vez que la propiedad comunal de la tierra influye en la conformación de este órgano, no así en pueblos zoques, cuya propiedad de la tierra es ejidal, y se rige bajo el sistema de asamblea. Otro tanto sucede con el Anexo 2 (Glosario etnogerontológico en lengua mixe), que se incluyó con fines comparativos, por pertenecer a la misma familia etnolingüística.



El libro está estructurado en cinco capítulos, y busca dar cuenta de cómo se vive la ancianidad en pueblos indígenas, analizada como influencia de un fenómeno demográfico mundial, y no como un hecho social aislado. Esta perspectiva nos permitió estudiar la vejez en diferentes expresiones de la vida social, especialmente cuando hay conflictos intergeneracionales, pero también cuando el viejo desarrolla roles protagónicos ejercidos a través de la gerontocracia, es decir, estudia el significado social de ser persona mayor en la vida contemporánea de los pueblos originarios.

Así, el capítulo I explica la metodología utilizada para el estudio etnogerontológico en comunidad, del acopio y análisis de la información de campo. Así mismo, discute conceptos que permiten estudiar la vejez en comunidades indígenas, caracterizadas por sus indicadores de pobreza.

El capítulo II, “Cultura de la vejez”, da cuenta de la noción que tienen las comunidades en estudio respecto a la forma tradicional de estimar la edad y las diferentes fases en que dividen la vejez, enfrentando dos mundos: la concepción indígena de estimar o medir los ciclos biológicos, y la visión mestiza de medir la edad cronobiológica con fines de análisis estadístico. Posteriormente, se aboca al análisis de la evolución de la tercera edad en serie estadística de 1910 a 2010 y su impacto en la forma de percibir y atender la vejez. Uno de los grandes problemas que afronta el sector envejecido es la falta de actas de nacimiento, documento oficial requerido para que el anciano sea beneficiario de los programas oficiales de asistencia gubernamental, especialmente los de apoyo económico. Como era de esperarse, justamente son los ancianos más pobres, analfabetas y especialmente las viudas quienes quedan en desprotección, y acrecienta su vulnerabilidad.

El capítulo III “Los achaques”, refiere a una etapa de la vida que ha sido percibida y adjudicada muy en especial a la población envejecida. Los padecimientos han sido distinguidos según clasificación térmica de los cuadros mórbidos y la atención a la que tienen acceso. Se presentan tres casos, y se le da seguimiento hasta el desenlace del evento, bien sea sanado, controlado o con la muerte del paciente. Los



tratamientos son descritos desde la perspectiva médica tradicional y la combinación de la medicina alópata.

El capítulo IV está dedicado al estudio de las demencias, padecimiento también identificado como propio de la población anciana. La demencia, se ejemplifica a través del análisis de cuatro casos mediante los cuales se evidencia la falta de tratamiento, toda vez que es visto como un padecimiento “natural” o propio de la edad avanzada. Como corolario, el capítulo advierte que una vez que al paciente se le ha identificado “que su cabeza se ha vuelto loca”, de la misma manera la persona es despojada de su estatus social y deja de ser elemento operante en la familia y en la sociedad, es decir, deja de ser sujeto pensante, al no poder recordar y razonar, y ya no es considerado en la toma de decisiones.

El capítulo V está dedicado al análisis del funcionamiento del Consejo de Ancianos que algunas comunidades indígenas aún conservan. A los ancianos “principales” que integran el Consejo le son encomendadas tareas del ámbito ritual, en especial los de carácter religioso, por el manejo que tienen de la “costumbre” y uso de la lengua indígena para la celebración de los rituales. El poder que le asistía al Consejo de Ancianos ha sido despojado por la población joven que ahora lo ejerce desde el cabildo, afiliado a colores partidistas, donde el viejo no tiene cabida.

Finalmente el trabajo termina con tres apéndices, se trata de dos glosarios de terminología etnogerontológica en lengua nativa (zoque y mixe), que nos ayudaron a entender la concepción que se tiene de la vejez a partir de rasgos lingüísticos; el tercer anexo es un registro fotográfico de ancianos zoques que amablemente aceptaron posar para la cámara y autorizaron que su imagen fuera parte de este libro, no sin antes acicalarse, especialmente los hombres quienes buscaban dar una imagen “galana”; las mujeres, en cambio, mostraban menos preocupación en el arreglo personal, prefiriendo mostrarse como eran “en realidad”.

Varias partes de este estudio han sido presentados como avance de investigación, y hoy se conjuntan dando cuerpo un texto más amplio.



“Flores y reverencia”
28 de marzo de 2011, Chapultenango, Chiapas
Fotografía de José Espinosa Sánchez

Capítulo I



Notas metodológicas

Un anciano subió con dificultad a la batea de la camioneta; el joven le dijo al viejo:

- Es triste llegar a viejo, abuelo.

El anciano, después de tomar aliento, alcanzó a contestar:

- Es más triste no llegar.

Don Miguel, 91 años. Tapalapa, Chiapas.

Introducción

El interés de este capítulo es dar a conocer cómo los pueblos indígenas, no obstante de vivir en situaciones de muy alta marginación, a) sobreviven a condiciones adversas de pobreza extrema y falta de servicios médicos asistenciales en la ancianidad, y b) logran conquistar edades avanzadas, en algunos casos, con una esperanza de vida por arriba del promedio nacional. De hecho, en nuestro estudio trabajamos principalmente con personas de 85 y más años de edad.

Así, durante el trabajo de campo fue factible encontrar, eventualmente, hasta tres generaciones de ancianos indígenas, algunas veces compartiendo el terreno común de la vivienda, donde el abuelo podría estimarse la edad en cien o más años, el hijo octogenario, y el “nietecito” de 60 o más años. Son casos excepcionales, pero hay familias muy longevas. Hoy día es cada vez más fácil alcanzar edades avanzadas y el ser viejo ya no es digno de admiración como antes; este fenómeno impacta de varias maneras en las formas de percibir y atender la ancianidad.



Así mismo, el estudio muestra que en los años de vejez no siempre se dan en las mejores condiciones de vida, por el contrario, envejecer podría significar prolongar años a la vida en situación de miseria y soledad, especialmente si se padece alguna discapacidad o enfermedad crónica-degenerativa, sin mayores soportes en la edad adulta mayor. El Estado y la sociedad, entonces, se encuentran ante una situación que implica cuestiones éticas y morales: ¿prolongar más años a la vida llena de privaciones o aminorar el sufrimiento con menor esperanza de vida? Los ancianos merecen mejores respuestas, brindándoles servicios médicos y sociales, que promuevan una vejez saludable y activa, y no minucias. Es un acto de justicia social.

Este trabajo pretende mediar, por un lado, la visión catastrófica de la ancianidad vista sólo como “pérdidas” (debilidad, discapacidades, limitaciones, pobreza, falta de apoyos afectivos y soportes, maltrato, abandono, etcétera) y el extremo de dibujar el mundo de “ganancias” (liderazgo, sabiduría, poder, control, capacidad, etcétera). Se busca, en todo caso, ejemplificar cómo se vive la vejez en situaciones complejas tanto con saldo a favor o en contra. Es decir, qué significado social implica el hecho de envejecer en comunidades indígenas. Evidentemente existen muchos vacíos, por ejemplo queda pendiente el estudio de la conducta perversa y criminal en la edad adulta mayor, el enamoramiento, la viudez, la herencia y otros muchísimos tópicos que no han sido tratados en este trabajo.

Para estudiar la vejez y el proceso de envejecimiento desde una perspectiva etnogerontológica combinamos las metodologías cuantitativa, aplicada en el perfil sociodemográfico, y la cualitativa, en la descripción y análisis etnográfico de la población en estudio. Ambos métodos fueron complementarios. Por un lado, la metodología cuantitativa nos permitió conocer, entre otras cosas, el proceso de envejecimiento demográfico, analizado con base en datos censales, en series estadísticas de 1910 a 2010; así mismo, fue factible delinear el perfil sociodemográfico de los adultos mayores. Por otro lado, nos apoyamos en la metodología cualitativa buscando entender y explicar “cómo se vive el último tramo del ciclo de vida a partir de los 60 y más años de

edad, en un grupo étnico determinado, cuyas particularidades socio-culturales y efectos externos a la cultura nativa, influyen y modifican la manera de concebir, atender y vivir la vejez en comunidades rurales, caracterizadas por alta marginación y pobreza extremas” (Reyes y Villasana, 2011: 219), especialmente cuando en Chiapas el porcentaje estatal de viejos prácticamente se triplicó: en 1990 de 2.5% pasó a 7.2% en 2010, y la esperanza de vida, en el mismo periodo a nivel nacional, se incrementó a ritmos acelerados, de 30 años a 72 años, siendo 69 años para los hombres, y 75 años para las mujeres.

Este cambio demográfico influyó, desde mediados del Siglo XX, apoyado entre otros factores como el económico, cultural y la estructura política de la población joven y madura, en intensificar la lucha intergeneracional, arrebatando el poder antes ejercido por los viejos a través del Consejo de Ancianos, y modificando la dirección política por sistema partidista. Los viejos no tuvieron cabida en la nueva esfera de poder, y fueron marginados toda vez que los puestos directivos exigían saber leer y escribir, mayor bilingüismo, contar relaciones con el exterior y “conocer las Leyes”.

Otros factores influyeron también en segregar a los viejos, así, la educación escolarizada junto con la introducción de nuevas tecnologías (radio, tv con señal abierta y satelital, telefonía convencional e inalámbrica, computación y servicio de internet, automóviles, etcétera) contribuyeron en buena medida para que los viejos dejaran de ser la fuente importante de información y conocimientos, teniendo poca o nula intervención en las nuevas esferas de “competencia moderna”. En el mundo mayoritario de jóvenes “modernos”, los viejos fueron vistos como “tradicionalistas”, dejándoles sólo espacios de competencia en la esfera ritual, especialmente los actos religiosos que la “costumbre” dictaba, como prácticas mágicas, terapéuticas, música, danza, lengua, artesanía, etcétera, donde no ponían en riesgo la toma de decisiones políticas comunitarias.

Acotación conceptual

Hablamos de “vejez en contextos indígenas” o “vejez en población indígena”, para referirnos al estudio etnogerontológico que se desarrolla



en poblaciones originarias contemporáneas que poseen una cultura y lengua propia que le da identidad al grupo. Desde el punto de vista socioeconómico estos grupos se caracterizan primordialmente por altos índices de marginación social. Al incrementarse paulatinamente la población anciana y conquistar edades avanzadas, la vejez deja de ser vista como algo mágico ya no es digna de admiración y respeto, especialmente si no se conquista investida de poder, liderazgo o esté asociada a gozar alto estatus social. La comunidad, modifica la forma de percibir, atender y vivir la vejez; surgen o se potencializan, incluso, conductas gerontofóbicas y gerascobólicas, negando o rechazando la vejez.

Hemos dejado atrás el concepto de “vejez indígena”, a secas, pues este último tiene su origen en los primeros estudios etnográficos, de tendencia culturalista, bajo supuestos que la cultura de la etnia, por sí sola, brinda un trato preferencial a sus ancianos, logrando con ello una sociedad de viejos que muestra una imagen idílica y homogénea, tal como lo enunciamos en otros trabajos (Reyes, 1999; Vázquez y Reyes, 2006: 313-327; Villasana y Reyes, 2006; Robles, Vázquez, Reyes y Orozco, 2006). Al basarse en datos demográficos del siglo pasado y dada la escasez de ancianos (entre 1% y 3%) y la baja esperanza de vida, los estudios de vejez, explicaban el trato preferencial a sus mayores con una carga cultural o distintiva de “indígena”.

Evidentemente estos reportes tenían un sesgo, toda vez que daban cuenta solamente de un sector de la población anciana, y la generalizaban como un rasgo cultural de estos pueblos; se refería entonces a un grupo selecto de viejos masculinos, que gozaban de alto estatus social, lúcidos y con liderazgo, llenos de sabiduría, obedecidos y respetados por sus descendientes. Esa visión culturalista de la vejez cambió al apoyarse en la teoría de la modernización, que según Cowgill y Hollmes (1982) postulaban que en los pueblos no industrializados se daban esas características, y a medida que el proceso de industrialización avanzaba, la pérdida gradual del estatus social se acompañaba del crecimiento demográfico de la población anciana.

Si alguna vez existió este paraíso gerontocrático aplicado a toda la población ha quedado en el pasado, pues con el rápido envejecimien-

to demográfico experimentado en las últimas décadas, las formas de concebir, vivir y atender la vejez se han diversificado, muchas veces con saldo negativo para la población envejecida, especialmente si sufren alguna enfermedad crónica-degenerativa o discapacidad. Pensamos entonces que no existe el modelo idílico de “vejez indígena” *per se*, pues la cultura está en constante cambio; así, hablamos de varias “carreras” y formas de envejecer según género, posición social, económica, de salud, de redes sociales, afectivas y solidarias en la edad adulta mayor, de apoyos religiosos y filantrópicos, etcétera. Por estas y otras razones, preferimos hablar de “vejez en población indígena o en contextos indígenas”, para dar cuenta de la complejidad y heterogeneidad de la ancianidad en los pueblos originarios.

Así, cuando hablamos de vejez en “contextos indígenas” indica dónde se hizo el estudio, más no determina el *tipo* de vejez, como si se tratara de un acción mecánica. Ser viejo indígena, hoy día, no garantiza una vejez “exitosa” tal como sugerían los reportes culturales de la época.

Una precisión metodológica es no caer en reduccionismos geográficos o culturales; la región no determina por sí misma un tipo distintivo de vejez para que sea “exitosa” o menos afortunada. Las diferencias en estos contextos son, en todo caso, de accesibilidad y disponibilidad a servicios de salud y atención geriátrica y gerontológica, además de rasgos socioculturales particulares como el Consejo de Ancianos que algunas comunidades todavía conservan para atender asuntos de carácter ritual, y roles sociales específicos asignados culturalmente a los mayores. Se trata de toda una trayectoria construida desde edades tempranas, que más tarde conforman la esfera social reservada al sector masculino, integrado por ancianos “principales” en tanto gozan de alto estatus social, medianamente sanos, con lucidez mental y se reconoce o ejercen influencia cultural en la vida comunitaria.

Generalmente a los ancianos que gozan de alto estatus social se les asigna acciones protocolarias y el desarrollo de los rituales, principalmente, de carácter religioso, donde no ponen en riesgo o influyen en las decisiones que afecten la vida política bajo el control de jóvenes y gente madura. Son excluidos de este cuerpo de élite las mujeres,



los viejos con conductas criminales y perversas explícitas, los mendigos, los que sufren alguna discapacidad (sordos, mudos, ciegos), los alcohólicos crónicos, los que no dominan ningún arte, magia o conocimientos “tradicionales” que lo identifiquen como anciano digno de admiración y respeto, y, muy en especial, los que sufren demencia. Es decir, hay viejos respetados, maltratados, abandonados, mendigos, venerados o ignorados en varias sociedades, indígenas o no, rurales o urbanas. Son varios los condicionantes (economía, salud, lazos afectivos y solidarios, etcétera) los que contextualizan las formas de vivir la vejez al interior de los grupos humanos sin delimitar fronteras geográficas o culturales. En los contextos rurales, urbanos y rurales indígenas, la infraestructura para atender la vejez es diferente, y en algunos casos distinguidos socialmente por indicadores de mayor analfabetismo, lo que enfatiza más la diferenciación social.

Si no es la región, ¿qué hace entonces que un viejo sea cuidado o abandonado a su suerte? Las causas son multifactoriales; entre otras hipótesis referimos:

- Fuertes lazos afectivos construidos en el seno de la familia (generalmente delegados en la mujer). Así, un viejo muy pobre, que cuenta con sólidas redes afectivas, podría tener una vejez provista de cuidados y atenciones.
- Redes de apoyo solidario en la vejez (filantropía entre vecinos y la comunidad en su conjunto). La comunidad cuida de los viejos, a menudo comparten alimentos. Son los “abuelos” del pueblo.
- Vínculos estrechos de apoyo afectivo y solidario a través del sistema de parentesco ritual (compadrazgo, por ejemplo).
- Sentimientos morales respaldados desde la concepción religiosa “es una prueba que Dios te manda, y ganarás votos” —indulgencias—. El cuidado de los viejos es visto como designio divino, una especie de “suerte”. La tarea es depositada culturalmente en la figura femenina, y el varón, en el mejor de los casos, hace las veces de proveedor.
- Bases culturales fundadas en relaciones recíprocas: “cosechas lo que siembras”. Tratar a los hijos (y al viejo) como se quiere ser atendido en la edad adulta mayor, o devolver el trato que el viejo dio a los su-

yos. Esta doble relación presupone una reciprocidad de atenciones/desatenciones.

- Programas de asistencia social del Estado, principalmente las de soporte económico. En la mayoría de los ancianos ese recurso es el único ingreso monetario con el que cuentan.
- La herencia funciona como una especie de “seguro” a cambio de cuidados en la vejez (intereses instrumentales). Las reglas de herencia establecen que el hombre, principalmente el ultimogénito hereda, y la mujer, provee los cuidados. Así, es factible que una familia con varios hijos varones, sólo uno se haga cargo de los padres.
- Ayuda mutua. Viejos que cuidan a viejos. Sistema de reciprocidad vecinal y/o familiar que se procuran cuidados y atenciones en la vejez. El grupo católico de “Adoradores” hace manifiesto este tipo de apoyo de hermandad a través de las “bienhechoras”.
- La mendicidad. Son los menos, y sobreviven de la caridad pública. Generalmente se trata de viejos con débiles redes afectivas y solidarias, abandonados a su suerte por parte de los suyos o que no cuentan con familiares o éstos se hacen los desentendidos.

La metodología cuantitativa

Para la realización de este trabajo se hizo un concentrado estadístico de la población envejecida por grupo étnico, esto nos permitió conocer el porcentaje de población adulta mayor por adscripción indígena en el estado. Así mismo, fue factible diferenciar, por cohortes de edad y sexo, el crecimiento heterogéneo al interior de los grupos originarios. Con fines de análisis cuantitativo, seleccionamos a la población zoque, que resultó ser la más envejecida. Otro tanto sucedió en la elaboración de un concentrado de evolución de la población total de la tercera edad, en serie estadística de 1910 a 2010. El comparativo nos permitió conocer el crecimiento demográfico del sector envejecido, entendiéndolo como respuesta a un fenómeno demográfico mundial.

Se consideró población “vieja” o “anciana” a personas de 60 y más años de edad, y que declararon hablar alguna de las cuatro lenguas originarias del estado, para ser incluidas como adulto mayor e indíge-



na. La información estadística fue procesada en el programa SPSS, y se cruzaron las variables consideradas, tales como cohortes de edad, sexo, lengua indígena, bilingüismo, alfabetismo, ingreso salarial, acceso a servicios médicos, discapacidad, etcétera.

La metodología cualitativa

El trabajo busca romper el mito de la vejez idílica y homogénea que varios estudios etnográficos reportan para comunidades originarias de México (Aguirre, 1953; Caso, 1971; Guiteras, 1988; Neiburg, 1988),² y brindar una perspectiva amplia e incluyente de otras formas de envejecer, para ello se consideró importante incluir en el estudio a viejos que constituyen contra-ejemplos, es decir, dar cuenta de aquellos ancianos “comunes”, hombres y mujeres de bajo estatus social, pobres, enfermos, con débiles redes de apoyo afectivo y solidario, con padecimientos crónico-degenerativos —especialmente las de deterioro cognitivo—, y retirados del trabajo, para ser contrastados con la visión de la vejez de rasgos gerontocráticos, aquella donde el viejo es percibido por el gerontógrafo en un paraíso de la ancianidad, donde su autoridad es respetada y venerada por sus descendientes y la comunidad en su conjunto. Ser viejo bajo esta última perspectiva teórica es lo máximo, toda vez que tienen resueltos sus cuidados y atenciones en la senectud, a diferencia de sus similares desprovistos de alto estatus social y poder.

Ponemos en la escena de estudio a dos tipos de vejez antagónicos, el primero integrado por ancianos “principales”, y el segundo, aquellos desprovistos de prestigio y estatus social alto, que integran la vejez del “común”. Advertimos, como ya se refirió anteriormente, que se pertenece al primero en tanto el individuo permanece lúcido y/o es

² Los primeros estudios del papel social de los viejos (masculinos) en la cultura indígena de México enfatizaban la imagen respetada y venerada de los abuelos, otro tanto sucedía en el plano social, donde los mayores ocupaban un sitio privilegiado de autoridad, liderazgo, sabiduría y muchos otros rasgos gerontocráticos. Esta forma de percibir los roles en la edad adulta llamó poderosamente la atención de los antropólogos, y generalizó esta visión como rasgo distintivo de los pueblos nativos respecto de sus ancestros. La gerontocracia existe, pero sólo la ejerce un grupo selecto de viejos, y bajo ninguna circunstancia puede ser generalizada para los ancianos indígenas contemporáneos, aunque esa visión persista hasta nuestros días.

autosuficiente para sus cuidados y atenciones; una vez que se vuelve dependiente, sólo se retira del Consejo, y va siendo reemplazado por nuevos miembros.

Los contra-ejemplos son aquellos viejos que viven en situación de pobreza, que no necesariamente gozan de alto estatus social o no manejan habilidades que los caractericen como ancianos “principales” (consejeros, artes y oficios, oradores, etcétera), pero que cuentan con sólidas redes afectivas y solidarias en la vejez a través del compadrazgo, por haber criado con cariño, amor y trabajo a su familia, por redes de apoyo religioso, ayuda filantrópica de vecinos y amigos, entre otros soportes, que permiten al viejo afrontar la vejez con cuidados y atenciones en la edad extrema. Por otro lado, hay viejos con débiles redes de apoyo afectivo y solidario que sufren maltrato y abandono por parte de la familia, a manera de trato recíproco, especialmente si durante la crianza trató con rudeza a su familia. Algunos de estos casos sobreviven de la caridad social.

El estudio, entonces, critica la vejez con visión cultural homogénea, aquella que presume o presupone el poder gerontocrático *per se* de los ancianos. Por el contrario, la investigación busca brindar una visión amplia de la ancianidad, evidenciando con ello varias “carreras” y formas de envejecer según género, posición socioeconómica, salud, relaciones intergeneracionales, redes afectivas y solidarias frente al envejecimiento, entre otros soportes. Se trata, pues, de conjugar varios escenarios considerando las pérdidas (emocionales, facultades mentales, deterioro físico, soledad, viudez, abandono, poder, maltrato, etcétera), y algunas posibles ganancias conquistadas con la edad (estatus social alto, gerontocracia, sabiduría, experiencia, liderazgo), hasta considerar, incluso, la conducta criminal y perversa en la edad adulta mayor (estafa, violación, abuso de poder, despojo, entre otras conductas delictivas) que brinden un comportamiento heterogéneo y complejo de ser viejo en estas sociedades.

Las preguntas centrales que guiaron la investigación fueron: ¿Cómo afrontan los procesos de salud-enfermedad-atención en la edad adulta mayor?, ¿cuáles son los distingos culturales de la ancianidad con respecto a la ancianidad en comunidades indígenas?, ¿qué redes de



apoyo construyen para hacer frente al envejecimiento ante situaciones adversas de pobreza extrema y alta marginación?

En prolongadas estancias de campo utilizamos como técnicas de investigación la observación participante, la entrevista en profundidad, los grupos focales de investigación y las historias de vida. Así mismo, contando siempre con la autorización de los entrevistados, usamos como apoyo etnográfico el vídeo, la fotografía y la grabación de audio; todas estas herramientas fueron bien aceptadas, pues los entrevistados participaban activamente. Les encantaba ver su imagen y plasmado su testimonio en vídeo. Varios de los entrevistados, principalmente varones, no les gustaba salir a cuadro “fachosos”, y hubo quien se pintara el cabello, para verse atractivo, joven, elegante, gallardo. Las mujeres, en cambio, eran menos acicaladas, aunque a menudo declaraban menor edad cronobiológica.

Con fines de diferenciar las etapas de la vejez, respetamos los distinguos que hacen los zoques en relación a las fases etarias en la edad adulta y el ingreso gradual a la vejez. Así, la selección de informantes buscó cubrir un espectro amplio, que incluyera tanto a hombres como a mujeres de diversas edades (pre-viejos o maduros, de 30 a 59 años; los de media vejez o media juventud como prefieren llamarle, de 60 a 75 años; los viejos completos funcionales-independientes, autosuficientes, considerados entre los 76 y 84 años de edad; y la vejez extrema – dependientes en cuidados y atenciones –, estimada a partir de los 85 años, o antes, si una enfermedad incapacitante se presenta).

La observación participante

Durante el trabajo de campo la observación participante fue una herramienta que permitió recabar información de valía cuando, en diferentes espacios sociales, se involucra el investigador en la participación de la vida cotidiana – en la casa, en la calle, en la iglesia, en la fiesta, en el parque – y se registra cada evento respecto al trato que recibe el anciano por parte de los suyos o de la comunidad en su conjunto. Las pláticas informales permitían “romper el hielo” y estrechar la amistad. La visita a los ancianos en diferentes ámbitos, especialmente si vivían

solos o estaba enfermos era agradecida colmando de bendiciones al visitante. Las observaciones realizadas se capturaron en fichas de campo, o sirvieron de referente para contrastar información etnográfica de otros grupos étnicos.

La entrevista en profundidad

Fue realizada gracias al diseño de un guion de entrevista con preguntas abiertas, que permitió conocer el dato “fino” sobre un tópico específico. Así, se trataron asuntos relacionados, por ejemplo, de algún padecimiento concreto (diabetes, cuadros reumáticos, alteraciones del sueño, cuadros depresivos, etcétera). El interés de conocer el dato en profundidad estuvo dirigido, principalmente, a las nociones de salud-enfermedad-atención que tenían respecto del padecimiento, desde la perspectiva indígena. El tema de los “achagues” fue muy socorrido, pues el problema estaba a flor de piel, y se explayaban al ser escuchados. Las entrevistas a los pacientes fueron conducidas buscando conocer la “carrera del enfermo”, es decir, dar cuenta de las diferentes opciones de atención a la que tiene acceso el paciente en la búsqueda de recuperar la salud, hasta el desenlace del evento, bien sea sanado, controlado el padecimiento, o culmine con la muerte del sujeto. Las quejas eran constantes respecto a la falta de servicios médicos y sociales, especialmente en la edad adulta mayor.

La visita a los ancianos, principalmente aquellos quienes viven solos o en pareja, siempre nos recibieron con amabilidad y alegría. Sin embargo, es importante referir que los viejos varones tendían a explayarse más en las entrevistas, a diferencia de las mujeres, cuyas respuestas eran lacónicas. Otro tanto sucedía cuando se entrevistaba a la mujer, a menudo era el hombre quien respondía las preguntas, asumiendo su papel de jefe de familia; estas charlas no eran consideradas para fines de análisis. La mujer está subyugada no sólo por su condición de género, sino además por situaciones de pobreza, por su adscripción étnica y, por criterios etarios, es decir, por vieja.³ A pesar de todas estas

³ Para comprender mejor estas articulaciones de género y estratificación de raza y etnia, sugiero leer el trabajo de Díaz-Tendero, 2012.



barreras impuestas socialmente, algunas ancianas alcanzan conquistar espacios que le brindan alto estatus social cuando logran dominar habilidades, artes y oficios como comadrona, curandera, artesana, rezadora, consejera, hechicera, maga, lectora de oráculo, sacerdotisa, líder, danzante, entre otras muchas funciones sociales protagónicas.

La historia de vida

Se realizaron 19 historias de vida, 14 hombres y 5 mujeres, con edades entre 75 y 93 años. Se usó principalmente en la reconstrucción y evolución de los procesos mórbidos, especialmente los cuadros demenciales, trabajados con los familiares y cuidadoras de los ancianos con deterioro cognitivo. Cuando fue posible, aprovechábamos los momentos de lucidez mental para platicar con el anciano con demencia inicial, las más de las veces nos limitábamos a la observación. Este tema, particularmente, fue muy difícil de tratar por las implicaciones que requiere el cuidado de este tipo de pacientes que son de tiempo completo. La investigación del tema de ancianos con demencia fue muy delicada; los familiares guardan recelo en la información.

Los grupos focales de discusión

Se llevaron a cabo cinco grupos focales. Eran, a lo sumo, de ocho integrantes, generalmente más hombres que mujeres. Se invitaba a participar en una plática donde podían opinar, libremente, en relación a una pregunta central de interés para la investigación. Después de acordar la participación, se fijaba un día, hora y lugar; generalmente se realizaba por las tardes, después de las jordanas de trabajo. Se pedía permiso para grabar la plática en vídeo, y posteriormente se transcribía y analizaba la información. Se discutía una pregunta en concreto, y, hasta no agotarla, se pasaba a otra.

Problemas de investigación en campo

En pocas ocasiones se habla de los problemas que algunas veces conducen al fracaso de la investigación o, en el mejor de los casos, permiten reorientar estrategias de estudio con miras a superar las dificultades.

des. En este espacio referimos los principales obstáculos a los que nos enfrentamos, y cómo buscamos superarlos con relativo éxito.

La lengua nativa, en cierta manera, constituyó una barrera en la comunicación fluida. En general, la población anciana es bilingüe (zoque-castellano), sin embargo, cuando era preciso profundizar algún concepto o tema específico, recurrimos al auxilio de un intérprete o hicimos análisis lingüístico propio, que dado los años de trabajo en la zona nos han brindado elementos para entender tal o cual término especializado. Por otro lado, para apoyarnos en la concepción de la vejez desde la lengua originaria, decidimos elaborar un vocabulario etnogerontológico zoque-castellano y entender así las principales expresiones referidas a la vejez en terminología nativa (Anexo 1).

Hay temas que son sensibles, y como tal, difíciles de tratar especialmente con las cuidadoras o familiares del anciano. Entre otros tópicos nos referimos concretamente al maltrato (despojo, violencia física y verbal, chantaje emocional, abandono, abuso económico, abuso sexual, privación del sueño o alimentos, senilicidio, sobremedicación o negación de medicamentos, estafa, tortura, etcétera), la vida sexual, demencias (por su errónea asociación a la locura) y problemas de herencia. Por un lado el anciano, si declara en contra de su abusador se ve amenazado de venganza; y la persona que maltrata no declararía su culpabilidad. Ante tal situación la búsqueda de información se extendió, cuando fue posible, a terceros y contadas como historias de vida, impersonal, respetando la privacidad del informante. Evidentemente que estos temas las más de las veces quedaron trancos, volviéndonos, en forma involuntaria, cómplices del maltrato al no poder estudiarlo y evidenciarlo en profundidad. Falta desarrollar una metodología para tratar a fondo temas que implican maltrato al anciano en estas sociedades, temas de sexualidad en la vejez, problemas de herencia y demencias.

Durante el trabajo de campo, en búsqueda del dato “fino”, al tratar de aplicar entrevistas en profundidad muchas mujeres se limitan a responder en forma lacónica con un “sí” o un “no” o guardaban silencios prolongados, pero difícilmente se explayaban para tratar algún tema,



especialmente si el marido se encontraba presente. Era más factible que el esposo contestara la pregunta planteada a la mujer, y ésta aceptaba su condición subyugada a su pareja. Después de varios intentos de entrevista la anciana poco a poco facilitaba información, especialmente si la entrevistaba otra mujer. Esta es la principal razón del porqué la percepción de la vejez, en esta investigación, está más desarrollada en la visión masculina.

Dejamos al final nuestra mayor frustración que como científicos sociales afrontamos en el trabajo de campo: la gente tiene necesidades concretas, propias, urgentes, que no empatan del todo con los intereses del investigador social en turno; nos referimos a la pobreza, a la enfermedad, al dolor, a la discapacidad, al hambre, a la necesidad de cuidado y atenciones geriátricas y gerontológicas... Surgen entonces sentimientos de culpa “¿por qué no estudié medicina?” o “¿por qué no fui agrónomo?” Estas y otras interrogantes nos planteamos al no resolver problemas, sino sólo nos ocupamos en describirlos; fuimos formados en la academia para discutir o elaborar conceptos y teorizar. Es decir, no actuamos en consecuencia, al menos en forma directa, nos falta dar el siguiente paso, y trabajar en forma conjunta con los tomadores de decisiones e incidir en política pública.

Para demostrar que la vejez en cualquier tipo de sociedad pobre, indígenas o no, resulta hasta tedioso decir que viven en situación crítica. Parafraseando a Bonfil Batalla, al investigar el problema de la desnutrición, se refiere a éste como: “Es de tal magnitud que por momentos se antoja ocioso su estudio” (2006: 20); es una verdad de perogrullo, pero por otro lado es preciso su análisis para conocer las especificidades de cada grupo poblacional, pues no es lo mismo ser pobre en las grandes ciudades que en el campo, en el sur que en el norte del país. Chiapas ocupa el segundo lugar en índice de marginación en México, y justamente por ello, su estudio está justificado.

Esta investigación tiene el propósito de conocer, desde las ciencias sociales, cómo se desarrolla el fenómeno del envejecimiento y la vejez en poblaciones indígenas, con todos los sentimientos de culpa antes referidos.

Capítulo II



Cultura de la vejez

- ¿Cuántos años tiene, don Daniel?
- No lo sé con exactitud, pero calcule:

Me casé a los 20 años de edad, y desde entonces he gastado 8 machetes, y estoy ocupando el noveno. Cada machete dura entre 6 y 8 años.

Don Daniel, ¿88 años?, Chapultenango, Chiapas, 2011.

Introducción

La declaración de la edad tiene varias fuentes, dependiendo de las circunstancias, a menudo suele fingirse ya por vanidad, ora por orgullo, otras veces por presunción, algunas por enfado, por convenir así a los intereses, etcétera. Así mismo, es común hacer trampa, como “estancarse” en una edad promedio, aumentarse la edad, empezar a “descumplir” años, y, en el mejor de los casos, informar la edad verdadera. Durante el trabajo de campo varios ancianos decían no saber su edad, aunque daban algunas referencias para calcularla.

Para fines del estudio evidentemente que saber la edad era primordial, toda vez que nuestro parámetro etario era a partir de 60 años. Sin embargo, pronto nos dimos cuenta que los zoques tenían también formas de estimación de la edad, clasificándolos por periodos delimitados o estimados por criterios biológicos y sociales, asociados al ciclo solar, desde su nacimiento hasta su ocultamiento. Habría, entonces, que considerar y conciliar dos perspectivas: el criterio demográfico y el sociocultural, para analizar la vejez.



Las preguntas no se hicieron esperar: ¿Cuándo se es viejo en la cultura zoque? ¿Se entra de lleno a la vejez o hacen distingos etarios? ¿Podemos sobreponer el criterio cronobiológico y la perspectiva zoque para estudiar la vejez? El siguiente apartado busca contestar estas interrogantes.

Estimación zoque de la edad⁴

La situación de la vejez en contextos indígenas es mucho más compleja de como se ha explicado; existen varias “carreras” y formas de envejecer según la combinación de diversos factores como son la salud, especialmente la lucidez mental; la economía, las redes de apoyo ante el envejecimiento, el estatus social, el control de los bienes y medios de producción, las relaciones afectivas, el manejo de artes (oficios especializados en los ámbitos religiosos, mágicos y médicos), la herencia, que juega un papel importante en las relaciones parentales a manera de intercambio recíproco de cuidados y atención en la senectud, y las particularidades culturales de cada grupo etnolingüístico.

Por ejemplo, en el caso de los zoques de Chiapas observamos el ingreso a la vejez como una etapa del ciclo de vida determinada por factores de parentesco, sociales y biológicos que tienen que ver con la medición de la edad en correspondencia con las fases del ciclo solar. Las fronteras un tanto difusas que delimitan a cada fase etaria parecen estar asociadas principalmente a la capacidad de trabajo productivo⁵ y al rol familiar con la que se adscribe a cada etapa.

Buscando comparar las dos formas de estimar y asociar la edad, nos valemos de parámetros que utiliza la psicología (social y crono-

⁴ Este sección fue presentada en Reyes (2002: 91-110), como una primera aproximación al tema; ahora es discutido y analizado con mayor amplitud.

⁵ Lo reportado por Pantoja (2010: 56) en un estudio sobre vejez en situación de pobreza, en la ciudad de León, Guanajuato, es aplicable para nuestra zona de estudio: “*Los roles de género tradicionales han impuesto a los hombres el papel de proveedores del hogar y a las mujeres la responsabilidad del trabajo doméstico y el cuidado de los hijos. Para cumplir con estos roles tanto hombres como mujeres trabajan; los hombres en el ámbito productivo, público; las mujeres en el ámbito reproductivo, privado. Las labores en el hogar que conforman el trabajo doméstico que realizan principalmente las mujeres no son consideradas como trabajo productivo, por lo tanto, no cuenta como participación económica, aunque sea indispensable para la reproducción social.*”

biológica) y la contrastamos con la visión zoque, que hace una analogía del crecimiento humano con el ciclo solar diurno, concibiendo una línea evolutiva desde el nacimiento hasta la muerte. Advertimos que son meras estimaciones con criterios construidos culturalmente, y varían según la percepción de cada informante, pero tratamos, en la medida de lo posible, conciliar promedios que nos permitan equipararlos.

Es importante referir que sólo los viejos más “tradicionalistas” conservan la forma “zoque” de asociar la edad en función del ciclo solar, pues la mayoría usa el calendario gregoriano, midiéndola en años. Reiteramos que se trata de una estimación, y como tal, cada individuo se adscribe a una u otra fase; unas veces se quitan “el camino recorrido”, otras se estancan en él, pueden aumentarse el ciclo o bien, declarar su edad “verdadera” identificándose en la fase etaria “real” que le corresponde sin aumentarse o quitarse la edad.

Así, la medición del tiempo y la edad están estrechamente relacionadas con las fases del ciclo solar tanto diurno como nocturno. El sol, al igual que el ser humano, completa su ciclo vital en trece fases etarias o edades:

- *Embarazo, nacimiento y primera infancia.* Esta primera etapa marca la edad tierna: 1) Inicia el conteo con la fase *kenebakö*, “luz del alba”, cuando hay sospecha de embarazo y el Sol está en gestación; 2) le sigue *napndsu*, “despidiendo la noche” cuando el embarazo está confirmado, y se espera con ansias su nacimiento; 3) la tercera fase es conocida como *maka une jama*, “nace la vida”, y lo marca el parto, y el producto es digno de cuidados intensivos; 4) el siguiente periodo es conocido como *nöman pijtu jama*, “está calentando la vida”, se asocia a la primera infancia cuando el sol, aunque rechoncho, está aún “tiernito” y juguetón.
- *Segunda infancia, adolescencia y juventud.* En esta segunda etapa se delinea la edad de crecimiento, desarrollo y socialización. Los individuos en su fase de solteros están en la edad “de merecer”: 5) Conforme el tiempo avanza se registra la quinta fase conocida como *kimun jama*, “asciende el sol”, y marca la niñez; se acerca el medio



día, entonces el calor “aprieta”; 6) esta etapa es conocida como *soka jama*, “sol joven-soltero” o “crece sin control el sol”, periodo que marca la adolescencia y los hijos son rebeldes, capaces de cuestionar la autoridad del padre. 7) Llega el medio día y el sol cae a plomo, ciclo lleno de calor y vigor, esta fase se conoce como *kujk jama*, “cenit”, y marca la entrada a la juventud.

- *Umbral entre la madurez y la pre-vejez*. En la tercera etapa el individuo alcanza su madurez, y se vuelve “completo” en sus funciones sociales; se espera que forme un nuevo hogar y tengan descendencia; además, le son confiados cargos civiles y religiosos de gente grande.⁶ Los sujetos maduros y pre-vejos pueden llegar a ser líderes y/o destacar en diversos campos del conocimiento: 8) Entre el medio día y la tarde hay un preludio conocido justamente como *kujk jama dsu’e*, “umbral entre la mañana y la tarde”, marca el ingreso a la madurez y anuncia el arribo a la pre-vejez. El sol brinda luz y calor con todo su potencial. Todo es fuerza y vigor. Esta fase solar es muy socorrida, pues muchas personas buscan refugio en ella, y algunos suelen “estancarse” en este periodo. La edad biológica se estima entre los 30 y 59 años, aunque prefieren espaciarla más allá de la frontera etaria, para lo cual aducen ser no del todo viejos, sino sólo la *mitad*. Es la presencia de nietos quienes hacen recordar a los abuelos que deben continuar con el siguiente peldaño.
- *La vejez completa funcional, la vejez extrema y la muerte*. En el cuarto periodo, la vejez completa tanto la funcional (por su capacidad de trabajo e independencia) como la vejez extrema (caracterizada por la edad avanzada que lo vuelve dependiente en cuidados y atenciones) enmarca los períodos en que se distingue la vejez en sí, terminando el ciclo vital con ingreso del astro solar a la tierra:

⁶ Los roles sociales cambian: trabaja para su nueva familia, así mismo, iniciará la red de compadrazgo, eventos que harán del individuo hombre y mujer “completos”, es decir, un ser de responsabilidades y obligaciones solidarias con la comunidad, la familia y la sociedad en su conjunto. Además, con la etapa del matrimonio cierra este círculo biológico-social como hijo (en el sentido, dependiente de los padres), al pasar a ser esposo o esposa; el círculo parental avanza un peldaño con efecto dominó, donde los padres se vuelven abuelos para el nuevo ser, y los abuelos se tornan en bisabuelos, etcétera (Reyes, 2010: 381).

9) La novena fase se alcanza conforme la tarde avanza y la luz y el calor disminuyen considerablemente, el periodo se conoce como *tsa'ia*, “inicia la tarde”, y marca el ingreso a la vejez completa funcional, la persona es aún autosuficiente. 10) El sol pierde cada vez calor y fuerza y anuncia el próximo evento: *pitse'a*, “claro-oscuro” o “avanza la tarde”, fase solar que anuncia la vejez extrema. 11) Llega el momento inminente cuando el sol se oculta, fase conocida como *nötyöjköyu jama*, “ocultamiento”, y marca el fin del ciclo vital.

- *Ingreso a los inframundos*. Existen dos fases nocturnas más, siendo, 12) *tsu'ang*, “umbral a la media noche”, lugar mítico donde van a vivir las personas que murieron por causa de fenómenos naturales y en guerra, también incluye a bebés muertos a edades tempranas y madres que murieron durante el trabajo de parto; gozan de felicidad eterna. Finalmente el sol termina su recorrido cuando alcanza 13) *pagujksu*, “media noche”, a este territorio van a vivir las personas que recurrieron al suicidio (Reyes, 2002: 89-138).

En síntesis, las fases del ciclo solar, al igual que el desarrollo cronobiológico humano se corresponden uno al otro. Así, en la mañana el sol es percibido como bebé; conforme la mañana avanza llega a la juventud; al medio día es visto como adolescente. Con el inicio de la tarde ingresa a la madurez; a medida que va declinando al horizonte es percibido como medio viejo y lo hace abuelo, posteriormente bisabuelo y después tatarabuelo. Cuando está próximo a ocultarse, al igual que la gente, ingresa a la tierra, con la firme esperanza de que el Gran Abuelo (el Sol) volverá a renacer para que continúe su ciclo vital. Tanto el Sol como la persona tienen un enemigo en común: el eclipse, que puede suceder en cualquier fase etaria.

Como en cualquier otro sector poblacional, los indígenas experimentan signos gerascofóbicos y gerontofóbicos que causan ansiedad y conflicto, a menudo asociados a pérdidas de funciones biológicas y roles sociales en la vejez (enfermedad, disminución de capacidades físicas y mentales, galanura, arrugas, calvicie, canas, temblor involuntario de voz, manos y cabeza, pérdida de piezas dentales que los hace



chochear,⁷ sufren achaques de muy diversa naturaleza, encorvamiento, muerte).

Aceptar el cambio de estatus no es una tarea sencilla, especialmente si afecta la autoestima.⁸ Así, reconocerse como viejo genera cierta angustia y se acepta a regañadientes; ante tal situación es común que declaren menor edad en una fase etaria específica, se nieguen a usar lentes de aumento o bastón, o recurren a algún otro artilugio de coquetaría como pintarse el cabello, vestir, comportarse y presumir hazañas de juventud. A menudo se auto-reconocen como el número uno en todas sus hazañas pasadas. Todos estos signos advierten que se está migrando, a los ojos de los demás, a otra condición social y cronobiológica, donde el sujeto envejece y podría causarle conflicto.⁹

Desde la visión zoque no se ingresa a la vejez de una forma abrupta, sino suele ser un proceso gradual y sistemático, aunque algunas veces puede ser interrumpido o violento si una enfermedad incapacitante se hace presente (secuelas de infartos, paraplejías, ceguera, diabetes en etapa avanzada, demencias, etcétera). Gracias al umbral que distingue el paso de la madurez hacia la vejez lo hace percibir menos accidentalmente con la categoría de media vejez o media juventud como prefieren llamarlo algunos. De esta forma se distingue el periodo de vejez en tres fases, además de un período previo que anticipa la vejez, todo

⁷ En castellano suelen cambiar la “s” por la “ch”. Así, dicen “chopa” en vez de “sopa”. En lengua zoque cambian la “x” por la “s”. Ejemplo: *pusta’ak* (podría traducirse como “basula”), por “*puxta’ak*” (basura). La falta de piezas dentales los obliga a *chopear*, que es otro estilo de alimentación asociado a la vejez.

⁸ Es común que a los hijos en edad tierna (*une*) suelen llamarle en forma jocosa “tatakanan” (en el hombre), y “chu’we” (en la mujer); es decir, se refieren a los bebés en forma cariñosa como “abuelo” o “abuela”, donde el cambio de nomenclatura etaria es visto lleno de afecto y ternura.

⁹ Un referente muy importante es el cambio en la forma de saludar al adulto mayor. Así, por ejemplo, no sólo en las comunidades indígenas, sino también en las ciudades, como San Cristóbal de Las Casas, es común oír la expresión: “¡viví!”, “¡no te has muerto!”, “¡estás vivo!”. Esta forma de saludar, de ninguna manera habrá de considerarse una forma “ruda” o mal intencionada, sino todo lo contrario, significa en el fondo una admiración, motivo de alegría, reconocimiento o placer de saludar a la persona con vida, llena de salud. Este tipo de encuentro orilla a que la plática pudiera tornarse un tanto cuanto jocosa. Expresiones más formales son, en el hombre, “tío”; en la mujer, “reinita” o “madre”, que las más de las veces causan conflicto en la persona al ser identificada por terceros como vieja.

ello asociado básicamente a criterios biológicos y sociales, donde la capacidad de trabajo productivo y la auto-suficiencia están en relación directa con la salud física y mental, siendo éstos:

Prevejez o madurez. *Tsamöböt* (“hombre maduro”) y *tsamöyomo* (“mujer madura”), periodo que marca el inicio de la vejez o semivejez, estimada entre los 30 y 59 años de edad; la aparición de nietos identifica este período y distingue a los semiviejos como totalmente productivos, y presumen salud de roble o se mantienen “enteritos”.¹⁰ Desde la perspectiva zoque, esta edad corresponde a la octava fase solar, conocida como “*kujk jama dsu'e*”, y es el umbral existente entre la mañana (juventud) y el inicio de la tarde (madurez). Así, en la pre-vejez, la persona se distingue por su máxima capacidad de rendimiento laboral, y en la esfera familiar es la edad de alcanzar el estatus social de suegro y después, de abuelo; esta categoría lo vuelve “hombre o mujer entero, completo” toda vez que su descendencia inicia una generación en el ciclo familiar.

1) **Medio viejo o Medio joven.** *Tsa'ia*. Literalmente: “inicia la tarde, la vejez propiamente dicha”. Periodo identificado por una vejez funcional, en términos productivos; estimado entre los 60 y 75 años de edad. El nacimiento de bisnietos otorga este estatus, los bisabuelos son aún jefes de hogar, proveen a la familia, y gozan de lucidez mental, aunque “ya se cansan”; no falta quien presuma gozar de un “segundo aire”. En forma jocosa suele decirse que la persona está de “medio uso”. La media vejez se caracteriza porque el sujeto trabaja con todas sus fuerzas, y de no sufrir enfermedades incapacitantes podría ser reconocido como “enterito” o “completo”. El ideal es ingresar a la media vejez estando “completo” (independiente); esta fase se caracteriza en el

¹⁰ Roble en lengua zoque es *tejkhu*, “árbol duro”. Especie maderable muy apreciada por su durabilidad; es utilizada en la construcción de viviendas en columnas, vigas y aleros; el horcón que sujeta la construcción es conocido como *jë bajk*, es decir, “columna vertebral”. Por su robustez, el roble se asocia a la vejez, que aún pasado los años, se mantiene “entero”. Los zoques hacen una analogía del árbol (en especial la ceiba) con la anatomía humana, donde la cabeza es el follaje; las ramas, los brazos; la sabia, la sangre; los frutos, son los hijos que permitirán la reproducción de la especie, etcétera (Reyes, 1988: 207).



ámbito biológico, por gozar y hacer gala de una salud física de roble;¹¹ en el ambiente mental sus funciones psíquicas le permiten presumir una lucidez extraordinaria, y en la esfera social el individuo desarrolla, en todo su potencial, su persona. En el castellano chiapaneco suele calificarse a las personas que gozan de una vejez “entera” como “vieja-zo” o “viejazaso”, que la designa como viejo-joven o, en términos más coloquiales, “galanote”.

La noción de vejez “entera” podría equipararse a lo que investigaciones recientes señalan, para el caso de México, como vida saludable en la vejez. Al respecto, Gutiérrez y Caro (2013) señalan:

... la esperanza de vida sana al nacer es de apenas 65 años... El verdadero reto de hoy en día no es prolongar la vida, sino mantener la salud al envejecer. Y esto no es una cuestión de edad, sino del estado funcional de cada persona. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut, 2012), la mayoría de las personas adultas mayores goza de salud y es independiente (55%); un menor porcentaje padece alguna enfermedad crónica no transmisible – diabetes, hipertensión arterial, alguna cardiopatía o enfermedad cerebro-vascular –, pero sin ser dependiente (20%); otro porcentaje similar tiene multimorbilidad, padece algún síndrome geriátrico – como malnutrición, sarcopenia o haber sufrido alguna caída –, lo que produce dependencia en algún grado. Solamente 5% de la población es totalmente dependiente.

Es decir, según estas estimaciones, la salud en la población envejecida empieza a declinar, en promedio, después de los 65 años.

No es fácil para el sujeto reconocer que está en vías de dejar la zona de confort de la vejez “entera”, o ser percibido por terceros en franco declive. Buscando permanecer más tiempo en este estadio el individuo suele, especialmente en los hombres, pintarse el cabello, renegar

¹¹ Es común también hacer analogía del tronco del árbol como sinónimo de belleza; es decir, los piropos, por ejemplo, se construyen a partir de la comparación de la anatomía humana con la del árbol. Así, un bebé rechoncho se refieren a él como “¡trozo de niño!”, en los adultos, ser “tronco” es sinónimo de guapura. El mejor piropo a una dama es decirle: “¡eres un tronco de maíz!”

a usar lentes o usar bastón, toda vez “que lo hacen ver viejo”. Varios hombres muestran preferencia por usar ropa “de joven” y aparentar serlo, y en caso de segundas nupcias sus parejas son generalmente más jóvenes que los contrayentes. Es decir, que a los ojos de los demás, el viejo que presume de “entero” deberá demostrarlo con actitudes de “medio joven” o “medio viejo”; lo contrario motivará la burla pública.¹² Las fases etarias, especialmente en la vejez, contemplan dos criterios para asignarse o ser asignado a una etapa: la autopercepción y la heteropercepción, hasta que finalmente impera una sobre la otra. La vejez “entera” se estima como frontera entre los 60 y 75 años. Para ejemplificar la vejez “entera” (véase cuadro 1).

Cuadro 1. Vulnerabilidad en pérdidas de funciones graduales o abruptas, entre la vejez “entera” y la vejez con deterioro. 40 años y más	
Vejez “entera”	Vejez con deterioro
Lucidez mental. La persona piensa, recuerda, razona y toma decisiones.	Pérdida gradual de lucidez mental. “La cabeza se vuelve loca”. Ya no es consultado en la toma de decisiones.
Es independiente en cuidados y atenciones.	Se vuelve dependiente en cuidados y atenciones.
Se mantiene como proveedor de la familia.	En el mejor de los casos de proveedor pasa a ser proveído.
Es el jefe de familia o abuela que comparte el estatus del marido.	Es despojado de estatus social. Corre el riesgo de ser visto y tratado con desdén.
Controla los bienes y medios de producción.	Puede sufrir despojo, toda vez que ya no ejerce control sobre sus escasas propiedades.
Es consultado en la toma de decisiones familiares y/o comunitarias.	Deja de pertenecer a la vida adulta con funciones protagónicas tanto en la familia como en sociedad.
Presume salud de roble.	La salud tanto física como mental entra en pérdida gradual o abrupta. Sufre una colección de padecimientos crónicos y degenerativos.
Mantiene la libido alta	Período asociado a la disminución de la libido.

Fuente: Datos de campo, 2014.

¹² En la opinión de Simone de Beauvoir, “La mujer de edad se quiere decente en sus conversaciones como en su conducta. La sexualidad ya no se traduce más que en su manera de vestirse, arreglarse, en su gusto por la presencia masculina” (1983: 210).



2) **Vejez completa funcional.** *Achpö* “el jorobado” (en los hombres), y *Chu'we* “Abuela que se hizo noche” (en la mujer). Esta etapa está identificada con la décima fase solar. Periodo estimado entre los 76 y 84 años de edad, con probable presencia de tataranietos o con la declaración de alguna enfermedad incapacitante; especialmente son consideradas la pérdida de la lucidez mental, la diabetes en fase terminal, el infarto, la sordera, la paraplejía, los cuadros reumáticos agudos, las incontinencias y la ceguera. El anciano tiene que trabajar hasta el límite de sus capacidades y habilidades para sobrevivir, hasta que una enfermedad incapacitante lo confine en casa.

El cuerpo es vulnerable a ingresar a una pérdida acelerada de funciones, y según la percepción de terceros se va dejando de ser “entero” o “completo” (independiente), para ingresar a la categoría de viejo, a secas (dependiente). Es decir, al dejar de ser percibido o auto-percibido como funcional se pierde el calificativo de “completo”, y el sujeto está justo en el borde del siguiente periodo.

3) **Vejez extrema,** *Makamga'é achpö*, “se encorva el jorobado” (en los hombres) y *makamga'é chu'we*, “se encorva la vieja”, “se encorva la noche”, “se encorva la abuela” (en las mujeres). En esta última fase etaria se estima sucede a partir de los 85 años de edad, y se considera la declinación abrupta de las funciones orgánicas y mentales, toda vez que la edad conquistada es extrema. La salud se ve amenazada en franco deterioro, para finalmente cerrar el ciclo vital con la muerte. Esta fase etaria pertenece al décimo ciclo solar referido *supra*, y es conocida como “*nötyöjköyu jama*”, se avecina el ocultamiento, y hace referencia explícita a la proximidad de la muerte u ocultamiento solar. La vejez extrema se caracteriza como el periodo de mayor vulnerabilidad y dependencia. Los viejos ven amenazada su capacidad de liderazgo, la delegan o es arrebatada; corren el riesgo de ser sustituidos y volverse ahora dependientes en cuidados y atenciones.

Los accidentes, como las caídas, merecen una preocupación especial, pues generalmente terminan en discapacidad. El viejo decrepito se vuelve dependiente y deja de ser elemento operante no sólo en la familia, sino también en la comunidad. Ya no es considerado en la

toma de decisiones, y muchas veces es despojado, si lo tiene, de estatus social alto (Reyes, 2002: 109). La mujer anciana, especialmente en la viudez, si no cuenta con amplias redes de apoyo afectivo y solidario, puede sufrir maltrato, y ser vista y tratada con desdén.

Al igual que en otros contextos sociales, en la comunidad indígena podemos encontrar diferentes expresiones de la ancianidad, desde la vejez “exitosa”, hasta la vejez menos favorecida, llegando incluso al abandono del abuelo. Es común la mendicidad de los ancianos que no cuentan con mayores soportes tanto afectivos como solidarios.¹³

El anciano “principal” hombre o mujer, caracterizado por una serie de habilidades y conocimientos que maneje (curandero, comadrona, músico, danzante, consejero, cuentista, artesano, casamentero, rezador, hechicero, orador, lector de oráculo, mago, líder, adivino, etcétera) ostentará su alto estatus social en tanto se mantenga especialmente lúcido. Una vez que pierda la lucidez mental es despojado del reconocimiento social, y puede sufrir incluso burla pública, toda vez que deja de ser una persona importante en los planos mágico, religioso o social, y pasa a ser del común de la gente, sin mayor amenaza ni influencia social como antes la tenía. La demencia avanzada, marca en definitiva, el ingreso a la vejez completa disfuncional, y el sujeto se vuelve dependiente en cuidados y atenciones, tarea depositada culturalmente en la mujer.

El viejo al perder facultades mentales severas, como la capacidad de pensar, recordar, razonar y tomar decisiones, hace que el individuo deje de ser “entero”, y, a decir de los zoques, “vuelve a ser como niño”. Alcanzar la vejez extrema con déficit en la salud causa ansiedad en el anciano, muy en especial si sus redes de apoyo tanto afectivas como solidarias son débiles.

Con la información antes vista es de comprender por qué la fase de vejez extrema es temida, y sobrevalorada la media vejez; razón por la cual mucha gente suele estancar su edad en la vejez funcional y altamente productiva, prologándola hasta los 75 años. “El segundo aire” es otro elemento a considerar en la negación o rechazo de ingreso a la vejez completa.

¹³ Al respecto sugiero leer el trabajo “Ancianos indígenas en situación de mendicidad en San Cristóbal de Las casas, Chiapas” (Reyes y Bautista, 2007).



Resulta de interés la percepción cíclica que los zoques tienen de las diferentes fases de vida. Desde la infancia la persona requiere de cuidados y atenciones intensivos; conforme avanzan las diferentes etapas de crecimiento van adquiriendo independencia y a su vez se vuelven proveedores y cuidadores. Sin embargo, con la edad avanzada requerirán de nuevo atenciones, especialmente en la salud. Los roles se modifican, volviéndose otra vez dependientes, como al inicio del ciclo vital.

Evolución de la tercera edad

El rápido crecimiento demográfico de la población envejecida influyó, de alguna manera, a quitar el velo de misticismo o admiración que causaba llegar a conquistar edades avanzadas cuando la escasez de ancianos era evidente; hoy día es cada vez más fácil engrosar las filas de ancianos, aunque a muchos no les gusta ser reconocidos como viejos por las implicaciones socioculturales que se expuso *supra*. Varias son las redes que entran en función y permiten delinear cómo se vivirá el último tramo del ciclo de vida, dependiendo el concurso de este complejo entramado; entre otras están el estado de salud, la economía, las redes de apoyo afectivo y solidario.

La población envejecida (considerada de 60 y más años de edad) está creciendo a ritmos muy acelerados. Por ejemplo, en el estado de Chiapas en 1910 la población anciana era de 2.5%, y se incrementó a 7.2% en el año 2010 (véase cuadro 2). Es decir, en cien años casi se triplicó en términos porcentuales. En números absolutos creció de 11,240 ancianos en 1910, a 345,481 personas en el año 2010. Esta tendencia demográfica incidió en la forma de percibir y atender la vejez en comunidades originarias.

Cuadro 2. Evolución de la Tercera edad en Chiapas. Población de 60 años y más, según porcentaje, 1910-2010

Año	Total	Porcentaje estatal	Porcentaje nacional
1910	11,240	2.5	3.3
1921	18,348	4.3	4.8
1930	23,599	4.4	5.2

Cuadro 2. (Cont.). Evolución de la Tercera edad en Chiapas. Población de 60 años y más, según porcentaje, 1910-2010

Año	Total	Porcentaje estatal	Porcentaje nacional
1940	26,219	3.8	5.1
1950	41,355	4.5	5.5
1960	33,443	2.7	0.4
1970	74,017	4.7	5.2
1980	94,149	4.5	5.4
1990	151,328	4.7	6.1
2000	212,807	5.6	7.3
2010	345,481	7.2	8.9

Fuente: INEGI, 2011b

Según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE 2002), México es uno de los 11 países con mayor número de personas mayores, además, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) reportó que el 82.7% vive en pobreza o en vulnerabilidad por carencia social o de ingreso. Este crecimiento poblacional es inédito en la historia demográfica del país. Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) señalan que en México diariamente 799 personas cumplen 60 años (Ramírez Vargas, “Día Internacional de las personas adultas mayores”). En el estado de Chiapas en el decenio 2000 a 2010, en promedio, cada día se sumaron 36 adultos mayores, e hipotéticamente con este número podríamos todos los días formar un club de ancianos. Este crecimiento significa que el sector poblacional requiere de servicios especializados en atención gerontológica (atención social) y geriátrica (atención en salud) de muy diversa naturaleza.

Si distinguimos a la población adulta mayor entre indígenas y no indígenas, hay información reveladora, toda vez que identificamos que la población originaria de 60 y más años de edad, que vive en hogares indígenas, está creciendo por arriba de la media nacional (7.3% vs. 7.6%). En Chiapas, por ejemplo, seis de cada diez viejos pertenecen a un grupo étnico nativo (Villasana y Reyes, 2006). En el estado de



Chiapas, los zoques registraron en el año 2000 el mayor crecimiento de adultos mayores, más de un punto porcentual por arriba de la media estatal.

Como es bien sabido, Chiapas es uno de los estados más pobres del país, por otro lado, la pobreza se concentra generalmente en población indígena, y en este sector la población más vulnerable la conforman los ancianos, especialmente las mujeres, quienes quedan desprotegidas al no contar con mayores soportes en la vejez, y el problema se agrava con la viudez.

Los gobiernos federal y estatal, ante el problema de pobreza y vulnerabilidad que sufren los ancianos, han instrumentado sendos programas de soporte económico que buscan aminorar la situación de pobreza extrema que vive la población envejecida. El gobierno estatal instrumentó un ambicioso programa de soporte económico de 550 pesos mensuales a personas de 64 años y más, a través del programa AMANECER (Adultos Mayores Nuestra Esperanza y Certidumbre), dando una cobertura estatal en febrero de 2010, beneficio de 235,679 “abuelitos”, y el programa federal denominado “70 y más”, apoya económicamente con mil pesos bimestrales a ancianos, registrando en su padrón a 53,400 “adultos en plenitud”. Sin embargo, la puesta en marcha de ambos programas ha tenido tropiezos, como veremos más adelante.

El problema de las actas de nacimiento

La falta de acta de nacimiento en los adultos mayores es un problema; sin este documento oficial no es posible realizar los trámites necesarios para ser beneficiario de los programas de apoyo económico en la vejez. Los adultos mayores de hoy día, en especial aquéllos que nacieron en el primer cuarto del siglo pasado son, en su mayoría, analfabetos y las más de las veces monolingües en lengua indígena, generalmente viven solos y en situación de pobreza extrema.¹⁴

¹⁴ El problema no sólo se presenta en las comunidades indígenas, sino es generalizado. Así, en el canal de noticias de la biblioteca Virtual INGER (Instituto de Geriatria. México) publicó que: “Tres de cada 10 adultos mayores no existe legalmente. Hay personas de 80 a 85 años que no tienen acta de nacimiento porque el registro civil no tenía la figura que tiene ahora.

En la época y lugar en que nacieron no era una exigencia el contar con un acta de nacimiento, salvo la fe de bautizo, en caso de ser católico. En realidad muchos ancianos en el curso de su vida han cambiado de nombre y apellidos varias veces, o bien no saben con exactitud la fecha exacta de nacimiento, y su edad la calculan diciendo, por ejemplo, “nací cuando hizo erupción el volcán Santa María, en Guatemala” (1902) o bien, asocian su nacimiento a eventos políticos como: “dice mi papá que nací cuando Garrido Canabal mandó a quemar santos en el pueblo” (1924-1935), etcétera.

En la búsqueda de solucionar la falta de acta de nacimiento, un anciano, vecino de Ejido Cálido, Jitotol, Chiapas, de aproximadamente 104 años de edad, se negó rotundamente en continuar el trámite extemporáneo, cuando le pidieron en el registro civil la necesidad de presentar tres testigos mayores de edad o de edad similar para que testificaran su identidad. El anciano exclamó: “de dónde quieren que saque personas de mayor edad que yo, pues soy *la punta del cerro*.¹⁵ Además, no necesito acta para que sepan quién soy, pues acá todos nos conocemos”.

El problema de la necesidad de registro de acta de nacimiento surgió “El 28 de julio de 1859, a través de las Leyes de Reforma, [cuando] se logra la separación definitiva de la iglesia y el Estado, y se convierte el Registro Civil en una institución pública con la facultad exclusiva de llevar el control y registro de los actos del estado civil de las personas físicas” (*Diccionario Jurídico Mexicano*, 2009: 3250), y esta necesidad llegó a las comunidades indígenas más de un siglo después, cuando las personas buscan legalizar su situación civil con el Estado.

Tramitar un acta de nacimiento extemporánea (mayores de 18 años) en el estado de Chiapas es un calvario administrativo, pues es preciso sortear el siguiente procedimiento y requisitos:

Presentarse en el Departamento de Registros Extemporáneos de la Dirección de Registro Civil para efectuar su solicitud, o en la Oficialía correspondiente en su municipio, y mostrar:

Antes con el documento de la fe de bautizo que daban en la iglesia era suficiente”.

¹⁵ Tradujo literalmente la expresión zoque: “*wit kyotsök*” (punta o nariz de cerro). Desde la concepción indígena, lo más alto del cerro es la nariz, y no la frente. A la novia suele también llamársele “*wit kyotsök*”, por ser difícil de conquistar.



- a) *Constancia de Inexistencia expedida por la Oficialía del lugar de nacimiento.*
- b) *Constancia de Origen expedida por la Presidencia Municipal del lugar de nacimiento.*
- c) *Identificación Oficial con fotografía (constancia de identidad expedida por la autoridad municipal, pasaporte, cartilla del Servicio Militar Nacional, cédula profesional, certificado de estudios con validez oficial o licencia de manejo, credencial de elector, credencial de INAPAM, credencial de la Dependencia del Gobierno Centralizado o Descentralizado).*
- d) *Carta poder ratificada ante el juez municipal o escritura pública en caso de hacerse presentar por persona distinta.*
- e) *Pago de derechos hacendarios (\$295.00 General; \$207.00 para municipios con menor índice de desarrollo). Estos se realizan en las oficinas autorizadas por la Secretaría de Hacienda.*
- f) *Documentos personales –para cotejo– (como mínimo 3) en original y copia. Certificado de estudios con validez oficial, acta de matrimonio del promovente, boleta de bautizo del promovente, acta de nacimiento de los hijos, comprobante de domicilio a su nombre (recibo de agua, luz, teléfono), licencia de manejo, facturas de bienes muebles, escritura, boleta de pago predial, registro federal de contribuyentes, cartilla del Servicio Militar Nacional, pasaporte, documentos de instituciones agrarias, cédula profesional, documentos del Procampo o documentos de Oportunidades.*
- g) *Testimonial de dos personas mayores de edad, de preferencia de edad similar al solicitante, con identificación oficial. Los testigos, y en su caso los padres, se presentarán al Departamento de Registros Extemporáneos o ante el Oficial del Registro Civil en la fecha y hora que señale para el desahogo de pruebas y ratificación de la solicitud de filiación de sus progenitores.*

Requisitos para levantar el registro (en la oficialía):

- a) *Resolución administrativa donde se autoriza el registro extemporáneo.*
- b) *Presentación del solicitante que va a ser registrado.*
- c) *Presentación de los padres del solicitante en caso de ser filiación, exhibiendo las actas de nacimiento.*

- d) *Identificación oficial de los padres.*
- e) *Dos testigos mayores de edad con identificación oficial.*

Como es de esperarse, los adultos mayores se niegan a realizar todo este trámite, pues además de no estar acostumbrados al procedimiento administrativo, no comprenden por qué tienen que pagar al gobierno, cuando lo que buscan en el fondo es la ayuda económica. Ante esta situación es fácil comprender por qué en el estado de Chiapas, cuando se instrumentó el programa AMANECER del gobierno del estado para apoyar económicamente al sector envejecido (64 y más años de edad), había más de veintiocho mil expedientes incompletos, justamente por falta de actas de nacimiento. Para superar este problema es preciso que el gobierno del estado lance un programa realmente agresivo y gratuito que, de una vez por todas, ningún adulto mayor carezca de este documento, y tenga la posibilidad de verse beneficiado por los programas sociales de apoyo en la vejez. De hecho, los ancianos que no cuentan con acta de nacimiento, oficialmente no existen.

Justamente son los ancianos más pobres, los más marginados, quienes no gozan del beneficio de apoyo económico de los programas oficiales. Por otro lado, la bolsa autorizada tiene un tope, y el hecho de cumplir con los requisitos administrativos no garantiza el ingreso a los programas.

Los ancianos en situación de vulnerabilidad

Las investigaciones antropológicas del siglo pasado, especialmente cuando la escasez de ancianos era evidente, presumían que las comunidades indígenas daban un trato preferencial a los viejos, argumentando que alcanzar edades avanzadas era digno de admiración y respeto, especialmente si consideramos, por ejemplo, que en 1950 la esperanza de vida en México era de 48 años (Galindo y López, 2008: 75). Por otro lado, los estudios etnográficos reportaban una visión homogénea e idílica de la vejez (masculina), percibiéndolos como abuelos respetados, líderes, consejeros, sabios, y muchos otros atributos asociados a la edad avanzada.



La gerontocracia era otro de los señalamientos, pues se argumentaba que los ancianos tenían el control de la vida comunitaria en términos culturales, políticos, religiosos y económicos; bajo este esquema todos les debían respeto y obediencia. Los etnógrafos dibujaban para este tipo de sociedades un paraíso gerontocrático, el cual ejercía un grupo selecto, generalmente constituido en Consejo de Ancianos, pero olvidaban o excluían a las mujeres y hombres que no encajaban en el esquema social o no gozaban de estatus social alto o bien, estaban enfermos, sufrían alguna discapacidad especialmente demencia o alguna otra enfermedad crónica degenerativa que los confinaba en casa (Fericgla, 1992: 59). Evidentemente la vejez era explicada en términos locales y culturales, que diera cuenta de la estructura de poder amplio ejercido por los ancianos. Estudios más incluyentes en el plano gerontológico brindaron una visión heterogénea de la vejez y era explicada como respuesta a fenómenos demográficos mundiales, a cambios en el perfil epidemiológico, a la lucha intergeneracional, marginación, pobreza, entre otros factores sociales.

Hoy día la realidad ha cambiado. Hacemos frente a nuevas formas de interpretar y explicar la vejez y el proceso de envejecimiento de la población, donde se enfatiza que éste obedece, entre otras cosas, a respuestas de fenómenos mundiales, en contextos demográficos con especificidades culturales, económicas y políticas distintas; bajo esta perspectiva no hay vejez, sino “vejeces”. En las comunidades indígenas el poder político ahora está ejercido principalmente por jóvenes y personas “maduras” que no superan los cincuenta años de edad, y los viejos desempeñan papeles en el plano ritual, sin mayor injerencia en la toma de decisiones comunitarias. El papel de las mujeres requiere un análisis profundo, especialmente en la viudez, pues quedan desprotegidas y sumamente vulnerables al maltrato.

Dado el crecimiento demográfico que ha experimentado la población envejecida, y que este sector se caracteriza por vivir en localidades de muy alta marginación social, en América Latina se han instrumentado diversos programas sociales denominados de transferencia de ingreso, los cuales han ganado suficiente espacio en la agenda so-

cial de varios países, y que permanecen en el umbral de la asistencia a los más pobres [...] Entre éstos podemos mencionar: *Bolsa Familia* de Brasil, *Jefas y Jefes de Hogar* en Argentina, *Chile Solidario* en Chile y *Oportunidades*, en México. La característica de éstos es que son programas de subsidio a la demanda por medio de transferencias monetarias directas, para que las familias mejoren su consumo.

Respecto al rubro del envejecimiento poblacional, puede señalarse que dentro de las políticas sociales la atención a las problemáticas presentes y futuras de los grupos de población vulnerable y demográficamente emergente como en el caso de los adultos mayores, exige de políticas para la vejez conformadas por acciones organizadas de parte del Estado, de acuerdo y como respuesta a las consecuencias sociales, económicas y culturales que el envejecimiento poblacional provoca actualmente y que probablemente se magnifiquen en el futuro (Cervantes e Illescas, 2010: 145-155).

México es uno de los países de América Latina que menos recursos destina para la protección social de sus adultos mayores. De los 22.6 millones de hogares, uno de cada 12 cuenta con un adulto mayor que no goza de servicios de seguridad social en alguna institución del Estado. En las entidades de mayor pobreza y marginación estos porcentajes se elevan, llegando a representar 13 por ciento de los hogares en Puebla y en Guerrero, y 15 por ciento en Oaxaca (González, Román. “México, país de viejos...”).

Es justamente en la edad adulta mayor cuando los problemas de salud son más evidentes. Por ejemplo, conforme la edad avanza, la probabilidad de sufrir una discapacidad o padecer una combinación de enfermedades crónico-degenerativas se magnifica. De hecho, al menos el 10.5% de los adultos mayores indígenas sufren una discapacidad (Villasana y Reyes, 2006: 57), y los servicios de atención médica en las comunidades indígenas son prácticamente nulos o muy escasos.

La instrumentación de programas de atención al sector envejecido ha sido tomada como bandera política de algunos partidos, pues la población beneficiada cada vez va en crecimiento y constituye potencialmente un grupo simpatizante con el partido en el poder, traducido en



votos. De hecho, algunos ancianos beneficiados por estos programas han catalogado el apoyo económico como “jubilación” o “beca”. En el estado de Chiapas el programa “Amanecer” ha sido elevado a rango constitucional, lo que garantiza su permanencia a pesar del cambio sexenal (<http://www.portal.chiapas.gob.mx/prensa/boletin/festejan-haber-elevado-a-rango-constitucional-el-programa-amanecer>).

El problema de la falta de acta de nacimiento es una barrera que impide al adulto mayor a solicitar los apoyos económicos, al respecto, es preciso dar solución a este añejo problema con programas gratuitos. Ante la situación de pobreza, el viejo busca refugio de soporte en la vejez a través de las redes afectivas e instituciones sociales en la senectud, construidas culturalmente al interior del grupo étnico. En este plano la familia juega un papel preponderante, pues generalmente son los hijos varones quienes proveen, y a las hijas se le adjudica el papel de cuidadoras. A decir de Robles (2003: 124) respecto al cuidado del anciano enfermo, “... es un no-trabajo porque pertenece a la esfera privada o del ámbito del hogar... no generan bienes ni servicios sino exclusivamente prácticas simbólicas que no son valorizadas como trabajo.”

Capítulo III



Los achaques

“Cuchillito de palo, no corta, pero como joroba!”

Refrán popular.

Introducción

Adecir de los expertos, a partir de los cuarenta años se sufre una crisis como etapa de balance al alcanzar la edad intermedia. Tomamos conciencia del paso del tiempo y surge el temor hacia la próxima fase: la vejez, y nos preocupa el deterioro corporal y mental, además de la necesidad de querer seguir siendo bellos y atractivos (Aparicio, 2008).

Varios son los episodios que dan señales de cambios en el cuerpo que lo sitúan en el umbral de la vejez: la andropausia y la menopausia han sido percibidas en buena medida como la frontera que distingue el paso de la pre-vejez a la vejez, y sus efectos colaterales en la salud han sido considerados como “normales”. Otro tanto sucede con la creciente amenaza de sufrir infartos y sus fatales consecuencias. Flagelos como la diabetes hacen de la suya, u otras enfermedades se manifiestan con toda su crudeza. Con el “viejazo” aparecen los primeros achaques. Si esto sucede en el ecuador de la vida, ¿cómo se afronta la crisis en la edad avanzada, especialmente si además de achaques se sufren enfermedades crónico-degenerativas? En este capítulo se busca dar respuesta a la interrogante, a través de la cerrera del enfermo adulto

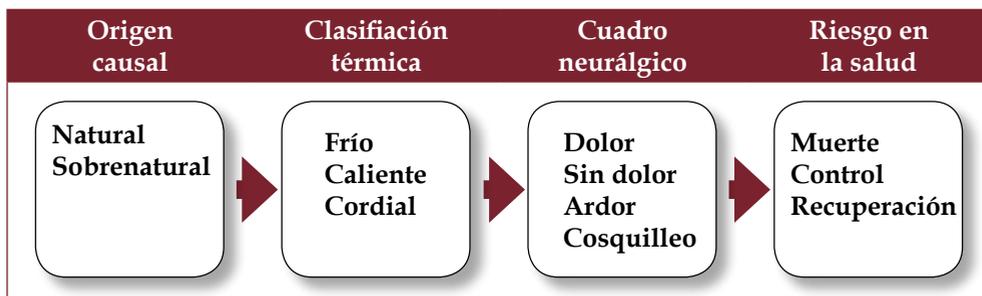


mayor en contextos rurales indígenas, donde la carencia de servicios médicos es el común de los pueblos marginados y pobres.

Buscando conocer cómo los ancianos en áreas rurales afrontan estos padecimientos, nos dimos a la tarea de hacer un registro de los principales achaques y de las enfermedades crónico-degenerativas que sufren, y cuál es la atención con la que cuentan buscando remediar sus males. Para ello, iniciamos el análisis respecto de cómo conciben y clasifican la enfermedad o el sentirse mal; estos elementos nos darán pautas para comprender la percepción y clasificación de los procesos mórbidos en diferentes edades, pero principalmente en la edad avanzada.

En general, los padecimientos son distinguidos bajo dos planos: por la clasificación térmica del síntoma (“frío”, “caliente” y “cordial”), y por la ausencia/presencia de cuadros neurálgicos y otros síntomas que provoquen malestar. Con el contraste de estas dos características, el origen causal del quebranto en la salud puede ser identificado como de origen “natural” o “sobrenatural”, y, finalmente, el pronóstico del padecimiento: muerte, control o recuperación de la salud. Véase esquema 1, que busca explicar este proceso.

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



Fuente: Datos de campo, 2012.

Los malestares, independientemente de la presencia o ausencia de dolor, ardor o cosquilleo, incomodan para las actividades de la vida diaria. Generalmente los viejos aprenden a vivir con el padecimiento,



pues temen importunar con sus quejumbres, además de considerarlos como expresiones naturales de la historia de vida personal y de la edad. Es común que los diagnósticos tengan una fuerte carga preconcebida de estereotipos, especialmente porque la edad avanzada se asocia a la enfermedad, y en particular a los achaques.

Estar enfermo y viejo es visto como binomio natural. Los achaques están tan interiorizados que es común escuchar el siguiente dicho popular: “Si algún día después de los cuarenta amaneces y sientes que no te duele nada, absolutamente nada, preocúpate, puedes estar muerto”.

Asociar el avance de la edad sólo con pérdidas (emocionales, facultades mentales, deterioro físico, soledad, pobreza, viudez, etcétera) es tener una visión catastrófica de la vejez, y en buena medida este constructo social está apoyado en la idea de que se trata de un proceso “natural” psicobiológico de deterioro. Bajo esta perspectiva estigmatizamos la vejez y ensalzamos la juventud como el mejor período de la vida. Construimos entonces la figura del viejo achacoso y del joven radiante de salud. Los achaques no deberían ser considerados “normales”, como tampoco dejar la evolución natural de la enfermedad, sino actuar tanto en la prevención como en la atención de los procesos mórbidos. Muchos de los síntomas y signos patológicos son curables o controlables.

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

Así, se identifican achaques en otras etapas de la vida, como por ejemplo durante el embarazo, síndrome caracterizado por náuseas, vómitos, mareos, cambio de humor repentino y otros muchos malestares.



Algunos signos y síntomas como las agruras, diarrea, estreñimiento, etcétera procurarán atenderse a la brevedad posible. Sin embargo, estos malestares serán pasajeros, a diferencia en la etapa de vejez, que son de largo plazo, a menudo crónicos y pueden derivar en discapacidad.

Durante el embarazo los achaques no sólo son temporales, sino incluso existe la creencia —real o ficticia— que los malestares se comparten con la pareja, o es el marido quien los experimenta. Esta conducta “supone para la mujer la confirmación de que su compañero la apoya, la consiente y está dispuesto a sacrificarse por ella” (González, 2012). En cambio, los achaques en la vejez generalmente son poco atendidos, quizás porque se considera “normal” el estado patológico como respuesta a la edad avanzada, y es una figura del anciano enfermo socialmente construida.

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

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



nario Médico). En términos populares se dice, entonces, que el viejo está “entero” o que tiene salud de roble.

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

La enfermedad de “viejo”

Es importante referir la noción popular de que el cuerpo humano, para que se mantenga sano, éste debe guardar un equilibrio térmico conocido como “cordial” o templado, es decir, vigilar un balance de temperatura que permita al organismo funcionar adecuadamente. Cuando este equilibrio se rompe sobreviene la enfermedad, y el origen causal puede ser clasificado como “frío” o “caliente”.¹⁶ Se cree que la edad adulta es un factor que condiciona al cuerpo a perder calor¹⁷ y, dependiendo la severidad del daño, es el quebranto en la salud.

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

¹⁶ Foster (1971) propone que dicho binomio proviene de la teoría humoral europea, y fue traído por los médicos españoles. Existen otros factores opuestos que deben estar en balance: seco-húmedo, pesado-ligero y arriba-abajo.

¹⁷ Guiteras (1988: 248-249), en un estudio sobre los tzotziles, habla respecto del “calor” acumulado por los ancianos “lo relaciona con los dioses o seres poderosos que conservan y destruyen la vida. Por medio del “calor” el hombre se asemeja a Dios... Esto significa que tales personas pueden conservar y destruir, defender y devorar; y el ser humano padecerá en caso de que no les guarde el respeto que se les debe.” Los ancianos son temidos al considerar que el “calor” de sus cuerpos puede ser dañino.



Cuando de enfermedades crónico-degenerativas se trata, éstas no tienen cura, y sólo se controlan.

Así, la enfermedad o síndromes mal definidos, las discapacidades y los accidentes están presentes a lo largo de la vida; los zoques clasifican estos padecimientos bajo cuatro expresiones básicas: *ka'ú*, *ka'kuy*, *toya* y *met*. Todos estos conceptos están contruidos principalmente en función de ausencia o presencia de sintomatología neurálgica¹⁸ como veremos enseguida.

Ka'ú, está referido al proceso morbosos, el sentirse mal (incluye accidentes y discapacidades) y al riesgo, en sentido real o figurado, de muerte, como un binomio indisoluble.¹⁹

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

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

Finalmente, *met* se aplica a padecimientos cuyo dolor intenso se manifiesta en forma intermitente, punzante; esta característica podría brindar elementos en el diagnóstico que induzcan la sospecha como proveniente de actos de hechicería, donde la enfermedad se cree es manipulada a voluntad de terceros. El fin último de esta neuralgia es provocar agonía prolongada y muerte lenta.

Como podrá advertirse, este cuadro patológico-neurálgico es muy temido, pues entra en el plano mágico, fuera de la competencia de la medicina moderna, y el tratamiento, se cree, debe hacerse a través de los mismos canales, salvo contraindicación del especialista.

¹⁸ Para una mayor comprensión sobre las sensaciones de dolor crónico sugiero leer el trabajo de Barragán (2009).

¹⁹ En sentido real de la expresión se usa, por ejemplo: *yajkxu ka'ú* “morir sufriendo dolor”, y en sentido figurado se usa en expresiones tales como: *kix ka'ú* (lit.: “morir de enojo”), es decir, estar sumamente molesto; *mabajsi ka'ú* (lit.: “morir de sueño”) para expresar cansancio y necesidad de dormir y descansar.



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

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

Por lo general la carrera del enfermo indica que primero debe ser tratado en el seno familiar con remedios caseros y ceremonias de ca- rácter religioso, si la terapia no da resultado se recurre al farmacéutico local o de la ciudad más cercana o bien, se combina con la atención del especialista de la medicina herbolaria, mejor conocido como médico “tradicional” o “yerbatero”. Cuando la economía de la familia lo per- mite, el paciente es canalizado a los servicios médicos hospitalarios, generalmente hasta la capital del estado.

Siendo los cuadros neurálgicos considerados dignos de atención, por la profunda incomodidad y sufrimiento que causa, veamos cómo son percibidos y descritos por los pacientes:

- “Siento como si una flecha atravesara mi cabeza”.
- “Me quema como la picadura de avispa roja que da calentura”.
- “El dolor agudo – en forma de ‘aire’ – viaja como si fueran olas, y me recorre la pierna; se mantiene por tiempo prolongado”.



- “El dolor está estacionado en un área bien definido, y punza”.
- “El dolor corre como si fuera un rayo, y entume la zona afectada; es momentáneo, pero muy doloroso. Recorre el cuerpo”.
- “El dolor quema, y empeora con el roce de la ropa”.
- “Siento cómo los músculos se hacen nudo, se entumen, dan calambres y es muy doloroso”.
- “El dolor es instantáneo, así como viene, desaparece”.
- “El dolor punza. Causa dolor extremo especialmente cuando hace frío y en luna nueva”.

Hay varias formas de explicar cómo los “aires” ingresan al cuerpo. Se cree que los “aires fríos” son enviados a través de actos maléficos, por acción de los muertos o bien por sustos mayúsculos, especialmente en ríos (caídas, sensación de ahogo), cuevas, víboras; y se adquieren a través del sueño, en particular durante las pesadillas. En tanto que los “aires calientes” son de carácter más “doméstico”, lo hacen a través de la mirada “caliente” de personas “cargadas de calor” (las que tienen remolinos en el cabello, en especial si son nueve; las embarazadas, las menstruantes, los borrachos, gemelos, enanos, albinos, polidáctilas, etcétera); o ingresan al cuerpo por cambios bruscos en el estado de ánimo, como por ejemplo el deseo desmedido por tener lo que otros poseen (envidia), de estar contento a sufrir un disgusto mayúsculo o cambiar rápidamente de un espacio cálido a uno frío, sentir simpatía o admiración por la belleza natural de un animal, planta o persona. La expresión “me pegó un aire”, corresponde al cambio repentino de ambientes frío/caliente afectando al organismo en un desbalance térmico.²⁰

Los aires “fríos”, dada su naturaleza, son más dañinos que los segundos, y tienen la propiedad de estacionarse o moverse con rapidez en el cuerpo, y se cree provocan mayor daño en el paciente. Especialmente es temido el “aire de corazón”, síndrome caracterizado por dolor agudo en la caja torácica, vista nublada, sudoración fría, dificultad respirato-

²⁰ La creencia de daño por “ojo” no es exclusivo de humanos, sino se extiende a plantas, animales y árboles frutales. Para prevenir daños externos se suele colocar moños o listones de color rojo. A los bebés suelen protegerlos con pulseras de ámbar o semillas de color rojo.

ria y sopor profundo. Invariablemente asocian los periodos de dolor con las fases lunares y condiciones climáticas; así, argumentan que en luna nueva y en épocas de frío el dolor es más persistente y agudo.

Para conocer el origen causal del desbalance térmico se recurre a un especialista, quien “leerá el torrente sanguíneo” a través de la técnica diagnóstica conocida como “pulseada”. Tanto paciente como familiares son sometidos a un amplio interrogatorio, al tiempo que el terapeuta pone el dedo pulgar en la región distal del brazo del paciente. La lectura del pulso puede interpretarse como débil o fuerte. Si el fluido sanguíneo se percibe débil, entonces hay elementos para considerarlo de origen “frío”; si fuerte, la sangre será percibida alterada en calor y fuerza, características que pudieran sospechar de origen “caliente”, salvo contraindicación del especialista.

El cuadro 3 muestra los principales achaques registrados en ancianos de 75 y más años de edad, según manifestación o ausencia de cuadros neurálgicos y clasificados según la sospecha etiológica del padecimiento.



Anciana zoque
Nuevo Esquipulas
Guayabal, Chiapas, 2014.
Fotografía de L. Reyes.



Cuadro 3. Principales achaques asociados a la edad avanzada, según cuadro neurálgico y origen frío/caliente del padecimiento

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

Fuente: Observación y registro en campo, 2014.

La noción térmica del padecimiento resulta de interés, pues generalmente asocian el calor a signos patológicos indoloros, pero que pro-



vocan profundo malestar emocional y riesgo de muerte a corto plazo; en cambio, el frío lo identifican más a sintomatología neurálgica que produce sufrimiento agudo prolongado, y probabilidad de muerte a largo plazo.

Finalmente será el especialista quien emita el diagnóstico que pudiera contradecir este principio. Se cree que las enfermedades de origen “frío” son más dañinas que las “calientes”, toda vez que provocan dolor agudo, matan paulatinamente, el sufrimiento es profundo y la agonía es prolongada; su atención se considera prioritaria. El ideal de salud, entonces, está en lograr el balance térmico o cordial de la anatomía humana.

Casos clínicos

Buscando ejemplificar cómo afronta los procesos mórbidos, el paciente anciano que vive en comunidad, se describen situaciones reales, donde la cultura nativa, la disponibilidad y accesibilidad de los servicios médicos influyen en la forma de concebir y atender la enfermedad del viejo no sólo de sus achaques, sino de la enfermedad crónica y degenerativa. Se trata de tres casos clínicos, dos hombres y una mujer, que reciben atención diferencial en función del origen causal del padecimiento y clasificación neurálgica.

El primer caso hace referencia a un síndrome de filiación cultural no doloroso, cuya terapia resulta exitosa; el segundo, es un padecimiento reumático, donde el paciente recibe tratamiento herbolario, y el tercero, describe las complicaciones diabéticas que sufre Doña Rosa, cuyo tratamiento tardío termina con la muerte. Veamos el desarrollo de cada uno de ellos.

Caso 1:

Síndrome de filiación cultural indoloro.

Paciente: Don Miguel, 78 años de edad.

Sintomatología: Pérdida de apetito, cansancio extremo y accesos de fiebre.

Diagnóstico: Envidia. Su “alma” ha sido atrapada y retenida por un poderoso brujo.



Terapia: Recuperar el “alma” e integrarla al cuerpo a través de oraciones y ritos mágicos.

Lugar: Tapalapa, Chiapas. Abril de 2010.

El contexto

La cabecera municipal de Tapalapa, Chiapas, cuenta con escasos 2,400 habitantes. Más del 90% de la población es zoque parlante, y sólo el 4% es monolingüe en lengua indígena. Cuenta con servicio de clínica rural de IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), y un médico particular. Así mismo, existen dos farmacias, cinco médicos “tradicionales” y cinco parteras empíricas. La ciudad más cercana para recibir atención hospitalaria es Pichucalco, ubicada a dos horas por carretera, o Tuxtla Gutiérrez, la capital del estado, a tres horas. En época de lluvias es común que los caminos queden bloqueados por derrumbes.

Don Miguel tiene varios oficios. Es campesino, y se dedica al cultivo del café, maíz, y tiene un jardín de plantas medicinales en el patio trasero de su casa, pues también es de oficio “yerbatero” (herbolario, curandero), especialista en curar espantos. Cultiva la música, ejecuta con maestría el tambor y la flauta de carrizo, y es maestro de danzas tradicionales. Todas estas características artísticas y terapéuticas hacen de don Miguel una persona sumamente respetada en la comunidad. Don “Migue”, como es conocido localmente, es católico “costumbrista” practica una mezcla de ritos cristianos y “paganos” (ora en lengua zoque, invoca a deidades nativas, ingiere alcohol en sus ceremonias). Pertenece a la hermandad de oradores, que la integran hombres y mujeres, todos ellos ancianos, cuyo compromiso es velar una vez al mes en la iglesia, haciendo oración.

Las mujeres que pertenecen al grupo de adoradores son conocidas como “bienhechoras”, encargadas, entre otras funciones, de visitar a los enfermos (pertenzcan o no a la asociación) para brindarles cuidados y atenciones posibles. Los hombres, por su parte, cooperan con trabajo o económicamente para socorrer a la afligida familia. Así, desde la asociación religiosa, los ancianos cuentan con apoyo afectivo y solidario de sus congéneres, es decir, se trata de un grupo adultos mayores que



vigilan y cuidan la salud de los viejos. Los adoradores se consideran “como una familia” donde todos dependen de todos, y la reciprocidad es la base de acción; se ponen en práctica los vínculos solidarios de amistad, de hermandad, de persona, de familia. En lengua zoque este acto solidario tiene nombre, y literalmente se dice: “Sembramos la semilla de la amistad” (Reyes y Villasana, 2011: 234).

El padecimiento

En relación al mal que lo aquejaba, don Miguel, especialmente en los últimos dos meses había notado una afección que lo venía mortificando. Advirtió, entre otras cosas, que había perdido peso rápidamente, sus horarios de sueño y vigilia los había invertido, sentía agotamiento crónico sin actividad física ruda, experimentaba pérdida de apetito, mareo y accesos de fiebre. Si bien su padecimiento no era doloroso, los efectos en su organismo eran de debilidad extrema, franco deterioro; su salud estaba diezmada, en serio riesgo de muerte. Ante tal situación, y por insistencia de su esposa, acudió al especialista local en búsqueda de recuperar su salud.

Don Juan, el terapeuta, tenía fama en la comarca de ser buen curandero, y secreto a voces lo reconocían como brujo. Don Miguel y don Juan eran amigos desde la infancia y se conocían, pero sobre todo se tenían confianza uno al otro.

El paciente le contó con lujo de detalles de su padecimiento. Para emitir un diagnóstico más certero, don Juan “leyó” el pulso de la sangre del paciente: puso el dedo pulgar en la región distal del brazo del enfermo, y descifró el pulso. La lectura del torrente sanguíneo fue diagnosticada como “envidia”, pues don Miguel tenía “suerte” y virtudes que sus enemigos deseaban gozar. En efecto, eran envidiadas sus cosechas “galanas” de flor, de café y de maíz. Así mismo, era famoso por el dominio que tenía en el arte de la danza y ser considerado “danzante principal”. Estas y otras situaciones lo habían hecho víctima de enemigos “nagualeros” (brujos), quienes a través del sueño hicieron prisionero el *kojama* (*alter ego*, animal compañero, tona, *tonalli*, el “alma”) de don Miguel.



El tratamiento a seguir era, primero, entablar una lucha onírica entre el curandero y los enemigos “nahualeros” (brujos), buscando liberar el “alma” retenida en algún lugar recóndito y reincorporarla a su legítimo dueño; como segundo paso, orar para que el cuerpo débil recupere fuerzas y, tercero, brindarle protección con amuletos para que no vuelva a ser atacado en sueños.

Una vez señalados los pormenores del tratamiento, el terapeuta oró buscando persuadir al paciente para que su cuerpo aceptara alimentos, y así recuperara fuerzas. Un fragmento de la oración dice así:

¿No eres acaso piedra preciosa? ¿No eres acaso fino pedernal? Así como las aves de hermoso plumaje dejan escuchar su canto, permite oír tu voz, porque eres como el suave murmullo que el viento no puede borrar, por el contrario, lo convierte en eco y lo hace saber una y otra vez que eres luz en la oscuridad, eres delicada reliquia, eres flor, eres sol, eres día, eres fiesta, eres calor.

Dondequiera que esté tu “sombra” atrapada, retenida, debe volver. Así como el murmullo cobra fuerza y la luz ilumina la oscuridad, de igual manera tu sangre debe volver y correr con fuerza de nuevo, porque eres vida, eres calor.

Trece son tus “espíritus”, trece son tus “almas”, todos ellos fuertes, todos ellos llenos de valor, de coraje. Eso eres tú, y no lo toleran quienes te envidian.

Tu sangre es valiente, tus “almas” son fuertes, tus espíritus son arrojados. Tus enemigos no pueden contra ti. Juntemos nuestras fuerzas. Te protejo, te procuro, estoy pendiente de ti. Cuenta conmigo, que yo cuento contigo.

Don Miguel fue “barrido”²¹ y colmado de bendiciones, con la encomienda que tomara caldo de pata de res y mucha verdura, bajo el argumento que la fuerza del ganado reside, justamente en las patas, y

²¹ Técnica terapéutica que consiste en “limpiar” o “barrer” el cuerpo del paciente, liberar la envidia —de origen caliente— con la planta aromática de albahaca o basílica —de clasificación fría— (*Ocimum basilicum* L). Se cree que esta acción permite, entre otras cosas, retirar los males que aquejan al organismo, bajo el principio de acción de contrarios, buscando el balance térmico del cuerpo.



por magia simpática, la energía del vacuno se transferiría al cuerpo del paciente. En la segunda sesión de terapia, el paciente aceptó sentir mejoría, que ya estaba aceptando alimentos, y las fuerzas habían vuelto a él. Don Juan supo, a través de sus sueños, quién o quienes habían enviado el mal, pero no quiso revelarlo a su paciente para no hacer más grande el problema. Protegió al paciente con un amuleto confeccionado con trece granos del árbol colorín (*Erythrina americana*), para evitar envidias en el futuro. Finalmente, don Juan no quiso cobrar por sus servicios.

La etiología del padecimiento, desde la perspectiva local, nada tiene que ver con la asociación de origen microbiano o viral, sino está estrechamente vinculada con la cultura, por tanto, las ceremonias terapéuticas dan respuesta a la creencia del ambiente en que se desarrolla la enfermedad: la envidia, de origen térmico caliente, es considerada potencialmente dañina, con riesgo de muerte. Habría, entonces, que buscar el balance térmico y equilibrar el fluido sanguíneo del organismo bajo el principio de contrarios, es decir, con tratamientos fríos, y proteger el cuerpo de futuras amenazas.

Caso 2:

Cuadro reumático.

Paciente: Don Pedro, 88 años.

Síntomas: Dolores agudos en mano, brazo y antebrazo derecho.

Diagnóstico: “Aire” frío estacionado en la zona afectada.

Terapia: Necesidad de balance térmico con tratamiento bajo el principio de contrarios (frío/caliente).

Lugar: Nuevo Esquipulas Guayabal, Rayón, Chiapas. Julio de 2011.

El contexto

Nuevo Esquipulas Guayabal es una comunidad de reasentamiento después de la erupción del volcán El Chichón, en marzo y abril de 1982, y quedó anexa a la cabecera municipal de Rayón, Chiapas. Cuenta con aproximadamente 800 habitantes, y los servicios médicos de primer nivel de atención se brindan en la cabecera municipal, separa-



da del Anexo por una calle. Cuenta con luz eléctrica, agua entubada y los servicios elementales de educación básica.

Don Pedro vive con su esposa a orillas del pueblo, se acompañan el uno al otro; al igual que muchas otras familias, a raíz de la erupción volcánica sus hijos fueron reubicados en otros asentamientos. Los hijos, principalmente las mujeres (cinco hombres y dos mujeres), visitan a sus padres de vez en vez, especialmente si tienen noticias que alguno de ellos se encuentra delicado de salud. Cuando los hijos no están, y los padres requieren de atención, los dejan “encargados” con vecinos y amigos de la aldea. Don Pedro y su esposa son muy queridos en la comunidad, se han ganado el cariño de la gente y son tratados con sumo respeto. Otro tanto sucede con sus contemporáneos, entre viejos se procuran, y se establecen vínculos solidarios, donde viejos cuidan a viejos.

El padecimiento y la terapia

Cuando los problemas de salud rebasan el ámbito familiar, don Pedro asiste a consulta con don Laureano, el médico tradicional de la localidad, para que sea tratado por problemas de dolores agudos en mano, brazo y antebrazo derecho, “con el que trabaja”. El paciente se queja de que le “pegó un aire frío” a raíz de un fuerte aguacero y granizo que le sorprendió en su “trabajadero” (milpa), justo al medio día, cuando el calor caía a plomo, y advirtió que el dolor aumentaba cuando la luna estaba en fase llena.

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

El terapeuta confirmó el diagnóstico al “leer” la sangre del paciente: Puso el dedo pulgar derecho en la región distal del brazo adolorido, y advirtió que el fluido sanguíneo era irregular. La lectura del pulso “nor-



mal” se conoce como “*pujtp, pujtj ne’bin*” (literal: salta, salta sangre —con fuerza, energía, alegre, rítmica—), y la lectura registrada esta vez decía “*pujt pakak, pujt pakak*” (literal: “salta frío, salta frío” —en forma débil—). No había duda, que el haber cambiado repentinamente de un ambiente cálido a uno frío había influido causando un desbalance térmico en la salud de don Pedro, y el padecimiento se manifestaba con debilidad y dolor.

El tratamiento a seguir consistía en lograr el balance térmico a través del principio de contrarios, es decir, si el padecimiento era de origen “frío”, la terapéutica tenía que ser con medicamentos de clasificación “caliente”. Así, el terapeuta oró con voz apagada, al tiempo que sobó con suavidad el brazo adolorido, untó una pomada que él mismo había elaborado a base de cebo de ganado vacuno. Finalmente cubrió el brazo con hojas de aguacate, para contrarrestar el frío, lo vendó con trapos limpios y lo sujetó con un cabestrillo.

Recomendó al paciente tomar alimentos de origen caliente, y vigilar el balance térmico. Sugirió la siguiente lista²²:

Cuadro 4. Lista de alimentos según clasificación térmica		
Alimentos “fríos”	Alimentos “calientes”	Alimentos “cordiales” (frescos)
Aguacate	Aguardiente	Sal
Anona	Atole	Panela
Arroz	Café	Limón
Calabaza	Caña	Coco
Camote	Carne de res	Jícama
Carne de puerco	Camote morado	Agua natural
Cueza de chayote	Chichón/chapaya	Atole
Chayote	Chocolate	Elote cocido
Chícharo	Chorizo (sin picante)	Calabaza
Chicharrón	Durazno	Tortilla tostada
Gallina de granja	Gallina de rancho	Horchata
Guajolote	Frijol	Pan salado

Fuente: Datos de campo, 2009.

²² Aún dentro de la misma comunidad, no hay un criterio uniforme respecto de la clasificación térmica de los alimentos, lo que para algunos es “frío”, “caliente” y “cordial”, para otros no lo es. Cada uno argumenta su principio.



La recomendación fue que el paciente debería asistir a tres terapias, para observar la evolución del padecimiento. El costo del tratamiento fue de cien pesos, y don Pedro sólo asistió a dos sesiones, pues sintió mejoría antes de terminar la terapia.

Caso 3:

Complicaciones diabéticas.

Paciente: Doña Rosa, 75 años

Sintomatología: Mareo, sed extrema, accesos de vómito, poliuria, pérdida paulatina de la vista, pérdida de conciencia.

Diagnóstico: *Pá'ak pa'am* (“Mal de azúcar”).

Terapia: Al inicio nada. En fase terminal es canalizada al hospital.

Lugar: Colonia Hidalgo, Copainalá, Chiapas. Marzo de 2010.

El contexto

Colonia Hidalgo pertenece a la jurisdicción municipal y distrital de Copainalá, Chiapas. Cuenta con escasos 700 habitantes, y se conecta por camino de terracería a una distancia de ocho kilómetros. En la Colonia no hay servicio médico, cuenta tan sólo con un comité de salud, pero sin medicamentos. El servicio hospitalario más cercano es la cabecera municipal, que está a veinte minutos por carretera. El 45% de la población declaró hablar zoque. Cuenta con dos comadronas que atienden los partos.

Un padecimiento silencioso

Doña Rosa, debido a su delicado estado de salud, ha quedado confinada en casa; sufre de mareos, y prácticamente ha perdido la vista, pero eso no la imposibilita para hacer “trabajo de flojo”: la dejan al cuidado de los nietos, desgrana maíz, da de comer a los pollos, y se queda en casa mientras el resto de la familia va al campo a trabajar. Doña Rosa es muy platicadora, le encanta contar, una y otra vez, de cómo trabajaba vendiendo pan de puerta en puerta, y de muchas otras actividades que antes hacía y ahora se ve imposibilitada; añora esos días cuando rendía en su trabajo y era incansable. Doña Rosa cuenta con una am-



plia familia que vive en el terreno común; comparten la propiedad dos de sus hijos con sus respectivas esposas e hijos.

El esposo de doña Rosa está preocupado por la enfermedad de su cónyuge; ignora cómo y cuándo empezó el mal de “azúcar”, aunque advierte que su suegra murió justamente por complicaciones del padecimiento. Doña Rosa no dio mayor importancia, años atrás, cuando experimentaba mareos, vista nublada, sed extrema y debilidad. La situación de su salud cambió radicalmente cuando durante catorce noches no pudo dormir bien, pues iba al baño prácticamente a cada rato, hasta que la decimoquinta noche perdió la conciencia.

Don Efrén, su esposo, buscó ayuda médica en el pequeño poblado, sin conseguirla. Muy de madrugada fue trasladada al hospital de Copainalá, y tampoco contaba con médico, así que fue turnada al Hospital Regional de Tuxtla Gutiérrez que se ubica a dos horas y media por carretera. Los médicos lograron estabilizarla. El hospital no contaba con medicamentos suficientes, de forma tal que varios de ellos fueron adquiridos en farmacias particulares, costo que solventó la familia.

Tarde se enteró que estaba enferma de diabetes, y que el padecimiento estaba muy avanzado, de hecho en fase terminal. Ante tal situación doña Rosa pidió a sus hijos que la regresaran a la Colonia, pues no quería morir fuera de su comunidad; instruyó, además, que ya no gastaran en medicamentos, que la encerraran para que muriera de inanición, y que el poco dinero que tenían que lo destinaran a los nietos. Específicamente ordenó: “Enciérrenme en casa. Si me vuelvo loca, amárrenme y déjenme morir de hambre y sed. No me tengan lástima, es una ley que dicto”.

Es muy importante referir que la diabetes fue diagnosticada por el médico, pues en la comunidad no se conoce tal padecimiento. Últimamente la gente la ha nombrado “azúcar”, tal vez porque el médico informa al paciente que sus niveles de glucosa se han elevado en el torrente sanguíneo,²³ y en consecuencia debe bajar la ingesta de calorías,

²³ Según la Asociación Americana de Diabetes recomienda metas específicas de glucosa: de 80 a 120 mg/dl antes de los alimentos; niveles inferiores a 160 mg/dl dos horas después de los alimentos y entre 100 y 140 mg/dl antes de irse a dormir (Opinión Médica).



y por esta información ha sido nombrada “*pa'ak pa'am*”, que se traduce literalmente como “mal de azúcar”. Como es un padecimiento que en su fase inicial no provoca dolor, ha sido clasificada como *ka'kuy* (padecimiento sin dolor, al menos en su fase inicial), y su identificación térmica no está del todo definida, pues tiene componentes tanto “fríos” (“aires”) como “calientes” (vértigo, mareo, debilidad, sed extrema, etcétera) que provoca malestares indoloros en su fase inicial, asociada al alto riesgo de muerte. En la región, la diabetes es una enfermedad relativamente nueva, y es preciso brindar mayor información respecto a su etiología, prevención o tratamiento.

La diabetes, como muchas otras enfermedades que se manifiestan sin dolor, no es percibida como problema prioritario de salud. El diagnóstico se conoce en forma tardía, cuando prácticamente no se puede hacer mayor cosa en su tratamiento debido a lo avanzado del padecimiento.

Gracias a que los hijos de doña Rosa trabajaban como peones en Cancún, Quintana Roo, pudieron costear los gastos que generó la hospitalización. Doña Rosa regresó a su colonia, donde sobrellevó su enfermedad, pero un par de meses después murió por complicaciones diabéticas y, al año siguiente, su esposo. Dicen que don Efrén “se dejó morir de tristeza”.

Los achaques en el proceso salud, enfermedad y atención

Alcanzar edades avanzadas es cada vez más común, y el crecimiento demográfico de la población envejecida trae consigo modificaciones en la forma de percibir y atender la vejez. Otro tema es la incipiente infraestructura en servicios de salud y los programas sociales de apoyo en la vejez.

En el proceso salud, enfermedad y atención al anciano, especialmente respecto a la caracterización de los achaques y de las enfermedades crónico-degenerativas en la vejez, habrá que considerar la concepción de los procesos mórbidos en torno a cuadros neurálgicos (dolorosos/indoloros en fase inicial) y térmicos (frío/caliente) para determinar si una enfermedad es importante en su atención o no.



En este plano deben trabajar en forma conjunta tanto médicos “tradicionales” y médicos alópatas, como los geriatras, para atender en forma integral al paciente anciano. La etiología mágica de las enfermedades es otro aspecto que debe ser respetado desde el plano cultural, y generalmente es la opción más cercana que tiene el paciente para ser atendido.

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

Otro tanto sucede con aquéllos padecimientos propios o asociados a la vejez que requieren ser tratados por terapeutas especializados, pues generalmente en la comunidad dejan que la enfermedad siga su curso “normal”, por ser considerada enfermedad de “viejo”. Muchos de los achaques registrados en realidad tienen cura y/o control, pero existe un estigma de que el viejo enferma por su naturaleza etaria. Esta idea debe ser superada en definitiva. Así, por ejemplo, el problema de debilidad visual podría ser atendido y seguramente corregido con un programa oftálmico.

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

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

El proceso de envejecimiento ha iniciado, y la presencia de población anciana en familias indígenas crece por arriba del promedio na-

cional. Necesitamos crear las condiciones necesarias para brindar una atención de calidad para el sector envejecido.



Doña Elpidia Hernández Muñoz, 79 años.
San Miguel Zacalapa, Copainalá, Chiapas.
Fotografía de L. Reyes, 2015.

Capítulo IV



Demencias

- Un familiar, de una paciente senil, pide a la monja en el hospital:*
- *¿Madre, podría darle algo a mi enfermita para que deje de sufrir?*
 - *Hacemos todo lo posible.*
 - *No. Me refiero a que le dé algo para que se quede dormida para siempre.*
 - *Eso es fácil –dijo la monja, al tiempo que fue con el policía y le pidió su pistola de cargo–.*
 - *Aquí tiene, ¡dispárale!*
 - *No. No me refería a eso...*
 - *¡Pues eso que usted no quiere hacer, quiere que yo lo haga!*

(Comunicación personal de Adelina, mayo de 2012).

Introducción

En este capítulo daremos cuenta, a través de testimonios, de cómo los ancianos indígenas viven la enfermedad “de viejo”, padecimiento que hace referencia al mal funcionamiento de la cabeza, “cuando la mente se descompone”; y lo asociamos al proceso gradual de pérdida de memoria a corto y largo plazo, o al síndrome demencial que se agudiza con la edad pronunciada, así mismo, el papel que juegan la familia y la persona que asiste al anciano, cuando el paciente se vuelve dependiente en cuidados y atenciones.

Desde la perspectiva médica, la demencia está identificada como un síndrome de desorden mental, cuyos síntomas son variables, entre otras manifestaciones están: pérdida de memoria a corto o largo plazo, confusión, desconocimiento de personas que deberían serle familiares, disminución considerable de habilidades que manejaban previamente (firmar, manejar dinero, bailar, tejer, rezar, cocinar, vestirse, leer



y escribir, ejecutar un instrumento musical y cantar, etcétera), incapacidad para resolver problemas, incontinencias, alucinaciones, pérdida de interés en actividades que disfrutaban, trastornos de la conducta con agitación, extraviarse o perderse, delirios y angustia.

Así mismo, habrá de considerarse la apatía, alteraciones en la fluidez verbal y en la evocación de la información, falta de iniciativa o estímulo vital, desórdenes en la marcha y el movimiento, y a menudo coexisten síntomas depresivos y trastornos del sueño (Guerra, 2010: 250). Con esta sintomatología, en especial consideramos las implicaciones sociales que conlleva en la vida cotidiana cuando el sujeto se vuelve dependiente, “situación que repercute en la funcionalidad de la persona y la coloca en una posición de desventaja ante sus semejantes, y de dependencia frente a sus familiares, particularmente el individuo que le asista en las actividades cotidianas de la vida diaria y a quien se le conoce como cuidador” (Guerra, *Op. cit.*: 250).

A los síntomas de pérdida de memoria y la capacidad de pensar y razonar que presentan los pacientes adultos se les ha dado muchos nombres. Entre los términos usados más comunes están: deterioro cognitivo, síndrome orgánico cerebral, senilidad, endurecimiento de las arterias y síndrome cerebral crónico, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de infartos múltiples, demencia senil o demencia pre-senil. Para fines de este trabajo, nos referiremos a todos estos estados patológicos con el término genérico de demencia, el cual describe un grupo de síntomas y no es el nombre de una enfermedad ni de enfermedades que causen los síntomas. Es importante aclarar que el término demencia no significa locura (Mace y Rabins, 2011: 5-6), sino la declinación en varias funciones cognitivas (Guerra, *Ibid*: 250). Este padecimiento altera todo el entorno cotidiano de la persona y repercute en su vida laboral, familiar y social (Trujillo, 2008: 13).

La palabra demencia, según Sosa (2008), se aplica al deterioro de muchas habilidades adquiridas durante la vida; entre ellas están la memoria, el razonamiento, la orientación en el tiempo y el espacio, o el comportamiento social en determinados ambientes. De las enfermedades mentales, el Alzheimer “es considerada por los médicos como



la más común e importante a tratar. Incorrectamente se piensa que la pérdida de memoria es el principal síntoma, pero realmente es sólo uno de los tantos a considerar, ya que también se presentan alteraciones emocionales, de comportamiento, del juicio y de la personalidad” (Sosa, *Op. cit.*: 2), y se asocia a la edad avanzada, pero puede manifestarse desde edades tempranas. Es un padecimiento crónico-degenerativo que evoluciona por etapas de leve a avanzada, y conduce gradualmente al paciente a la disminución de sus capacidades y actividades de la vida cotidiana. “En México, el 35% de la población mayor de 65 años la padece en algún grado. Puede empezar a dar síntomas desde los 40 años de edad, y avanza haciéndose más intensa a partir de los 60 años” (Sosa, *Ibid.*: 10).

La perspectiva zoque

Con la amplia gama y gravedad de síntomas que pudiera experimentar el paciente anciano con demencia avanzada, sienta las bases culturales para dejar de ser considerado como elemento operante no sólo en la familia, sino en la comunidad, toda vez que ya no es consultado en la toma de decisiones por la incapacidad de raciocinio. La lucidez mental, entonces, es utilizada como parámetro para determinar cuando la persona actúa en sus cabales; es decir, constituye un padecimiento profundamente estigmatizante y desacreditador. En esta medida, la lucidez funciona como la línea que marca la frontera entre el sujeto que piensa, recuerda, razona y actúa, y aquella que está en proceso de divorcio respecto de sus funciones sociales protagónicas,²⁴ toda vez que es incapaz de jugar el rol que venía desempeñando. En este sentido, Charmaz (citado en Arroyo, 2011: 68) dice, desde una perspectiva sociológica, respecto de las enfermedades crónico-degenerativas, que “el yo se deteriora por el sufrimiento, perdiendo así su autoestima y su identidad”.

Recordar, pensar con claridad, razonar y actuar en consecuencia, aunada a las responsabilidades sociales que implica ser adulto, son

²⁴ Los hombres, generalmente, en su papel de proveedor, de jefe de familia y el que controla los bienes y medios de producción; la mujer, en su papel de madre y abuela, la que ama, atiende y protege a la familia; la incansable trabajadora, la consejera.



criterios que definen, desde la perspectiva zoque, ser o no ser hombre o mujer “completos”, o, en otras palabras, estar “enteros”. Esta categoría clasificatoria por edad, como se dijo *supra*, capítulo II, se adquiere alcanzando siendo *pöt* (en el hombre) o *yomo* (en la mujer), como rango social distintivo de ser personas “completas” – en el sentido amplio del término –, es decir, “columna vertebral de la casa, del hogar” que los identifica como individuos “maduros” con reconocimiento social activo, pleno en funciones. El dejar de serlo, pasa entonces a la categoría de *makamga'e chu'we* (“anciana que se vuelve noche, que está próxima a la muerte, que pierde vitalidad”) o *makamga'e achpö* (“anciano que está próximo a la muerte, que pierde vitalidad”), es decir, el anciano que padece demencia es percibido como persona “no completa” en sus funciones sociales (Reyes, 2002: 88-138), y se vuelve dependiente en cuidados y atenciones.

En esta dinámica entran en juego, con toda su crudeza, los distinguos de la virtud y el estigma de la edad avanzada, el crédito o el descrédito, de la razón y la sinrazón; el mantenimiento del estatus social alto o el desmoronamiento del poder y control de la familia; lo normal y lo patológico, o como dicen los zoques: “de viejo vuelve a ser niño”; es decir, discrimina el paso de la vejez con función social activa, a la vejez completa pasiva y dependiente. Advertimos que existen otros padecimientos crónico-degenerativos (ceguera total, paraplejía, secuelas crónicas de infarto, diabetes en fase avanzada, etcétera) que confinan al viejo, retirándolo de la vejez activa, con la diferencia de que los pacientes pueden pensar y ser escuchados o considerados aún en la toma de decisiones.

Una vez declarada la demencia en etapa avanzada, de la misma manera el viejo ingresa al territorio de la vejez pasiva, ese mundo donde los hijos, principalmente varones, se resisten a atender y cuidar de los viejos que durante años seguramente velaron por ellos. Un hijo varón se opondrá, entre otras cosas por cuestiones de pudor o tabú, por ejemplo, en bañar y cambiar no sólo al padre, sino especialmente a la madre. Hay excepciones, pero es la tendencia general, tal como refieren Treviño, *et al*:

En el contexto mexicano, las identidades de género están enormemente arraigadas, sobre todo en el ámbito rural, donde los vínculos que se establecen entre las personas están mediados por los roles sociales que se derivan de esta identidad – las mujeres como madres y amas de casa, es decir, como cuidadoras de otros; los hombres, como figuras de autoridad, fuerza y poder y como jefes de familia (proveedores) –, mismos que se inculcan en la familia y en la sociedad desde la infancia (2006: 31).

Otro tanto sucede cuando la mujer cumple el rol de cuidadora y tiene que bañar y cambiar, por ejemplo, al padre. La aceptación de que sea bañado por la hija causa profundo conflicto por parte del progenitor, hasta que dada la necesidad cede el paciente. La experiencia de Juana en la necesidad de bañar a su padre enfermo resulta aleccionadora:

- “Pero no vas a ver mis partes, hija”
- “¡Ay papá, si he visto cosas galanotas, no como esa!”

Gracias al chascarrillo de la hija, la tensión bajó considerablemente.

En el núcleo familiar el viejo sufre descalabro como proveedor o jefe de familia, pasando a ser percibido como improductivo y dependiente, pues los efectos etarios lo sitúan en desventaja incluso en relación a aquellos contemporáneos que padecen alguna discapacidad, infarto, diabetes, parálisis o alguna otra enfermedad crónica degenerativa, que actúan con cierta independencia o tienen aún el control de los bienes y medios de producción. Cuando el viejo se vuelve dependiente, corre el riesgo de ser tratado con lástima o desdén, y es proclive a sufrir maltrato de muy diversa naturaleza,²⁵ especialmente si no cuenta con sólidas redes afectivas, solidarias e institucionales en la vejez. Los cuidados y atenciones que recibe este tipo de pacientes son, en el mejor de los casos, paliativos, de largo plazo y de tiempo completo; tarea doméstica depositada culturalmente en la mujer.²⁶

²⁵ La primera causa de maltrato que sufre el viejo en el estado de Chiapas corresponde a despojo y estafa. Véase “El maltrato a los ancianos”, disponible en línea: http://www.gerontovida.org.ar/download/pdf/sig/el_maltrato_chiapas.pdf

²⁶ En un estudio sobre vejez avanzada y sus cuidados, en Monterrey, Nuevo León, se dibujan algunos rasgos comunes de las cuidadoras: “ser esposa o hija, y en el caso de estas últimas



Perder la lucidez mental significa ingresar a un territorio donde el individuo es despojado de sus funciones sociales, especialmente de aquellos roles protagónicos, y es sustituido en la toma de decisiones. En ese nuevo mundo social se pierde la categoría de ser o estar “completo” o “entero”; la capacidad de raciocinio los traiciona, por tanto ya no son escuchados. Ser hombre o mujer “incompleto”, entonces, es perder la madurez que distingue a los ancianos por su experiencia y sabiduría, y son vistos como niños indefensos que requieren de protección; se vuelven dependientes. La figura social que antes gozaban también se desvanece, y con el tiempo corren el riesgo de volverse “invisibles”.

Durante el acopio de información, por ejemplo, los familiares mostraban recelo en la información al considerar que la persona, por efectos de edad pronunciada, “su cabeza se había vuelto loca” y no razonaba adecuadamente, y a menudo era objeto de burla o causaba enfado por la insistencia de sus pláticas repetitivas, berrinches, comportamientos “inadecuados” (desnudez, agresión, llanto repentino, temor, alucinaciones, etcétera) o, en el mejor de los casos, era tratada con lástima. Hubo testimonios donde el anciano quedaba encerrado en casa, toda vez que los familiares tenían que ir a trabajar, y no había con quien dejarlo.

Casos clínicos

Para ejemplificar cómo se vive la demencia en sus diferentes etapas, recurrimos a describirla en cuatro casos clínicos, dos hombres y dos

generaciones se caracterizan por ser solteras, divorciadas o viudas, con baja escolaridad y sin empleo” (Arroyo, 2011: 127-128).

En una investigación sobre cuidadores en el contexto nacional, arrojó que los cuidadores eran predominantemente mujeres (72%) de mediana edad (promedio 57 años), casadas, 70%, y sobre quienes yacía la mayor responsabilidad del cuidado, y que contaban con poca o nula ayuda por parte de otros. Más del 35% de los cuidadores eran cónyuges, 29% eran hijas adultas, 8.5% eran hijos varones adultos; el 27% restante lo comprendía amigos, parientes y otras personas... De los hijos que fungían como cuidadores de sus padres ancianos, 40% pertenecían a la fuerza laboral; 9% tuvieron que renunciar a su trabajo para poder cuidar a su pariente anciano y más frecuentemente eran mujeres quienes tuvieron que abandonar su trabajo para poder cumplir como cuidador (Guerra, 2010:251). Para mayor información sobre el cuidado de los ancianos, véase Robles, 2006.



mujeres, que dibujan la experiencia de la vejez en comunidades indígenas de la zona noroeste de Chiapas. El acopio de información fue recopilada a través de entrevistas en profundidad, principalmente con la cuidadora y familiares del paciente, y, cuando fue posible, con el anciano sujeto de estudio. La idea es describir el trato que recibe el anciano por parte de la familia y la comunidad en su conjunto, cuando las funciones cognitivas declinan al borrarse paulatinamente la memoria, y el viejo ya no es considerado en la toma de decisiones; por el contrario, se vuelve dependiente. En el mejor de los casos, de proveedor pasa a ser proveído, de jefe de familia a un miembro más sin capacidad de liderazgo, de cuidador a ser cuidado, de protector a ser protegido, etcétera. Y, en el peor de los escenarios, a ser abandonado a su suerte.

Caso 1:

Pérdida de memoria a corto plazo. Delirio de envenenamiento.

Paciente: Don Juan, 89 años.

Sintomatología: Momentos extraordinarios de lucidez mental, y pérdida gradual de memoria, especialmente la de corto plazo. Causa angustia, enojo y alucinaciones visuales. Se vuelve agresivo.

Diagnóstico: Enfermedad “de viejo”.

Terapia: Ninguna.

Chapultenango, Chiapas. Diciembre de 2010.

El contexto

Don Juan nació aproximadamente en 1923 en la Rivera Volcán, Chapultenango; su edad se asocia porque cuando tenía más o menos cinco años, la comunidad sufrió el ataque de los “quema santos”, campaña antirreligiosa que pretendía desfanatizar al pueblo, intentando erradicar el dogma religioso. A raíz de la erupción del Chichón, sucedida entre el 28 de marzo y 4 de abril de 1982, cambió su residencia a Chapultenango, cabecera municipal, la cual tiene cerca de 3000 habitantes. Actualmente, el 60% de la población declaró hablar lengua zoque. Cuenta con servicio de clínica rural, y dos médicos particulares. En el



pueblo gozan fama de curanderos tres hombres y una mujer, y registran cinco parteras empíricas.

Los servicios hospitalarios más cercanos están a una hora (Pichucalco) y a cinco horas y media a la capital del estado, Tuxtla Gutiérrez. Por cuestiones geográficas, establecen mayor vínculo comercial con el estado de Tabasco, que con Tuxtla Gutiérrez. Don Juan no fue a la escuela, y no sabe leer ni escribir. Cuando joven, practicó la medicina herbolaria, y era partero. Como médico tradicional ganó fama de excelente curandero, y gozaba de alto estatus social. Al cambiar su lugar de residencia tenía 59 años, y estaba pleno —“entero”, “completo”— de sus facultades tanto físicas como mentales.

Las primeras señales de alarma

La pérdida de memoria a corto plazo dio signos de alarma varios años atrás, más o menos a los 70 años de edad, sin embargo, a decir de los familiares no consideraron grave, por ejemplo, el hecho que don Juan cambiara a menudo el nombre de sus hijos, o de no percibir el olor del tasajo que había puesto al fuego y que éste se quemara, o que buscara insistentemente su caballo, cuando lo tenía sujeto al lazo. Otras veces pensaban que el trabajo y las preocupaciones lo hacían muy distraído o que incluso jugaba bromas, pero al mismo tiempo se mostraba preocupado y algunas veces molesto, pues las acciones provocan risa y burla por parte de terceros respecto de su comportamiento.

A veces don Juan goza momentos de lucidez mental extraordinarios, y es el platicador de antes. El tema favorito de conversación es cuando relata, una y otra vez, el trabajo que desempeñó como mozo en Juchitán, Oaxaca. Narra con lujo de detalles una situación que marcó su vida, de cómo enamoró, allá por 1943, a la hija de su patrón, y ante semejante atrevimiento fue corrido al ser considerado un yerno poco prometedor. Invariablemente llora su desdicha, pero al mismo tiempo goza al recordar su aventura, como si hubiera sucedido el día de ayer. Muestra cierta preferencia por la música del Istmo de Tehuantepec, que escucha ensimismado.

Poco a poco fue olvidando el nombre de las plantas medicinales que usaba en sus terapias. Es importante señalar que don Juan utilizó



en el cuadro de tratamiento herbolario plantas alucinógenas que inhibían el dolor y provocaban alucinaciones, tales como toloache (*Datura meteloides*) y floripondio (*Brugmansia arborea*). El toloache lo usaba en tomas sin dosis determinadas como antineurálgico, especialmente en la atención de partos, en tanto que el floripondio tenía competencia en cuadros de insomnio.

En los últimos tres años ha dado muestra de acelerada pérdida de memoria a corto plazo. Don Juan ha pasado a ser visto como una persona no cuerda y que no razona adecuadamente. La gente atribuye que su enfermedad es producto del alcohol porque cuando era joven abusó de la ingesta excesiva de bebidas embriagantes, y por haber criado a su familia con rudeza. El hijo mayor vive en el terreno familiar, pero éste, invariablemente está alcoholizado; esta actitud irrita a don Juan, ya que el hijo no se hace responsable de su familia. Entre don Juan y sus hijos hay relación de conflicto, de hecho no se hablan, pues cuando llegan a coincidir discuten.

Señales graves de demencia

A menudo don Juan sufre de alucinaciones tanto visuales como auditivas, y ello genera agresiones físicas hacia sus hijos, acusándolos generalmente de robo. Son los nietos los encargados de hacer llegar algunos alimentos a los abuelos, quienes viven solos en una choza en el terreno común. En sus alucinaciones don Juan ve a una niña sentada a la mesa, como esperando alimento; este evento lo irrita cuando advierte que no es atendida, e invariablemente trae conflictos con doña Mari. En un principio esta reacción asustaba a la esposa, hasta que poco a poco “le dio por su lado”, diciéndole que la niña ya había comido; sólo así don Juan se calma por ratos.

Las cosas fueron de mal en peor, hasta que un día, a los 86 años de edad, don Juan ya no se le permitió salir a laborar a su “trabajadero” (cafetal, milpa, potrero), pues la última ocasión no sólo se perdió en el camino de regreso a casa, sino olvidó que llevaba montura y, angustiado, se sentó en el camino hasta que alguien lo orientó y condujo al pueblo. Este evento fue motivo de risa y burla por parte de la comunidad.



En el pueblo don Juan no es capaz de encontrar el camino de regreso cuando va a la iglesia, que está a un par de cuadras de su casa; incluso se pierde al interior de la vivienda. Ya no distingue las denominaciones de dinero, en consecuencia es incapaz de hacer transacciones comerciales menores, sin embargo pide a sus hijos le den algunas monedas para que, al caminar, hagan el tintineo característico del metálico en su bolsa, y eso le da mucha seguridad, pero sus hijos le niegan la petición, pues a menudo las pierde.

Otro tanto sucede cuando toma alimentos, pues se le olvida, y entra en conflicto con doña Mari, su esposa, a quien reclama que lo quiere matar de hambre; hace berrinche y sale a la calle con sus vecinos a pedir algo de comida. Otras veces sufre de delirio de envenenamiento, acusando a su esposa que le da de comer cabeza de víbora de cascabel, para que muera envenenado. Cuando pide alimentos con sus vecinos generalmente no le es negado, y vuela a comer. Los familiares de don Juan se sienten apenados, pues la gente aprovecha para hablar pestes de ellos, situación que parece disfrutar el acusador. Por otro lado, los hijos no pueden cuidar de él todo el tiempo, pues se mantienen ocupados laborando en el campo. Don Juan aprovecha el menor descuido de doña Mari para escapar de casa; más tarde son los vecinos quienes lo traen de vuelta.

Evidentemente la gente ya no acude a él para solicitar sus servicios médicos, pues lo identifican bajo la figura de viejo, “malo de su cabeza”, que no está en sus cabales. Don Juan la más de las veces inspira miedo, especialmente en los niños, pues se vuelve agresivo; habla solo con personas imaginarias y prácticamente ya no sale de su casa, salvo los domingos para asistir a oficios religiosos. A don Juan siempre se le ve solo o se pasa horas en el jardín del traspatio contemplando sus plantas medicinales; no recibe visitas, es visto con lástima y desdén. El estatus social que antes gozaba como curandero ha venido a menos. La demencia se apoderó de él, y no cuenta con tratamiento médico alguno, pues se cree que esta enfermedad es propia de la vejez, y es “natural” hasta el desenlace del evento. Su enfermedad, se estima, tiene origen “caliente”, aunque no hay amenaza de muerte directa por



esta causa, sí perturba terriblemente el estilo y la calidad de vida. La pérdida de memoria está clasificada como *Ka'kuy*, es decir, un padecimiento indoloro que causa profundo malestar emocional. Se considera “caliente” porque es una enfermedad del cerebro, y la sangre se manifiesta alterada en su función térmica.

Cuando sufre alucinaciones, a menudo platica con Cristo, y lo hace en lengua zoque. Don Juan se molesta mucho porque los demás no ven a Jesús parado en una nube, y quiere que todos se hinquen para adorarlo. Como podrá advertirse es tachado de loco y lo aíslan, pues se torna agresivo. El panorama se complica cuando sufre de alucinaciones auditivas, pues a menudo agrede verbalmente a la gente. Don Juan sufre cuadros depresivos agudos o experimenta cambios repentinos de humor. Desea morir pronto, pues su vida es un martirio. En sus rezos pide: “que Dios se acuerde de mí. Ya quiero descansar”.

La esposa, de 85 años, hace las veces de cuidadora, y el *shuncu*,²⁷ el Benjamín de la familia, es el proveedor. Cuando el padre se retiró de la actividad productiva, las tierras quedaron en manos del hijo menor, con el compromiso de velar por sus padres en la vejez.

Caso 2:

Pérdida de memoria a corto y largo plazo.

Paciente: Doña Rosa, 91 años.

Sintomatología: Momentos de lucidez mental, y pérdida de memoria temporal, especialmente la de corto plazo. Alucinaciones visuales. No reconoce a su hija, y se dice soltera.

Diagnóstico: Enfermedad “de viejo”.

Terapia: Ninguna.

Nuevo Vicente Guerrero, Acala, Chiapas. Julio de 2010.

El contexto

Doña Rosa nació en 1921, en la Colonia Vicente Guerrero, municipio de Chapultenango, Chiapas. A consecuencia de la erupción del volcán

²⁷ Del zapoteco (variante de Juchitán, Oaxaca): El menor de la familia, consentido, hombre consentido, cariño, amor, hombre muy estimado, mi amor, niño.



Chichón, en marzo y abril de 1982, la comunidad fue reubicada en el municipio de Acala. Desde entonces vive con su hija Guadalupe, en el pueblo, ahora renombrado Nuevo Vicente Guerrero. Quedó viuda al morir su esposo durante el proceso eruptivo. Nunca fue a la escuela, y no sabe leer ni escribir.

El recuerdo que tienen del asentamiento original se asemeja más al Paraíso: tierras muy fértiles, comunidad rodeada de ríos de aguas cristalinas, abundancia de peces, animales silvestres, ganado vacuno y porcino, aves de corral, clima envidiable, selva tropical. Su casa era de 54 láminas, más cocina, y patio para 80 petates (esteras) destinada al secado de café. El número de láminas que tiene una construcción es un referente para estimar el tamaño de la vivienda y el patio. Una casa de 50 láminas se calcula mide 15 metros de largo por 5 de ancho, y el patio de aproximadamente 40 metros de largo por 20 de ancho. Además, una casa con techo de lámina galvanizada era distintivo de estatus social alto, de gente con “paga” (solvencia económica). Contaban con 25 hectáreas de café, potrero, milpa y animales de carga.

El trabajo marcó su vida y, a decir de su hija, su madre siempre ha sido una mujer muy guapa, alta, de cabello rizado y con hoyuelos en las mejillas.²⁸ Además fue alegre, gustaba de los bailes; enamorados nunca le faltaron. Era muy inteligente, aprendió a elaborar pan por sí misma, producto que vendía para subsistir; el pan quemado y duro era consumido por la familia, nada se desperdiciaba. Poco a poco fue refinando su técnica.

Cuando fue reubicada la comunidad, a doña Rosa le adjudicaron seis hectáreas de terreno pedregoso, de mala calidad, bajo el argumento de que por ser mujer y viuda, no trabajaría la tierra; pronto demostró lo contrario, y con profundas carencias sacó adelante a sus seis hijos. La comunidad de Nuevo Vicente Guerrero cuenta con una unidad de clínica rural, aunque por largas temporadas no hay médico ni medicinas.

²⁸ Los hoyuelos en las mejillas constituyen un distintivo de belleza. Las personas que los poseen son protegidas, mágicamente, cosidas con nueve puntos en forma de cruz, para que no sean robados mediante artificios y puestos en otra persona, o sufran “mal de ojo”.



En el pueblo hay dos médicos tradicionales y dos parteras. Los servicios hospitalarios más cercanos están a una hora, en Acala, o a dos horas, en la capital del estado. Cuando enferman se tratan con terapia “tradicional”, y no acuden al médico alópata. Viven solas en la casa, aunque tienen otros familiares, la visitan muy poco. Desde hace quince años no se tiene noticia de dos nietos que migraron a los Estados Unidos, no se sabe si viven o han muerto, no hablan ni escriben. “Ya se olvidaron de nosotras”, dice la madre.

Las primeras señales de alarma

Doña Rosa se caracterizó por gozar una salud envidiable, hasta que mostró algunos signos de alarma de pérdida de memoria hará unos ocho o diez años. Empezó por tener alucinaciones al ver a su difunto esposo quien había muerto en 1982, y lo esperaba a comer cuando regresara del trabajo, o los sueños los consideraba una realidad; era inútil hacerle entender que su esposo había fallecido. También advirtieron que daba un trato a sus pollos como si fueran personas: les platicaba o regañaba con especial ahínco. Cada ave de corral era marcada con un hilo de color rojo en el ala derecha, para distinguirlo de otros que no eran suyos; cierta ocasión comieron una gallina, y más tarde la andaba buscando, y al no encontrarla, sospechó de su vecina, acusándola de robo; la situación bochornosa la aclaró su hija Guadalupe, mostrándole el hilo colorado aún prendido en las plumas tiradas en el basurero.

Así mismo, invirtió sus horarios de sueño y vigilia. Otras veces, al bañarse, se ponía la ropa sucia y lavaba la limpia. No había poder humano para convencerla de que actuaba al revés. Pese a todo es autosuficiente, y no requiere mayor apoyo para el desempeño de sus actividades cotidianas. Camina con habilidad, y desarrolla algunas tareas domésticas; también, lloraba y rezaba por todo, por mínimo que fuera.

A menudo sufre lagunas mentales y no recuerda cómo llegó de un lugar a otro. Otras veces se ubica como si estuviera viviendo en el viejo asentamiento, en (Viejo) Vicente Guerrero, incluso alucina los animales domésticos que tenía, entre ellos unas vacas, y les habla por



su nombre: “Galleta”, “Bonita” y “Pinta”; ganado y otras propiedades que perdió durante el proceso eruptivo que fueron muy significativos para ella, además del sentimiento de un fuerte sentido de adscripción identitaria que la vincula con la comunidad de origen. No obstante, doña Rosa algunas veces tiene momentos de lucidez.

Cierta ocasión se enteró que no le hicieron saber la muerte de una contemporánea, y montó en cólera. Reclamó el porqué no había sido informada del deceso de su amiga y vecina, para despedirse. “Me tratan como tonta”, protestó, y cayó en depresión profunda. A decir de su hija Guadalupe no se le informó por el temor de que al conocer la muerte de su amiga, afectara la salud de su madre; quiso protegerla sin intención de dañarla. Días después se le olvidó el suceso e insistía en ir a visitar a su amiga.

Señales graves de demencia

Los síntomas fueron empeorando, hasta que un día doña Rosa desconoció a su hija, y se dijo soltera, que no tenía hijos, y la corrió de la casa. Evidentemente que Guadalupe rompió en llanto al verse negada por su madre. La demencia se había declarado con crudeza. Guadalupe decía: “A mi mamá se le descompuso la cabeza. Ya está viejita, no está en sus cabales”. Los cuidados y atenciones que requería doña Rosa eran de tiempo completo, pues se volvió totalmente dependiente, pero la dejaban sola, pues había que ir a trabajar al campo, y regresaba ya entrada la tarde. A menudo perdía el control de esfínteres, y la comida que le había dejado estaba tal cual, intacta.

Doña Rosa y su hija sobrevivían con quinientos pesos mensuales,²⁹ producto del programa gubernamental de apoyo económico en la vejez, AMANECER (Adultos Mayores Nuestra Esperanza y Certidumbre), y algún otro dinero que eventualmente le envía el hijo de Guadalupe, quien trabaja como peón en Cancún, Quintana Roo. Aunque doña Rosa cuenta con seis hijos en total, sólo Guadalupe se encarga del cuidado, y el hermano migrante que apoya económicamente de vez en

²⁹ 40 dólares, aproximadamente, al tipo de cambio.



vez; los demás, parece ser que se han olvidado de su madre o se hacen los desentendidos, aunque sí reclaman derechos sobre las escasas propiedades.³⁰ Al respecto, Guadalupe decía de sus hermanos: “No sé por qué no apoyan a mi mamá, si ella nos quiso por igual a todos”. Otras veces reciben ayuda filantrópica de vecinos y, muy eventualmente, de la iglesia católica quien le da alguna despensa. El escaso dinero con el que cuentan lo destinan a la compra de alimentos. Viven al día.

En su terreno tienen plantas comestibles, árboles frutales, y algunas veces recolectan insectos para comer, especialmente *nuku* o *nukú* — hormiga chicatana — (*Atta*), que forma parte de la dieta nativa zoque. No falta que tanto vecinos como algunos familiares compartan algún producto de caza, como conejo o iguana, o bien alimentos preparados como tamales o dulces elaborados en casa.

Doña Rosa no recibe tratamiento médico alguno, pues se cree que su enfermedad es natural, propia de viejos, y sólo esperan su muerte. Cuando Guadalupe tiene necesidad de salir de casa, la madre es encerrada con candado, pues otras veces doña Rosa ha salido a la calle, y se extravía en el pueblo; los vecinos la ayudan a regresar a casa. La gran preocupación de Guadalupe es morir antes que su mamá, pues si eso sucediera, cree nadie se haría cargo de una anciana enferma y pobre. Tal es su preocupación, que lo ha soñado repetidas veces. Esta eventualidad ya la ha hablado con sus hermanos, y han acordado hacerse cargo del suceso; situación que la tranquiliza un poco. La salud de doña Rosa está muy diezmada, ya no camina y come sólo migajas.

Caso 3:

Pérdida de memoria a corto y largo plazo.

Paciente: Don Pedro, 89 años.

Sintomatología: Momentos extraordinarios de lucidez mental, y pérdida gradual de memoria, especialmente la de corto plazo. Melancolía.

Diagnóstico: Enfermedad “de viejo”.

³⁰ Es común que los hijos no apoyen económicamente a sus padres ancianos, bajo el argumento de que “el gobierno les paga su beca o jubilación”. Dejan la responsabilidad al Estado el bienestar de los abuelos.



Terapia: Ninguna.

Ejido Cálido, Jitotol, Chiapas. Septiembre de 2010.

El contexto

Don Pedro nació en 1924 en un rancho, que más tarde se convirtió en el asentamiento del actual Ejido Cálido, en el municipio de Jitotol, Chiapas. Hasta donde sabe, era “sobrino” de un sacerdote español que oficiaba en la cabecera municipal de Simojovel, Chiapas. A la muerte de su “tío”, don Pedro heredó 100 hectáreas de terreno, y en este sitio fundó, más tarde, el Ejido. Creció sin la figura paterna, lleno de privaciones. Recuerda que hizo frente a varias enfermedades y epidemias, pero logró superarlas. “Si ya llegué a esta edad es ganancia; varios de mis compañeros quedaron en el camino”, comenta orgulloso.

A través del sueño le fue revelado, por mediación de san Lucas, que tenía que ser tamborilero, oficio que debía desempeñar hasta su muerte, tocando en las fiestas del pueblo y de las localidades vecinas. En efecto, logró dominar con maestría la ejecución del tambor y la flauta de carrizo que él mismo confeccionaba. Además, se desempeñó como pirotécnico, danzante, rezador, dibujante y carpintero. Por si fuera poco era políglota, él hablaba con fluidez además del zoque, el tzotzil, el castellano, y rezaba algunas oraciones en latín. Prácticamente aprendió a leer y a escribir en forma autodidacta, contando algunas veces con la ayuda del sacerdote, pues para la época no había maestros. Don Pedro supuso que las personas que podían plasmar las palabras en signos escritos dominaban una especie de magia, y él quería conocer los secretos de ese arte. Presumía su garigoleada firma, así se tardara una eternidad en hacerla. Con el tiempo los hijos se casaron, entonces don Pedro y doña Matilde, su esposa, se quedaron a vivir solos; compartían el patio con la vivienda de su hijo menor. Siempre estaban rodeados de nietos.

La colonia Ejido Cálido tiene una población aproximada de 943 habitantes, y no cuenta con servicios médicos. En la comunidad hay dos médicos tradicionales y tres parteras. Los servicios hospitalarios más cercanos están en Jitotol, la cabecera municipal, a dos horas de camino

por terracería, transitable únicamente en periodos secos, o la capital del estado, a cuatro horas. Don Pedro se caracterizó por su buen humor y bonhomía, que contrastaba con la fama que tenía la Colonia de ser gente rebelde, agresiva, tosca, especialmente con los extraños. En 1994, a raíz del levantamiento armado del EZLN (Ejército Zapatista de Liberación Nacional), era riesgoso ingresar a la zona, pues a los extraños, y especialmente a gente del gobierno, los amarraban a la ceiba de la plaza central, para ser juzgados.

Las primeras señales de alarma

Su vida fue el trabajo; cultivaba café, maíz y criaba ganado mular, destinado para la arriería. Hará unos diez años sufrió una caída de su montura, cuando el caballo se alebrestó por una serpiente venenosa cantil, y golpeó fuertemente su cabeza, perdiendo el conocimiento. A raíz de ese evento, sugiere la familia, desencadenó en susto mayúsculo “frío”, y su salud vino a menos. Los sustos de naturaleza “fría”, provocada por agentes “fríos” (ser arrastrado por un río y sensación de ahogo, víboras venenosas, agentes sobrenaturales como la “Sirenita”, espantos en cuevas, entre otros), son considerados de difícil tratamiento, toda vez que la sangre, se cree, se vuelve débil, y corre lento, sin fuerza en el torrente sanguíneo. Como respuesta a ese estado mórbido el cuerpo “se seca”, y el paciente cae en cuadros depresivos agudos. En la terapia, se hacen ceremonias muy elaboradas buscando recuperar el balance térmico del organismo.³¹

³¹ Entre los chontales de Oaxaca, “por ejemplo, la 'guicha' es un padecimiento de la medicina tradicional chontal que afecta exclusivamente a la población adulta. Los especialistas médicos que atienden esta causa de demanda de atención son los limpiadores, lo que confirma así el carácter particular de este síndrome de filiación cultural, reconocido además como una seria causa de mortalidad. Presenciar un acto sexual o ser sorprendido durante el coito son los dos motivos que desencadenan el proceso mórbido. Concebida así, la enfermedad actúa como una forma de control social ante comportamientos que pueden producir desorden dentro del grupo. El enfermo afectado de guicha presenta: “dolor de cabeza y de cuerpo; basca y tos”; asimismo, siente ardor, como quemadura, en todo el cuerpo, “se le secan las orejas, y el cuerpo se le baja”, es decir, adelgaza visiblemente; además, siente “desgano y tristeza”. El deterioro físico sobreviene en corto tiempo; finalmente, queda sordo.
http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/pueblos.php?l=2&t=chontal_de_oaxaca&demanda=guicha&orden=7&v=m



Don Pedro cambió sus horarios de sueño y vigilia, y sufría de melancolía. Disminuyó la cantidad de ingesta de alimentos y actuaba raro, como guardar sus lentes en lugares insospechados, la troje, por ejemplo, o caminar desnudo al interior de la casa; el movimiento de las cortinas creía era provocado por extraños al interior de la vivienda. Cuando se enteraba de noticias fatales sucedidas en otras latitudes del mundo, lloraba y rezaba por la buenaventura de los afectados, y clamaba piedad.

Don Pedro tenía el hábito del tabaco, y de la noche a la mañana lo dejó. Así también perdió el sentido del sabor. La comida que antes disfrutaba ahora le era indistinta. Siguió trabajando el campo, aunque ya no rendía como antes. A menudo se quejaba: “Ahora trabajo más, pero rindo menos”. No contaba con el apoyo de sus hijos, en especial del menor, quien heredaría a su muerte; por el contrario, sufría despojo por parte de éste, pues era adicto al alcohol y abandonaba a su familia por largas temporadas. Ante semejante situación los abuelos adoptaron a la familia del hijo alcohólico. La relación entre don Pedro y su hijo era ríspida, pues cuando se aparecía, era para robar al padre.

Señales graves de demencia

Entró en cuadro depresivo agudo, y pasaba horas enteras, sentado y sin moverse. Perdió interés por la vida. Cuando hablaba mezclaba idiomas, y su nieta, de diez años, era capaz de mantener alguna conversación, pues dominaba con fluidez el zoque (idioma del padre), tzotzil (idioma de la madre), y castellano, la lengua escolar. Otras veces era incapaz de recordar palabra alguna, o decía incoherencias. Don Pedro estuvo al cuidado de su esposa, quien le daba de comer en la boca, pues éste se negaba a ingerir alimentos; sólo la nieta era capaz de convencer al abuelo para que comiera.

La gente del Ejido pronto asumió que había de cambiar de tamborilero, pues don Pedro ya no podía ejercer más la música, su cabeza “se había vuelto loca”, y la tarea recayó en el nieto, quien previamente había sido enseñado por el abuelo. Una vez confinado en casa, los hijos, en vez de apoyar a su anciano padre lo despojaban de sus pertenen-



cias. Así, vendían sus propiedades como ganado mular, tablas, muebles y otras cosas. Todos creían tener derecho sobre las propiedades, pero no eran capaces de brindarle cuidados y atenciones que la familia requería.

La tarde del 11 de abril de 2011, próximo a cumplir 90 años, don Pedro fue a descansar a su hamaca, y no despertó más. Fueron los nietos y la nuera en especial, quienes se hicieron cargo de la abuela.

Caso 4:

Pérdida de memoria a corto y largo plazo.

Paciente: Doña, Margarita. 93 años.

Sintomatología: Momentos de lucidez mental, y pérdida gradual de memoria, especialmente la de corto plazo.

Diagnóstico: Enfermedad “de viejo”.

Terapia: Ninguna.

Ribera Santa Catarina, Copainalá, Chiapas. Octubre de 2010.

El contexto

La Ribera Santa Catarina cuenta con aproximadamente 500 habitantes. Tiene servicio eléctrico y se accede a la comunidad por camino de terracería. No hay servicios médicos, éstos están en la cabecera municipal a una hora de distancia, o la capital del estado a tres horas.

Doña Margarita nació en 1917. Tuvo una vida llena de trabajo. Siempre vivió en el rancho, donde cultivaban pimienta, café, plátano, maíz y frijol. Se casó con don José, con quien tuvo diez hijos. A la edad de 65 años quedó viuda, y poco a poco sus hijos también fueron muriendo, hasta quedar sola, aunque en los últimos años su nuera y nietos del hijo menor se fueron a vivir con ella cuando enfermaba y requería cuidados más continuos. No fue a la escuela, ya de grande aprendió a leer y a escribir en casa, pues tenía profundo interés en leer la Biblia y conocer mejor el español. De joven fue “pata de chucho” (andariega, caminante) acompañando a sus padres a trabajar en diferentes fincas, así conoció Tabasco, Veracruz, Tuxtla Gutiérrez, el Istmo de Tehuantepec, y la costa chiapaneca.



En sus viajes aprendió a confeccionar ropa; en la rivera era la única que manejaba la máquina de coser, y eso le daba prestigio de “tener cabeza” (inteligencia, don de habilidades especiales); como rezandera era respetada en la comunidad y muy solicitada para officiar servicios religiosos, de esta manera construyó una amplia red de parentesco ritual; contaba por doquier con compadres, ahijados y amistades con vínculos afectivos muy estrechos y solidarios.

La edad pronunciada le impidió seguir con sus trabajos, y ya no salía más al campo. Así mismo, fue perdiendo gradualmente la vista y el sentido del oído, hasta quedar confinada en casa o deambulando en el pueblo. La gente la procuraba, e invariablemente le brindaba alimentos, no la dejaron morir de hambre; en tanto que otras le lavaban la ropa o ayudaba en sus quehaceres domésticos o le daban algún dinero. Doña Margarita era muy querida y respetada en el pueblo.

Cuando ya no podía salir al campo a trabajar visitaba las casas, especialmente en días festivos para ocuparse en la cocina; en las ceremonias fúnebres organizaba y dirigía el ritual. Ella, y un grupo selecto de viudas eran las encargadas de lavar la ropa de los santos de la capilla, de cambiarlos y mantenerlos limpios y presentables, especialmente los días de fiesta; era un honor tener esta delicada encomienda, que tenía que cumplir hasta que las fuerzas le abandonaran.

Las primeras señales de alarma

Contaba, quizás, con 80 años, y advirtieron que ya no rezaba bien el rosario, repetía o alteraba el orden de las oraciones. Muy pronto fue sustituida en sus funciones por mujeres más jóvenes, más bilingües y con mayores relaciones con el exterior, aun así doña Margarita se hacía presente en las ceremonias religiosas, y la respetaban, aunque ya no dirigía el rezo. Otro tanto sucedía en sus charlas informales, platicaba una y otra vez lo mismo, o repetía las preguntas tantas veces que no advertía que ya las había formulado; esto incomodaba a sus interlocutores, volviéndose, las más de las veces, en un monólogo; sólo la escuchaban o fingían escucharla.

Poco a poco también fue olvidando el nombre de las personas, aunque tenía momentos de lucidez extraordinarios, y era la cuentista,



quien narraba historias y cuentos fantásticos del pueblo. Ofrecía sus servicios domésticos en casa de los vecinos a cambio de alimentos o se dirigía al altar familiar para rezar o hacía las veces de plañidera; siempre era bienvenida y compartían con ella la comida. Desde varios años atrás dejó de trabajar el campo, y la familia del hijo menor se hizo cargo de la parcela y también de ella.

Varias veces, estando en su casa, desconocía el sitio, y nada le era familiar; pedía insistentemente que la llevaran a su vivienda. Esta situación le generaba angustia, desesperación y enojo. A menudo caía en estados depresivos. Empezó a preguntar por sus hijos, quienes habían muerto años atrás, pero ella insistía en verlos. Así mismo, cambió sus horarios de sueño y vigilia.

Señales graves de demencia

Doña Margarita pasaba horas enteras planeando ir de compras al mercado dominical de Tecpatán o de Copainalá, con treinta centavos. A esta cantidad restaba el traslado en carreta o a caballo y la adquisición de sal, pan, panela, telas y otros menesteres, calculando le sobrarán cinco centavos considerando otras eventualidades. Era común que en su cálculo incluyera el pago de canoa para cruzar el río Grijalva. Para visitar Tecpatán o Copainalá, partiendo de Santa Catarina, no es necesario cruzar el río Grijalva; esto sucede si es preciso viajar a Tuxtla Gutiérrez; evidentemente confundía su ubicación espacial. Tampoco la gente recuerda el traslado en carreta, pero doña Margarita lo incluía en su presupuesto, seguramente evocando los Valles Centrales de Chiapas o, quizás, el Istmo de Tehuantepec. Cuando le hacían saber los precios actuales montaba en cólera, y buscaba otras estrategias. Planeaba, entonces, llevar pimienta, carne seca de iguana o conejo, rajadas de ocote y trocarla por mercancía. No desistía fácilmente de su empresa.

Doña Margarita se valía por sí misma para bañarse o cambiarse. Cuando enfermaba contaba con el apoyo de su nuera y nietos, y si éstos no estaban le brindaban auxilio los vecinos, y algunos familiares que velaban por ella. No la desamparaban. A menudo sus múltiples ahijados que tenía le llevan leña, frutas y otros alimentos. En una ocasión le



regalaron un radio para que se hiciera compañía, pero la experiencia fue contraproducente, pues se negaba entrar a su casa, argumentando que había gente extraña hablando o cantando; terminó por regresar el aparato. Finalmente murió a los 93 años, y el pueblo se hizo cargo de los funerales; la gente la recuerda con cariño.

Ancianos solteros o sin hijos

Si la vida en la vejez es difícil contando con una amplia red familiar, ¿cómo afrontan este proceso los ancianos que viven solos por diferentes circunstancias, sea por soltería o por no haber tenido hijos? Sólo contamos con un caso recopilado en el estado de Oaxaca y por tratarse de una situación particular consideramos que es importante dar cuenta de ello, se trata de dos hermanos de la etnia mixe, el hombre: casado, sin hijos y autosuficiente, y la mujer: soltera, dependiente en cuidados y atenciones por ceguera total y con demencia avanzada.

Don Efrén, hermano mayor de doña Juana, se casó, pero no engendró hijo alguno. Él se dedicó a la agricultura, y vivía con su esposa en el rancho. Cultivaban café, caña de azúcar, maíz, frijol, yuca — mandioca —, chile o ají, plátano y contaba con abundantes árboles frutales. Era, además, cazador. Lograba piezas como pecarí de collar, venado cola blanca, jaguar, tapir, entre otros animales exóticos. Con el tiempo fue perdiendo agudeza visual, y llegó a cazar ganado caballar, mular y vacuno confundiéndolos con animales salvajes, situación que le trajo múltiples problemas.

Doña Juana, la hermana de don Efrén, desde edad temprana, quizás a los veinte años, empezó a perder la vista, hasta quedar completamente ciega, ya en la vejez perdió el sentido del oído. Don Efrén se hizo cargo de su hermana llevándola a vivir al rancho con ellos, lo que implica la convivencia de tres viejos viviendo solos, en un lugar aislado, sin mayores apoyos familiares. La hermana hacía trabajos en casa como desgranar maíz, hacer tortillas, lavar trastes y muchas otras tareas domésticas. La relación entre las cuñadas era ríspida; ambas eran de carácter dominante, aunque doña Juana se creía merecedora de cuidados y atenciones especiales, dada su discapacidad visual.



Don Efrén siempre presumió una salud de roble, hasta que un día, a los 80 años de edad, estando en el rancho, se sintió mal, y fue trasladado al pueblo al sufrir paraplejía. Como el campo tenía que ser atendido, la esposa lo dejó al cuidado de los sobrinos de parte de la familia de don Efrén, pues ella no contaba con familiares directos, toda vez que no era nativa del pueblo. Iba y venía del rancho a visitar a su esposo. La enfermedad de don Efrén se complicó, y posteriormente murió. Los gastos funerarios corrieron por parte de los sobrinos de don Efrén. El acta de defunción registró como causa de muerte: “vejez”.

Quedaron en el rancho solas las cuñadas, hasta que doña Juana enfermó y fue trasladada al pueblo, donde los sobrinos nuevamente se hicieron cargo de ella. Doña Juana, ahora ciega, sorda y enferma, se tornó muy agresiva con sus cuidadores. Para la atención de doña Juana se le construyó especialmente un cuarto con un baño privado, pues sus necesidades fisiológicas no tenían horario, y pronto llegó a importunar con sus requerimientos de cuidados. Exigía, a gritos, ser atendida, bajo amenaza de denunciar ante las autoridades de malos tratos hacia su persona. Doña Juana no distinguía horario, si era de día o de noche exigía alimentos en cualquier momento, o cuando era bañada, decía que era de noche y que hacía mucho frío. Los reclamos los hacía a gritos, poniendo en evidencia ante los vecinos la idea de “malos tratos” y la deshora de su atención. Reclamaba, de mala manera, la temperatura de los alimentos o bebidas, lo dulce o lo salado. La relación de cuidado con doña Juana era ríspida, sumada al mal humor que la caracterizaba. Varias veces llegó a agredir físicamente a su cuidadora. Evidentemente nadie quería brindarle atención alguna, pues no ponía de su parte para una relación armoniosa. Prácticamente vivió aislada, y sólo era alimentada en los horarios diurnos.

Los familiares pronto colapsaron en el cuidado de doña Juana. Optaron por contratar a una cuidadora, pagando incluso tres veces más el salario promedio, sin embargo, a menudo abandonaban la tarea, dada las rudas exigencias de atención que demandaba. Era una lucha constante entre la cuidadora y la paciente; llevaba las de perder doña Juana, y esto la enfurecía aún más. El ambiente era de conflicto, y se optó por aislarla en su habitación.



Un buen día se negó a hablar o perdió el sentido del habla, e inventó un sistema de comunicación que su cuidadora logró descifrar con el tiempo. Éste lo hacía con su bastón: si rayaba la pared de tablas o el piso, debía entenderse como “quiero ir al baño”; un golpe, “tengo sed”; dos golpes, “tengo hambre”, tres golpes, “dame más tortilla”. Muchos golpes marcados insistentemente habría de descifrarse como “estoy aburrida, quiero salir a pasear”. La hora no importaba, doña Juana pensaba que los sobrinos, y en especial su cuidadora debían darle un trato preferencial en todo momento.

Su salud fue diezmando, y a los tres años de haber llegado al cuidado de los sobrinos murió a los 88 años de edad. La muerte de doña Juana fue un gran alivio para los cuidadores, y el comentario fue: “murió con una sonrisa; ya está descansando”. El acta de defunción registró la causa de muerte por “vejez”.

Doña Juana no tenía propiedad alguna que heredar; los cuidados y atenciones que le fueron brindados se establecieron por relaciones solidarias, más que afectivas. A la falta de hijos, y a la muerte de su hermano don Efrén, la responsabilidad moral de cuidados recayó en los sobrinos de otro hermano mayor, ya también difunto.

Si la necesidad de cuidados que requiere un adulto mayor con demencia es difícil, la situación de vida del viejo se vuelve más crítica, como ya se ha dicho, al estar solo en la vejez, incluso la convivencia con adultos mayores en estas circunstancias, hace que se vuelva más conflictiva cuando la persona con demencia se torna agresiva y además demanda cuidados especiales las 24 horas del día. El cuidador colapsa, ya sea familiar lejano o persona contratada y desisten de su labor o temen acercarse al viejo.

Comentarios sobre los casos

Los testimonios aquí vertidos permiten abrir una ventana para darnos una idea de cómo la población indígena del noroeste chiapaneco vive la vejez, especialmente cuando se declara la demencia en grado avanzado. Podemos advertir varios escenarios, la frontera entre la vejez activa y la vejez pasiva está delimitada culturalmente por la percep-



ción de ser considerado o autoadscrito como hombre o mujer “completo”, característica que se distingue a partir de la capacidad tanto física como mental de valerse por sí mismo, donde la pérdida de lucidez es el indicador que determina cuando la persona es o deja de ser considerada en la toma de decisiones. Una vez declarada la demencia en su estado avanzado, el individuo es despojado de su estatus social, y pasa a ser, en el mejor de los casos, dependiente total en cuidados y atenciones, y, en el peor de los escenarios, recluso al abandono total.

Las experiencias descritas respecto a la demencia, en especial cuando ésta es avanzada, desmitifica la idea de la vejez idílica, donde la figura del viejo es respetada y venerada. Es cierto, pero sólo en parte, al menos no es una relación directa. Advertimos, por ejemplo, que una vez que el viejo ya no recuerda, piensa y razona, ya no se le consulta, y deja de ser elemento operante no sólo en la familia, sino también en la comunidad, corriendo el riesgo de sufrir maltrato. Lamentablemente no contamos con información estadística de cuántos ancianos sufren demencia, y el grado de afección;³² es preciso investigar a fondo el problema e instrumentar acciones de atención geriátrica y gerontológica urgente.

Se evidencia, además, una profunda desigualdad económica, aunada a la alta marginación en la que viven. Aun así, entre sus pobladores es cada vez más común que alcancen edades avanzadas muy por arriba del promedio nacional de la esperanza de vida, estimada, para 2010, según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 75.4 años;³³ en este trabajo nuestros informantes están en un rango de edad entre los 89 y 93 años, lejos de los servicios médicos y asistenciales para la atención de la vejez. Ante la falta de cobertura de servicios, los pobladores practican la medicina a la que tienen acceso, con todas sus limitaciones.

El auxilio cuando la demencia se ha declarado y el viejo se vuelve incapaz de valerse por sí mismo, se obtiene a través de varias redes de

³² Villasana (2014: 64) señala, con base en el Censo de Población y Vivienda, 2010, en relación a discapacidad de la población adulta mayor en Chiapas, que el 3.6% de personas de 60 y más años de edad tienen limitación mental.

³³ CONAPO, en línea.



apoyo afectivo y solidario institucionalizados en la vida comunitaria, como la familia, particularmente de la hija o el hijo menor o la esposa de éste y los nietos; también los vecinos, amigos y familiares biológicos o de carácter ritual (compadres, ahijados). Los vínculos solidarios expresados a través de la religión es otro factor de soporte en la vejez,³⁴ y brindan auxilio a los viejos, especialmente si pertenecen a una hermandad o cumplen funciones rituales.

Por otro lado, se puede apreciar que no siempre la familia constituye el mejor refugio para los viejos, salvo raras excepciones, en especial de los hijos varones, quienes no están considerados en la herencia de las escasas propiedades, generalmente desatienden a sus padres, dejando la responsabilidad del cuidado a las mujeres. La práctica del despojo a los viejos se vuelve una acción común.

Así mismo, cuando el viejo es sujeto de apoyo económico en la vejez, que obtiene a través de programas gubernamentales, es factible que los hijos pretexten la falta o disminución de apoyo económico a sus padres, bajo el argumento de que reciben “beca” o “jubilación” por parte del gobierno, dejando así la responsabilidad de la atención de los abuelos sólo al Estado.

Como advertimos en los diversos testimonios, existe la idea de que el viejo, dada su edad avanzada y la declinación de sus funciones mentales que le impiden recordar, pensar y razonar adecuadamente deja, al mismo tiempo, de pertenecer a la vida adulta con funciones tanto comunitarias como familiares en roles protagónicos como jefe de familia, proveedor, protector, y lo convierten de nuevo en “niño”, sin capacidad de decisión, desvalido, indefenso y dependiente, pero que al mismo tiempo, es sustituido de sus funciones, con el riesgo de ser visto con lástima y tratado con desdén, esperando sólo su muerte.

Mención especial requiere el caso de la pareja de hermanos que llegaron a la vejez en circunstancias adversas, ya sea por el aislamiento en el que vivían o por la enfermedad incapacitante de la hermana.

³⁴ Sobre el particular recomiendo leer los trabajos de Felipe Vázquez Palacios, quien ha estudiado el tema de vejez y religión (2006, 183: 219; Vázquez y Reyes, 2006, 313:327; Vázquez, 2003).



Como vimos, fueron los sobrinos quienes se hicieron cargo de los tíos y se requirió además contratar a una cuidadora.

Finalmente, la atención que reciba el viejo con demencia va a estar influida por la trayectoria que trazó en el transcurso de su vida y su comportamiento en comunidad, a manera de una relación recíproca. Es decir, si crió a los suyos con cariño, amor, trabajo, respeto y una serie de valores familiares más, se podría esperar el mismo trato en la vejez, aunque no necesariamente se cumpla este principio. La gente expresa esta relación bajo el argumento: *Nö pyäjku tiyã nyijpu, nã pyäjku tiyã tzyäjku* (“está cosechando lo que sembró”).

Así, un viejo sumido en la pobreza podría recibir un trato digno en su vejez por parte de los suyos en términos de reciprocidad. El viejo se encuentra en diversos escenarios: por un lado, las cuidadoras que colapsan, quienes además tienen que realizar otras actividades dejando solo al anciano, por otro lado, los hijos varones que generalmente no atienden a sus padres ancianos y delegan la responsabilidad de los cuidados a la mujer, y por el otro, el Estado que no asume su responsabilidad en instrumentar programas de atención geriátrica y gerontológica en las zonas marginadas; a pesar de ello, algunos viejos son muy longevos.

Capítulo V



El Consejo de Ancianos

*Si he llegado a esta edad es ganancia.
Varios de mis compañeros se quedaron en el camino.
Soy músico, danzante y rezador.
La gente me quiere y me respeta, ¡gracias a Dios!
La "Flaca" me coquetea, quiere conmigo.
No me quejo de la vida,
todo cuanto me propuse lo logré con ganancia, así que ¡cuando guste!*

Don Luis, en su aniversario 83.
Copainalá, Chiapas. 8 de abril de 2013.

La gerontocracia

Este capítulo centra su atención en la evolución que ha experimentado el Consejo de Ancianos en pueblos indígenas, especialmente entre los mixes de Oaxaca y zoques de Chiapas, como ejemplo de gobernanza, cuando ancianos "principales" se constituyen en asamblea para la toma de decisiones. No pretende, por tanto, generalizar, toda vez que este sistema tiene variaciones de organización, y su desarrollo presenta particularidades que lo hacen distinto según pueblo y época. Muestra, entonces, un ejemplo de su funcionamiento en los grupos étnicos antes referidos. La distinción del funcionamiento del Consejo de Ancianos en ambos pueblos está en relación al tipo de propiedad de la tierra que cada grupo posee.

El sistema de gobierno ejercido por los viejos y muy en especial la figura del Consejo de Ancianos, llamó la atención tanto de etnólogos como de antropólogos, a tal grado que generalizaron y homogenei-



zaron este sistema de gobierno para todos los ancianos y pueblos originarios, esta forma de poder reconocida como régimen de gobierno indígena (Aguirre, 1953).

El Consejo de Ancianos no funcionó en todos los pueblos indígenas, especialmente en aquellas comunidades cuya economía y sistema de vida era el peonaje en las fincas, en donde el señor hacendado era amo absoluto en toda su propiedad, y los peones acasillados permanecían en condición de esclavos; es el caso de los tojolabales, donde “los castigos corporales obligaron tanto a cumplir con las tareas más pesadas y reconocer deudas no contraídas” (Gómez, 2009). Posteriormente, cuando se hace la dotación de tierras, y se convierten en ejidos,

... el Estado mexicano impuso la asamblea como forma de organización en torno al ejido, pero termina siendo apropiada hasta constituirse en el medio y espacio en el cual se informa a la población sobre diversas problemáticas, se manifiestan sus necesidades y se acuerdan soluciones a problemas prioritarios de la comunidad; por medio de ella es público lo privado – como los problemas domésticos – y se fortalece o debilita el poder, participando cada individuo con el capital que posee como instrumento de negociación (Gómez, 2009: 303).

La gerontocracia fundaba sus principios de gobernanza en la experiencia y sabiduría ejercidas a través del Consejo de Ancianos, institución que “orienta, aconseja y procura la convivencia armónica de la comunidad” (Coheto, 1986: 4). La figura del viejo en la estructura política-religiosa en estas sociedades era investida de respeto, prestigio, poder y liderazgo.

Bajo esta concepción que idealiza la vejez se hicieron trabajos de corte etnográfico donde llegar a viejo era lo máximo, toda vez que significaba ser obedecido, respetado, venerado y hasta temido por sus poderes mágicos que lo comparaba prácticamente como a un semidiós (Guiterras, 1988).

Hoy día varios pueblos han perdido esta figura, al menos no existe en su concepción original, sino que sus funciones han sido restringidas principalmente a ámbitos de carácter religioso y en menor medida

en actividades sociales, donde poco o nada influye en la toma de decisiones política-comunitarias ejercidas desde el cabildo, la asamblea y otras formas de organización social como el comisariado de bienes comunales o el ejido. El Consejo de Ancianos ha quedado como esa institución de honor y prestigio, como la salvaguarda de la ética, la costumbre y la tradición de la comunidad. Los ancianos “principales” integrantes del Consejo, al perder el control político, sólo les quedó el capital simbólico. Sus funciones tienen un ámbito “doméstico”, así, no intervienen en asuntos de competencia que rebasen las fronteras comunitarias.

Al idealizar y generalizar el Consejo de Ancianos en los pueblos originarios como sistema de gobierno, observamos lo siguiente:

Primero, los estudios no dieron cuenta si el tipo de propiedad de la tierra, las formas de organización social de estas localidades, fincas o haciendas³⁵ permitía o no, la creación del Consejo. Así, dentro de propiedades privadas era impensable la organización de los trabajadores,³⁶ y los que llegaban a la vejez eran un estorbo para el amo, toda vez que ya no producían como antes, les daban en pago a su trabajo sólo el alimento o se endeudaban. En el ejido, que se rige bajo asamblea comunitaria, el Consejo no cabe dentro de su estructura organizacional, y los viejos con estatus social alto, aunque respetados, actúan a título personal; en cambio, en la pequeña propiedad y muy en especial en el régimen comunal, sí permitió durante cierto tiempo el autogobierno de sus pueblos, bajo la estructura de Consejo de Ancianos. “En el caso de los zoques – de Chiapas –, la distribución de la tierra y sistema de cargos han sido dos elementos decisivos, desde la perspectiva de los autores especializados, para entender sus transfor-

³⁵ “Entre 1640 y 1940 la hacienda fue la unidad productiva que predominó en el campo mexicano y en torno a ella giró toda la problemática agraria. Podemos aceptar esa información cualitativa ya que la hacienda, esa modalidad mexicana de la gran propiedad, por su extensión, por su producción, por sus relaciones de trabajo, marca directa o indirectamente toda la vida rural mexicana” (Meyer, 1986: 483).

³⁶ Los trabajadores eran algo más que mezcla bastarda de siervo y de esclavo proletario. Viven en el universo social y mental de las sociedades tradicionales y tienen conciencia de los lazos personales, del conjunto de deberes y derechos que los une al “amo” (Meyer, *Op Cit.* : 504).



maciones socioculturales y la permanencia de su 'identidad étnica' ” (Lisbona, 2004: 134).

Segundo, en las comunidades donde era factible la constitución del Consejo de Ancianos, los estudios no dieron cuenta de la selectividad social que implica ser miembro de él.

Tercero, el hecho de alcanzar edades avanzadas no garantizaba, *de facto*, ser miembro de la élite, tal como suponen los estudios culturales. Sólo los individuos que lograban a través de su historia de vida construir una imagen social de su persona como “caracterizadas” por el manejo de sus habilidades de liderazgo y conocimiento de los usos y costumbres, podían ser reconocidos como “principales”, y potenciales miembros del Consejo.

Derivado de estas observaciones, para ser miembro del Consejo de Ancianos, se requiere pasar por varios filtros, a) lo integran únicamente hombres cuya trayectoria moral es construida desde edades tempranas, que hayan sido “un espejo para la comunidad”, y desempeñado cargos civiles y religiosos (“cargueros”, mayordomías, *kowiná* – sistema de cargo “tradicional” en carnaval zoque –), transparentes, que en la vejez se traduce en estatus social alto; b) para el desempeño cabal de sus actividades deben contar con una salud tanto física como mental buena, es decir, deben ser auto-suficientes y productivos laboralmente; no se concibe al líder débil, enfermo crónico e incapacitado.

El periodo de “vejez completa funcional” en la que el anciano se mantiene activo dentro del Consejo es conocido en lengua zoque como “*pitse'a*”, es decir, claro-oscuro; se trata de una analogía expresada en lengua nativa zoque, donde compara la claridad (salud, fuerza, lucidez, integridad) con la oscuridad (horarios del sol, donde la mañana es la infancia, el medio día la juventud, la tarde la madurez y la noche la vejez)³⁷.

Lo claro-oscuro representa, no obstante la edad avanzada, que hay lucidez mental, salud y fuerza (Reyes, 2002: 102), y hace referencia justamente a la edad avanzada pero activa, independiente, productiva,

³⁷ Véase estimación zoque de la edad en el capítulo II.

lúcida, es decir, son vistos como viejos-jóvenes con salud de roble. Estas características de vejez activa se parecen mucho a lo planteado por Rowe y Kahn (1996: 433-440), que la han llamado *Successful aging* (“vejez exitosa”), y consiste en la combinación de tres principales componentes: baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad relacionada a enfermedades, alta capacidad funcional cognitiva y física, y una participación activa en la vida diaria de los adultos mayores. Quienes no cumplen con estas características son excluidos o auto-excluidos, así, quedan fuera los que sufren alguna discapacidad, especialmente los sordos, mudos y ciegos; otro tanto sucede cuando el anciano sufre una enfermedad crónica que lo incapacita a desarrollar trabajos en el Consejo (diabetes en grado avanzado, secuelas de infartos, incontinencias, paraplejías, demencias, cánceres malignos, etcétera).

c) Un tercer filtro veta aquellos que han llegado a la vejez, y cuya trayectoria criminal y perversa es explícita (violadores, asesinos, ladrones, estafadores); y, d) se descarta ancianos de bajo estatus social como los mendigos, alcohólicos crónicos y ancianos “comunes” – aun estando sanos – que no desarrollan habilidades discursivas útiles a la comunidad, arte alguno o el conocimiento y manejo de los rituales de la “costumbre”.³⁸

El cargo puede ser vitalicio; la persona es miembro del Consejo en tanto dé muestras de lucidez mental y pueda recordar, pensar, razonar y tomar decisiones consensadas. Una vez que el viejo muestra decrepitud, poco a poco abandona el Consejo y rápidamente es sustituido por nuevos integrantes.

En pueblos donde aún guardan esta figura, el anciano “principal” o “caracterizado” es sumamente respetado por la jerarquía social que su comportamiento en sociedad, conjugada con la edad avanzada y sus funciones sociales le otorgan. En lengua nativa zoque existe el término, y es conocido como *kubguy jyara* (*kubguy*= pueblo, *jy*= marcado de

³⁸ Entre los tojolabales los ancianos “comunes” son conocidos como “mudos”, no por mudez, sino por la impericia del manejo discursivo del lenguaje. Ante un conflicto, por ejemplo, prefieren o son obligados a guardar silencio para no entorpecer las negociaciones, de ahí su denominación. Comunicación personal de Antonio Gómez Hernández.

posesivo de tercera persona en singular, y *jara*= papá); es decir, “papá del pueblo”,³⁹ esta nomenclatura nos da una idea del alto estatus social que aún goza, aunque ahora sus funciones hayan sido relegadas a cuestiones básicamente religiosas (planea la fiesta, dirige el ceremonial, “barre” o hace “limpias”⁴⁰ frente al altar mayor a los fieles con plantas y flores ofrendadas a las imágenes católicas; están al pendiente de las danzas, etcétera). Las esposas de los ancianos “principales” comparten el estatus social del marido, pero no son integrantes del Consejo.



Anciano principal *Kubguy jara*,
“papá del pueblo”

Nuevo Carmen Tonapak,
Chiapa de Corzo, Chiapas, 2012
Fotografía de Samuel Ávila Delesma.

³⁹ En varias lenguas indígenas los miembros del Consejo de Ancianos reciben nombres similares. En idioma mixteco, por ejemplo, se conoce como “*tata mandoñis*” (padre del pueblo); en lengua mixe, entre otras designaciones es conocido como “*měj jā' äy*” (gente mayor, gran señor).

En tojolab'al, *olamal* (la cabeza, el que encabeza, líder). Comunicación personal de Antonio Gómez Hernández.

⁴⁰ En medicina tradicional es usado como técnica terapéutica para proteger de amenazas externas o liberar el organismo de enfermedades; en el ámbito religioso, para colmar de bendiciones y protección de los santos o deidades indígenas.

En Alotepec, poblado mixe de Oaxaca, es la autoridad municipal quien gira un nombramiento oficial de ser miembro del Consejo, y los coordina el alcalde único constitucional.⁴¹ En lengua mixe, a un líder anciano o maduro que ha dado muestras de honorabilidad y se ha ganado el respeto de todos se le llama *nääxtsënaapy-käjpntsënaapyë* (difrasismo que literalmente indica “el que vive la tierra”, “el que vive el pueblo”: el que hace posible que la comunidad o el pueblo viva, quien hace posible la convivencia en comunidad). Otro nombre es *ni-iwä’än-niitijëpë* “quien da indicaciones y dice cómo se deben hacer las cosas; el líder” o, sencillamente, *mëjã’äytyëjk* “los que son parte del grupo o conjunto de ancianos, de gente grande”.

Entre los mixes, la obligación de los miembros del Consejo de Ancianos está en la iglesia y, consecuentemente, en la vida religiosa de la comunidad (fiestas patronales, mayordomías, rituales comunitarios, bodas, defunciones); así mismo, deben estar presentes en los eventos sociales (celebración de las fiestas patrias, inauguración de alguna obra, etcétera). De no ir pueden ser amonestados por el alcalde único constitucional, quien los representa en el municipio (salvo que estén enfermos, imposibilitados o, incluso, cuando el clima es adverso pueden quedarse en casa, toda vez que son proclives a enfermar, caer y golpearse).

El papel del alcalde es llevar la batuta tanto en el cabildo (es quien encabeza los actos de justicia [más que el presidente municipal]) como en la iglesia. Entre otras actividades religiosas tanto el alcalde como el Consejo coordinan trabajos: llaman, contratan y pagan al sacerdote católico, cuentan la limosna, cuidan y dirigen el cambio de ropa a los santos, resguardan las llaves de las arcas, pagan la reparación y el mantenimiento de la iglesia, etcétera). Por eso el alcalde es el cargo de mayor prestigio que se llega a desempeñar en la comunidad, es el *mëj täjk* (la vara de mando más grande, la vara mayor o la más grande vara de servicio), y la responsabilidad recae siempre en un viejo, el de mayor experiencia, quien ha dado muchos servicios y conoce los rituales, la “costumbre”.

⁴¹ En teoría, todo hombre de 60 y más años de edad es candidato a ser miembro del Consejo, sin embargo, hay una selección tanto biológica como social, que descarta a varios de ellos.



La gerontocracia tuvo su mayor auge en los pueblos indígenas que permitían este sistema de gobierno, especialmente cuando la escasez de ancianos era evidente (entre 1 y 3%), y la vejez se alcanzaba a edades más tempranas. Por ejemplo, a principios del Siglo XX, la esperanza de vida en el país se calculó en 33 años —y menos en los pueblos indígenas—, en cambio hoy día, la esperanza de vida de las mujeres fue de 77.5 años y de los hombres fue de 72.1 años con base en datos del INEGI, 2014; en promedio, la esperanza de vida para el estado de Chiapas, en el mismo año, se estimó en 72.6. Es decir, la esperanza de vida en los últimos cien años se ha más que duplicado, y las cohortes etarias de vejez se establecen, generalmente, a partir de los 60 años de edad.

Las formas de organización que tienen los pueblos respecto a la conformación o no de los consejos de ancianos son variadas. Por ejemplo en Alotepec, aldea indígena mixe del norte del estado de Oaxaca, cuya propiedad de la tierra es comunal, cuenta con una población total de 1200 habitantes, de ellos, 134 son personas de 60 y más años de edad, es decir, el 11.2 por ciento son viejos. Del número total de adultos mayores, sólo 50 personas (37.3%) participan activamente en el Consejo de Ancianos, quedando fuera del grupo de élite el 62.7%⁴² por diversos motivos, sea por enfermedad, discapacidad o por bajo estatus social, y en consecuencia no manejan habilidades para su desempeño.

Siguiendo la estrategia de los “usos y costumbres”, el cabildo tampoco es la única instancia para atender los problemas, en especial si es grave. Así, las autoridades municipales recurren a la consulta de las personas “caracterizadas” (que generalmente son las que más hablan en las asambleas y tienen mayor capacidad de análisis y propuestas); en caso de que ni éstos pudieran darle solución o si es un caso que rebasa su competencia, entonces recurren a la asamblea general, como máxima instancia en la toma de decisiones.

⁴² A pesar de que Alotepec tiene la tierra en propiedad comunal, el Consejo de Ancianos no aparece como una figura política o ritual en el organigrama municipal. Sobre el particular, Valdivia (2002: 103) apunta: “el máximo nivel de la estructura es la Asamblea General Comunitaria seguida por el presidente municipal, o por el alcalde, quien dirige a su vez las cabezas de las subestructuras que conducen los trabajos por áreas de competencia política, agraria, civil, justicia, religión, desarrollo y policía, como en Santa María Alotepec”.

Algunos estudios monográficos contemporáneos reportan para la región zoque, principalmente de Chiapas, vestigios del Consejo de Ancianos, en los que señalan: “el único lugar donde la autoridad y el poder están plenamente identificados es en las personas más viejas, que son autoridades principales y que hayan tenido cargos ceremoniales. Este poder es moral, sin embargo, tiende a desaparecer” (Martínez, 1994: 39).

Así, en Carmen Tonapac, del Municipio de Chiapa de Corzo, localidad zoque en el estado de Chiapas que cuenta con 73 viejos; en reunión de asamblea ejidal se decidió nombrar solamente a un anciano “principal” quien sería reconocido como el “papá del pueblo”, encargado de atender todos los asuntos relacionados con las festividades religiosas de la colonia, incluidas las danzas. Esta modalidad de nombramiento único, bajo ninguna circunstancia podría llamársele “Consejo”, sino más bien, cae bajo la figura de “encargado”. Las nuevas generaciones optan por nombrar una “Comisión de Festejos”, espacio en el cual tiene poca o nula cabida la población adulta mayor, especialmente si es monolingüe en lengua nativa y/o analfabeta, dejando a los ancianos sólo el ámbito ritual (peregrinaciones, procesiones, rosarios, ofrendas, danzas y música tradicional, “cargueros” —especie de mayordomía— rezos, “limpias”, repique de campanas, limpieza y mantenimiento de la iglesia, bendiciones, etcétera).

El desmoronamiento del Consejo de Ancianos

El cambio de sistema de gobierno “tradicional” a “moderno” especialmente de los pueblos cuya propiedad de la tierra era comunal se dio a inicios del Siglo XX, por influencia básicamente del sistema de partidos políticos. Sobre el particular, Fábregas (1993: 297) refiere:

... al desaparecer las mayordomías, el poder se traslada a los ayuntamientos y las reglas de acceso giran de nuevo. Ello desplaza también a los ancianos y otorga preeminencia a los partidos políticos, particularmente al PRI.

Persiste el grupo EGO centrado, la relación diádica líder-seguidor y el reordenamiento de la comunidad para ajustarse a las nuevas circunstancias...



Esta nueva forma de gobierno inicia entre 1929 y 1936, por un desdoblamiento a favor de los cargos dentro del partido en el poder (PRI)⁴³ y el Ayuntamiento (Fábregas, 1987: 42). En el nuevo sistema de gobierno “El PRI hace presencia en las comunidades indígenas básicamente bajo la estructura partidaria de Confederación Nacional Campesina (CNC), y como Frente Juvenil Revolucionario (FJR), instituciones en donde no tiene cabida el poder local tradicional gerontocrático, en su inmensa mayoría con miembros analfabetas y monolingües en lengua nativa” (Reyes, 2002: 208). Bajo esta nueva estructura política la lucha intergeneracional por el poder se agudiza con todos sus vicios (imposición de candidatos, división partidaria, decisiones unilaterales, corrupción, compra de votos, promesas de campaña incumplidas, cacicazgo, fraudes electorales, nepotismo, etcétera).

Para los nuevos cargos político-administrativos se requiere de la competencia de personas bilingües, alfabetizadas y con mayores relaciones con el exterior; es el nuevo mundo gobernado ahora por jóvenes y personas “maduras”. Además, la permanencia en el cargo está retribuida económicamente, y son espacios políticos peleados, llenos de intereses personales, donde lo que menos importa es justamente la comunidad o el sector envejecido, por el contrario, los miembros del Consejo son calificados de “tradicionalistas” y es puesta en duda su sabiduría. En Tapalapa, Chiapas, por ejemplo, antes, si no llovía, se explicaba como castigo de Dios porque alguien, generalmente un joven, había faltado el respeto a un anciano; en reunión comunitaria se buscaba al culpable y era castigado (Reyes, *Op. cit.*: 217). Hoy día las condiciones meteorológicas las conocen a través de la televisión. El conocimiento tradicional de los ancianos, entonces, se pone en tela de juicio.

La incursión de la mujer indígena en la vida política ha iniciado, y ahora es factible encontrar mujeres en puestos de dirección municipal

⁴³ Fábregas data el cambio de la estructura de poder entre 1929 y 1936, haciéndola coincidir con la fundación del Partido Nacional Revolucionario (PNR) el 4 de marzo de 1929; el 30 de marzo de 1938, el PNR se transforma en Partido de la Revolución Mexicana (PRM); finalmente, el 18 de enero de 1946 adquirió su actual denominación: Partido Revolucionario Institucional (PRI).

y en ámbitos de liderazgo político partidista tanto estatal como federal, pero estas mujeres también son jóvenes o de edad madura.

Es muy importante advertir que el Consejo de Ancianos, al perder espacios de competencia jurídica o influencia en decisiones políticas comunitarias, se vio desplazado de sus funciones y fue relegado a ámbitos de rituales religiosos bajo diversas figuras, sea como “hermanos adoradores”, “papá del pueblo”, “rezadores”, “cargueros”, “maestros costumbristas”, “costumbreros”, “principales”, “caracterizados”, planeando y dirigiendo los ceremoniales tanto cristianos como paganos que dicta la “costumbre”. Hoy día el anciano hace frente a una sociedad jerarquizada por instituciones regida por leyes y reglamentos, donde su competencia está limitada principalmente a fronteras rituales, a la “costumbre”, a la tradición de la aldea.

Los pueblos que aún conservan la figura del Consejo de Ancianos, las actividades, como advertimos anteriormente, se han reducido a funciones religiosas y, en muy contados casos, atienden problemas de carácter civil que se resuelven por “usos y costumbres”. Veamos algunos ejemplos:

Caso 1:

Visita del obispo de Tuxtla Gutiérrez a Chapultenango, Chiapas.

28 de abril de 2005

14 miembros del Consejo de Ancianos que a la vez formaban parte del grupo de “Hermanos Adoradores”, de la iglesia católica de Chapultenango, se reunieron para planear el recibimiento que darían a la visita anunciada del obispo de Tuxtla Gutiérrez, quien vendría justamente a celebrar oficio religioso a favor de los ancianos desamparados. Después de deliberar ampliamente acordaron la agenda:

1. Todos los ancianos, hombres y mujeres de la comunidad, habrían de vestir el traje tradicional zoque.
2. El grupo de los “Hermanos Adoradores” deberán portar los distintivos (medallas religiosas con listón de color vistoso) que los acredita como miembros de Acción Católica.



3. Las mujeres deberían llevar ramos de flores y velas.
4. El lugar de reunión sería a la entrada del pueblo.
5. Se nombró a un anciano encargado de pronunciar un discurso de bienvenida en forma bilingüe (zoque-castellano).
6. Acompañar al obispo camino a la iglesia y en el oficio religioso.
7. Despedirlo después de la comida.

En efecto, llegado el día citado, la población entera y visitantes de pueblos vecinos se congregaron en el lugar de reunión. Había mucha algarabía; el sol caía a plomo. Después de varias horas de espera por fin llegó el prelado.

La visita fue accidentada. El discurso de bienvenida planeado por el grupo de “Hermanos Adoradores” no se pudo llevar a cabo, pues el ministro mostraba prisa por cumplir, cuanto antes, su agenda. Se abrió paso entre la multitud y con premura se dirigió a la iglesia. Como era de esperarse los más ancianos no aguantaron el ritmo, y se quedaron a la zaga. Sólo lo acompañaron personas que podían caminar a la par. Entre corrillo se supo que el obispo tenía otros compromisos y que estaba atrasado en su agenda. A fin de cuentas el oficio religioso se llevó a cabo con la ausencia, justamente, de los ancianos más desvalidos, a quienes estaba dedicada la ceremonia religiosa.

Caso 2:

Vigilancia y control de donaciones y cumplimiento de promesas al santo patrón. Feria anual. Alotepec Mixe, Oaxaca.

3 de mayo de 2013.

Como es costumbre, el Consejo de Ancianos representado por 9 miembros para desempeñar esta comisión, entre el 1 y 5 de mayo, entre otras funciones de competencia religiosa, en una libreta llevan el control de donaciones, pago de “multas auto-impuestas” y registro de promesas que tanto locales como peregrinos hacen al santo patrón, Jesús Nazareno. El resto de los ancianos están distribuidos en diferentes comisiones, como por ejemplo, en la recepción de bandas municipales visitantes, en casa de los mayordomos, en el municipio, en las ofren-

das, etcétera. Para tal propósito, se instalan a un costado de la iglesia católica y sentados a la mesa llevan el siguiente control:

1. El registro de ofrendas hechas al santo patrón, anotando nombre del donante y voto.
2. Promesa de ofrenda en el futuro, señalando tipo de donativo, nombre y fecha (ropa, ganado, accesorios para la iglesia, etcétera). Por ejemplo, en el vestuario del santo hay fechas que ya están comprometidas, y la solicitud se turna en espera, pudiendo ésta aplazarse incluso por décadas.
3. Promesa de visita al santuario, asentando la o las fechas de peregrinación.
4. En caso de incumplimiento de promesas, cualquiera que sea la causa, los “infractores” o familiares de éstos se acercan al Consejo para auto-imponerse una multa, y saldar de alguna manera el sentimiento de culpa que los atormenta. Cada “transgresor” tasa libremente el monto a cubrir.
5. Registran las defunciones de los peregrinos. La muerte de un fiel se le hace saber al Consejo para que sea anotado en el obituario; en su memoria se ordena doblar las campanas fúnebres el día 3 de mayo, para que “encamine” las almas.
6. El dinero recaudado por el Consejo es utilizado para el pago de oficios religiosos y en obras de la iglesia, y otro monto es destinado a préstamos con bajos intereses. El control del dinero es responsabilidad del Consejo.
7. Cuando hay donación de ganado para el santo patrón, por ejemplo, éste se vende al mejor postor, y el dinero ingresa a las arcas en efectivo.
8. Si la donación de ganado se destina como premio a competencias deportivas, se turna a la autoridad municipal para su administración, con la salvedad que el cabildo debe informar públicamente su procedencia.

El pueblo no pide rendición de cuentas al Consejo, toda vez que la confianza depositada en la sana administración de los recursos está



respaldada por la honorabilidad de sus miembros. El respeto del viejo en estos contextos se gana a pulso, y supone una representación popular a prueba de corruptelas, por algo son llamados “viejos principales” o “papá del pueblo”. Su autoridad tiene carácter moral. Para la administración de los recursos nombran a un presidente y a un secretario, y nadie duda de su honestidad.

Los dos ejemplos vistos anteriormente nos dan una idea de cómo aún quedan resquicios de lo que fue el Consejo de Ancianos, y que manejaban los destinos de la comunidad, tal como apunta Neiburg, 1988, para los mazatecos de la sierra norte de Oaxaca:

... el Consejo de Ancianos posee injerencia sobre todos los problemas de la comunidad, siendo la función más importante a su cargo la elección del presidente municipal y de todas las autoridades que conforman el municipio, como también el control sobre las autoridades para que ejerzan 'un buen gobierno' ... la relación que existe entre las autoridades [indígenas] y las formales [oficiales] indica que el verdadero poder de la comunidad está ejercido por los viejos, quienes controlan en todo momento las actividades y las acciones de los presidentes municipales. Los ancianos, a nivel individual, intervienen en todos los planos de la vida de la comunidad, en los casamientos, en los bautizos, en todos los ritos relacionados con las alianzas entre las familias (1988: 128-129).

En los pueblos que ya no cuentan con Consejo de Ancianos, el trato a los mayores con alto estatus social es diverso. El siguiente apartado da cuenta de ello.

Ancianos “principales”

Si bien en varias comunidades ya no existe el Consejo de Ancianos como tal, aquellas personas que logran construir una trayectoria de vida con alto estatus social en su carrera hacia la vejez, pueden llegar a ser respetadas por su sabiduría y experiencia en el campo de su especialidad. Así, hombres y mujeres son reconocidos como ancianos “principales” según habilidades que manejen socialmente, y son depo-

sitarios de conocimientos “tradicionales” que le dan identidad al pueblo. El anciano “principal”, en estos contextos, actúa a título personal, aunque es reconocido y respaldado por la cultura del grupo. Son los líderes culturales, quienes conocen y dirigen o influyen en los rituales, la “costumbre”.

Se cree que desarrollan sus habilidades y conocimientos sea por enseñanza o herencia de sus maestros, a través del sueño o por designio divino. Es muy importante referir que un mismo anciano pudiera manejar o inscribirse en varias “especialidades”, es decir, un curandero, por ejemplo, puede ser identificado también como el que envía enfermedades a través de la brujería; el músico, a su vez, puede ser también rezador, cantor, y danzante, o la partera, ser especialista en curar “empacho”, “caída de mollera” o “susto”; el rezador de ritos cristianos puede combinar sus habilidades para convertirse en rezador de cerros, etcétera. Se manejan en un mundo ambivalente o polivalente, es decir, pueden hacer el bien o el mal, según se pida el concurso de sus competencias.

Es importante advertir que no toda la población recurre a estos especialistas, en particular los jóvenes, quienes por el contrario, pudieran criticar de “ideas atrasadas” a los abuelos, o los conversos a otras religiones no católicas que califican de idólatras o de costumbres paganas al sector católico tradicionalista, sin embargo, se trata de los servicios accesibles con los que cuenta la comunidad, además de la atención primaria a la salud por parte de la medicina oficial alópata, o bien, en el mejor de los casos, optan por la combinación de ambos sistemas terapéuticos. Veamos algunos ejemplos.

Los médicos “tradicionales”

Parteras empíricas o comadronas, curadores de “empacho”, yerberos, hueseros, sobadores, culebreros, levantadores de “espanto”.

Este tipo de especialistas, dada la naturaleza terapéutica en que desarrollan sus actividades, son muy respetados y gozan de alto prestigio social. Generalmente se atribuye la formación de médico tradicional por designio divino, conocimientos que adquiere a través del sueño o por herencia directa de sus mayores.



Así, las parteras (*oko nana*, en su acepción reverencial en lengua zoque) son las encargadas de la vigilancia y atención durante el embarazo, parto y puerperio; a menudo trabajan en forma coordinada con el médico local. Los curadores de “empacho” atienden desórdenes estomacales, como la indigestión.

Los yerberos, por su parte, son expertos conocedores del uso medicinal y tóxico de plantas, raíces, tubérculos y hongos.

Los hueseros son los encargados de atender problemas del sistema óseo.⁴⁴

Los sobadores, cuidan del sistema muscular, en especial en el tratamiento de “aires” y desgarres musculares y tendones.

Los culebreros son especialistas que atienden mordeduras y picaduras de animales ponzoñosos, y los “levantadores de espanto” se ocupan de recuperar el alma perdida por sustos según su clasificación de origen causal “frío” o “caliente”.

No conocemos especialistas en la medicina indígena que se aboquen a la atención de padecimientos propios o asociados a la vejez como incontinencias, infartos, demencias, sordera, paraplejías, ceguera, cáncer, etcétera, aunque sí ya empieza a hablarse de un mal muy temido conocido como “mal de azúcar”, y hace referencia en términos generales a la diabetes, descrito en otras latitudes como “desguanxada”,⁴⁵ padecimiento atribuido como consecuencia de un susto o coraje mayúsculos. Otro tanto sucede con los infartos, mejor conocidos como “aire de corazón” y la osteoartritis que en términos locales se identifica como “aire de huesos”. Los médicos tradicionales, entonces, atienden cuadros muy reducidos, cuya base terapéutica se basa, fundamentalmente, en síndromes de filiación cultural, que no dan respuesta a padecimientos crónico-degenerativos; es común que atribuyan como origen causal de estos padecimientos a actos de hechicería.

⁴⁴ Resulta de interés que algunos médicos “tradicionales” de esta competencia ya solicitan a sus pacientes placas de rayos “X” para auxiliarse en el diagnóstico y tratamiento, aunque ignoramos cómo interpretan las radiografías. Otro tanto sucede que algunos terapeutas indígenas hacen uso del estetoscopio para “leer la sangre”.

⁴⁵ (Mercado, 2002: 221-258) “Cuando la sangre se intoxica con el azúcar”.

Los ancianos, en relación a los padecimientos crónico-degenerativos están desprotegidos, y la historia clínica de los padecimientos generalmente sigue su curso “natural” hasta el desenlace del evento.

Los de actividades mágicas

Magos, hechiceros, adivinos, protectores de envidias, intérpretes de sueños, lectores de oráculo.

Es un área de especialización de prácticas ocultas o al menos no abiertas, sino más bien, de carácter privado. Los especialistas en hechicería más que respetados son temidos, por la amenaza de ser víctima de sus conjuros. Es común que el médico tradicional sea identificado también como brujo, bajo el principio de que si sabe el origen causal del padecimiento, puede regresarlo por los mismos canales a través de la contra-brujería.

Los magos tienen por oficio actos de encanto que buscan beneficios para el solicitante de los servicios, por ejemplo, que el bebé sea especialmente hermoso o inteligente por medio de conjuros.⁴⁶

A los hechiceros se le atribuyen actividades perversas que por medio de ritos secretos, se cree, pueden manipular la voluntad de terceros.

Los adivinos predicen el futuro a través de la lectura del oráculo o por interpretación del lanzamiento de granos de maíz colorado sobre una superficie plana, y de la suerte que correrá la persona o empresa a desarrollar.

Los que protegen de envidias se ocupan de diseñar amuletos que brinden protección de amenazas externas, como el deseo de terceros a pertenencias ajenas.

Los intérpretes de sueños descifran el significado de las actividades oníricas, de los buenos o malos augurios, y los lectores de oráculo interpretan la suerte que depara al consultante, el devenir del futuro.

⁴⁶ Es muy socorrida la práctica mágica para que el bebé nazca con hoyuelos en las mejillas, como distintivo de belleza, soplar al atole cuando hierve, en tanto se menea, para que en forma mágica los hoyuelos se transfieran al producto. Otro tanto sucede si se echa “ojo” al cabello rizado de terceros, pudiera ser robado y puesto en el bebé, a través de la magia.



Especialidades religiosas

Rezadores de ritos cristianos, rezadores de cerros propiciatorios de lluvias, rezadores para construcciones nuevas, los que encausan las “almas” al inframundo. Este tipo de especialistas son muy socorridos, pues su competencia es mediar con las fuerzas naturales y sobrenaturales buscando el equilibrio armónico, el bien espiritual.

Los rezadores de ritos cristianos se ocupan de los oficios especialmente católicos para la celebración de rosarios, misas, procesiones, peregrinaciones y cantos eclesiásticos en ceremonias religiosas que requieran su competencia.

Los rezadores de cerro, por su parte, se especializan en ceremonias de fertilidad, buscando propiciar abundante lluvia para las cosechas.

Los rezadores para construcciones nuevas son los encargados de celebrar ritos especializados para pedir permiso a los “dueños” del lugar —encanto, espíritus de la montaña, señores del cerro, duendes, etcétera—, que permitan la construcción sin causar daño alguno, y las personas encargadas de encausar las “almas” al Inframundo, sus servicios son requeridos en actos fúnebres, y son muy solemnes.

Los que manejan especialidades discursivas

Oradores para eventos cívicos y sociales (bodas, políticos, aniversario, actos fúnebres), casamenteros, albaceas, consejeros, cuentistas, mediadores de conflictos.

Son una especie de líderes de opinión, cabildeo e intermediarios de litigios de carácter civil. Usan el concurso de la exquisitez del lenguaje hablado para “ablandar corazones” y lograr concilios. Tienen poder de convocatoria, y convencen con su discurso. Popularmente son conocidos en lengua zoque como *měj gēnē* (literalmente de “cuello ancho”), por la capacidad de lenguaje persuasivo; son considerados cultos y manejan el idioma como arma de seducción.

Los oradores de actos cívicos y sociales tienen el don de la palabra, desarrollan su capacidad de oratoria, enaltecen las virtudes, mueven sentimientos; los casamenteros son las personas encargadas de “ablandar el corazón” del celoso padre en la petición de mano, hace gala del

discurso al recurrir al lenguaje culto y echa mano de “palabras que vuelan sobre alas de mariposa”, capaz de lograr el beneplácito, aún en contra de la voluntad del futuro suegro.

Los albaceas son personas que se ganan la confianza a pulso, y recae en ellos la responsabilidad del cumplimiento de la última voluntad del solicitante, a menudo tiene que mediar intereses con los beneficiarios, y gracias al poder de convencimiento a través del discurso busca lograr concilios.

Los consejeros son personas que se les reconoce su experiencia en la vida para pedir o buscar algún consejo respecto a cómo proceder frente a determinada circunstancia, generalmente sus opiniones son consideradas.

Los cuentistas se caracterizan por el conocimiento oral de hechos, ficticios o reales, y son considerados abuelos bonachones, que entretienen y educan a través de la narración oral.

Los mediadores de conflictos son los “principales” encargados de intervenir en oficios privados, buscando el equilibrio de intereses en los conflictos derivados de desavenencias, y que requieren solución interna, antes de ser turnado a instancias oficiales donde pudieran perder ambas partes.

Los que manejan artes y oficios

Maestros danzantes, músicos y artesanos. Son verdaderos maestros que crean arte, entretenimiento o protagonizan rituales protocolarios de muy diversa naturaleza. Gozan de muy alto prestigio y estatus social, son queridos y respetados. Se cree que los artistas nacen con el “don” de la creación, aunque pueden enseñar el oficio a terceros.

Los maestros danzantes crean y recrean bailes tradicionales que dan identidad al grupo; muchas veces a través del baile ritual cumplen “mandas”, y se vuelve un arte que combina religión y entretenimiento. La música tradicional zoque generalmente se ejecuta con flauta de carrizo y tambor, y sus servicios son solicitados en eventos de muy diversa naturaleza. Tanto el danzante como el músico cumplen carreras vitalicias.



Los artesanos son expertos que crean arte, y se especializan en una rama del conocimiento. Algunos pueblos zoques son famosos por su alfarería o el trabajo de la palma.

Los que tienen una posición económica desahogada, especialmente si han desempeñado cargos civiles o religiosos con transparencia

Las personas que tienen mayor solvencia económica generalmente ocupan un lugar importante en la estructura social comunitaria, estatus que mantienen en tanto den muestras del prestigio económico y bonhomía.

Como hemos visto en todos estos ejemplos, el viejo “principal” aunque respetado, ejerce sus funciones con todas sus limitaciones a título personal, más no tiene representación grupal o ejerce influencia sobre la comunidad, especialmente en la toma de decisiones políticas o económicas.

Como quedó asentado *supra*, el anciano “principal” mantendrá su estatus social alto en tanto se mantenga sano y fuerte, especialmente lúcido; una vez que pierde lucidez mental, de igual manera es desbancado de jerarquía social, y por el contrario, pudiera ser tratado con desdén e incluso sufrir burla pública, socialmente tolerada, toda vez que ya no representa mayor amenaza social. Ser viejo sin poder, enfermo, solo, sin redes de apoyo social es un estigma; la mayor amenaza y la más temida. Salvarezza (2000: 149), refiriéndose a la devaluación social del anciano, apunta: “... el sujeto viejo deja de ser *alguien*, es decir, que deja de ser reconocido por el otro como un ser humano deseable y, por lo tanto, se le adjudica un lugar de desecho, se lo transforma en una cosa”.

Epílogo



Los ancianos se enfrentan ante una sociedad jerarquizada por leyes e instituciones, donde la edad adulta mayor no es, necesariamente, la mejor etapa de la vida.

La educación escolarizada y la introducción de nuevas tecnologías hicieron lo propio, logrando incidir en nuevas formas de conocimiento, donde los viejos tienen poca o nula competencia. Así mismo, se intensifican las olas migratorias tanto nacionales como internacionales, y se incrementan las relaciones laborales asalariadas, logrando con ello cambios culturales importantes, como mayor bilingüismo y fuertes relaciones con el exterior.

A finales del siglo XX, con la transición demográfica, el proceso de envejecimiento de la población alcanzó a los pueblos indígenas, llegando a crecer incluso por arriba de la media nacional. Así, por ejemplo, los zapotecos del Istmo de Tehuantepec tienen una población envejecida por arriba del 19%, mientras que el promedio nacional es de 9.8% (INEGI, 2011a). Aunque hay pueblos indígenas que se caracterizan por su longevidad, el problema radica en la calidad de vida que tienen en los últimos años del ciclo vital, pues están desprovistos de servicios geriátricos y gerontológicos.

El movimiento armado del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), en 1994, en sus demandas plasmadas en *Los Acuerdos de*



San Andrés de 1996, por ejemplo, los viejos conforman un gran vacío, son invisibles; por el contrario, el cuadro de líderes lo conforman población joven y adulta, pero no viejos; nuevamente fueron olvidados.

Sin embargo, existen instituciones que permanecen modificadas y relegadas al ámbito ritual como es el caso del Consejo de Ancianos, como explicamos *supra*, para llegar a conformarse en los pueblos indígenas, tenían que conjugarse varias cosas: a) por principio de cuentas la tierra tenía que ser bajo el régimen de propiedad comunal, este sistema de tenencia de la tierra permitía tener cierta autonomía y producción de autoconsumo, poder y control sobre su territorio; b) la escasez de ancianos, hacía de la vejez algo digno de admiración y respeto, toda vez que la esperanza de vida era de 33 años; c) los viejos eran depositarios del conocimiento y la tradición, entre otras funciones dirigían los rituales cívicos y religiosos; y, d) la forma de gobierno y administración de justicia se hacía de acuerdo a los usos y costumbres de la aldea.

En este tipo de sociedad tradicional los escasos ancianos jugaban un papel protagónico y conformaban un senado, mejor conocido como Consejo de Ancianos, encargado de dirigir los destinos del pueblo, confiando su buena administración, por la experiencia que la vida les daba. La competencia del Consejo de Ancianos era de ámbito local, doméstico, sin mayor influencia con el exterior.

El cambio de gobierno “tradicional” a “moderno” se dio justamente en el primer cuarto del siglo XX, con la aparición e imposición del sistema político partidista, esquema en el cual el Consejo de Ancianos fue excluido y marginado, toda vez que ambos modelos de gobierno son incompatibles. El Consejo de Ancianos, una vez despojado del poder, fue relegado a funciones rituales, espacio en el cual no tiene mayor influencia en la toma de decisiones políticas de la comunidad. Bajo el sistema político partidista la lucha por el poder y el conocimiento se agudizaron, con saldo negativo para la población envejecida.

En el nuevo esquema, las leyes son escritas, aunque no se respeten; la edad adulta mayor deja de ser importante para ejercer cargos de dirección política y cultural, ya no son la única fuente de información, por el contrario, ahora la vejez se estigmatiza. Antes, los viejos actua-



ban como senado, ahora han sido despojados del poder y su experiencia no es considerada para la toma de decisiones de carácter político.

Ante semejante embate los viejos actúan a título personal, y conforman grupos para ejercer alguna influencia en ámbitos como la medicina “tradicional”, la danza, la música, la artesanía, la lengua nativa y especialmente en el ámbito religioso.

Anexo 1



Glosario etnogerontológico en lengua zoque

Variante dialectal de Tapalapa, Chiapas

Traducido por: Humberto Saraoz Díaz

Español

Ote Tzame

Abandono	= Tzaktäjupä
Abrazo	= Jojtz'kuy, jojtz'päjkuy
Abrigarse	= Nu'skuy
Abuela materna (hablante indistinto)	= Nan'tzyu'we,
Abuela paterna (hablante femenino)	= Apa'tsyu''we
Abuela paterna (hablante masculino)	= Yom'tzyu'we
Abuelo materno (hablante indistinto)	= Tata'kananh, tati
Abuelo paterno (hablante femenino)	= Jayakananh
Abuelo paterno (hablante masculino)	= Kantzyu
Aceptar la enfermedad	= Mpäjkis'tzyokmpa ntoya, mpäjkis'tzyokmpa nhka'kuy
Acostarse = duerme	= Äkmpa
Acostarse boca abajo	= Moknya äwi
Acostarse en posición fetal	= Ku'synya äwi
Acostarse sin dormir	= Wí'mnye
Acudir	= Nu'kuy



Español	Ote Tzame
Agrio	= katzu
Agruras	= Katzojk'nanhmpa,
	katzojk'na'nhkuy
Agua	= Nä'
Aire (como síntoma patológico)	= Sawa descriptivo /
	yatzy'sawa: aire malo/
	yo'kapä
Alcohol	= Tzojy (aguardiente de caña)
Alegría	= Tzinh'tzinhnekyuy,
	tzinh'tzinhpapä
Algodón	= Tzo'a
Alimentación	= Kutkuy
Amenaza	= Mejkpa: deseo de maldad
Amistad	= Täwä'ajkuy
Amor	= Sutkuy
Análisis	= Kipsojk'patkuy
Anciana	= Tzu'we
Anciano	= Kananh
Andadera	= Wijtäj
Ánimo	= Tzinh'tzinhnekyuy
Ansiedad	= Maya'kuy
Antojo	= Suni
Apoyo	= Kotzonh'kuy
Apretón de manos	= saludo Kä'yus'tsyi'kuy
Artesano	= Tzäki tzäjkpapä
Arrugas	= Je'tzkuy
Asco (sinónimo de vómito)	= Ä'tzkuy
Autoridad	= Anhkimpapä
Autoridad	= Anhkimpapä, koanhkimpapä
Ayuno	= Jana ujkupyä
Azúcar	= Pa'ajk
Bastón	= Kutyakus



Español	Ote Tzame
Bendición	= Yajamokyuy
Berrinche	= No'ti
Beso	= Su'kuy
Brujería	= Tzäki
Brujo	= Tä'kä'oye, musoye, poks'ka'oye
Caerse	= Piti'pa
Café	= Kajwel
Caída	= Kejkpa, kejku
Calambre	= Junh'käy
Caldo	= Wi'kunyä
Calentura	= Pijkäy
Caliente	= Pijpa
Calor	= Pijkäy, Ninhkäy
Cama	= Änh'kuy
Cambiar de ropa	= Pama yapnkuy
Caminar	= Wijtkuy
Canas	= Popo wajy, pop'wajy
Cansancio	= Nitu'kuy
Caricia	= Jasy'jasyäpya
Cariño	= Sutnkuy
Cascarrabias	= Kixkababä pä
Castigo	= Ko'ajkuy
Ceguera	= Ko'tzyipä
Celos	= Käjonhkuy
Cena	= Tzu'ujkuy
Cirugía	= Wäjk'jejkuy
Clínica	= Tzo'yänyämpamä
Cobija	= Nu'stäjk
Cólico	= Tunu met
Comida (en su estado natural)	= kutkuy
Comida (horario)	= 'Yuknä



Español	Ote Tzame
Comida (preparada)	= Tujkupä kutkuy
Compañía	= Nätunh
Confesión	= Tzap'muskuy
Conflicto	= Kijpkuy
Consejo de Ancianos	= Tzame pä'nis tyu'mkuy
Consejo	= Anhki'mkuy
Consuelo	= Tzi'nhajpabä'is
Cooperación	= Kojtkuy
Coraje	= Nejpspa
Corazón	= Tzokoy
Crítica	= Kä'onäkyuy
Cuerpo	= Wit
Cuidado	= Iskuy
Cuidador	= 'Yispabä'is, akmpoksoye
Cuidadora	= 'Yispabä'is, akmpoksoye
Culpa	= Kowa
Curandero	= Tzo'yäyoye
Debilidad	= Motzyajkuy, motzi'ajkuy
Depresión	= Maya'kuy, Sewa'ajkuy
Desayuno	= Napntzupä kutkuy
Desmayo	= Tu'kyäy
Despojo	= Jäkä'pa
Desvestirse	= Ni'dakajkuy
Deuda	= Ja'tzpa, ja'tzkuy
Diabetes	= Pa'ajk toya
Diagnóstico	= Metzkuy
Dieta	= Jana ujkuy
Dinero	= Koyowa
Dios	= Jomejkoye
Diversión	= Ko'sokyuy
Divorcio	= We'nkuy
Dolor de cabeza	= Kopajk toya

Español	Ote Tzame
Dolor de espalda	= Uka'toya
Dolor de estómago	= Tzejk met
Dolor de huesos	= Pajka'met
Dolor de muela	= Täjtz met
Dolor de oído	= Kowi met
Dolor de pies	= Kosy'toya
Dolor de rodilla	= Poki'toya
Dolor	= Met, toya
Dormir	= Äwi
Dulce (sabor)= (sabor del gusto)	= Omkuy
Dulce	= pa'ajk
Edad	= Ame
Ejercicio	= Mäjtzäjkyuy
Enfermedad grave	= Komänmpapä toya
Enfermedad	= Toya, ka'kuy
Enfermera	= Tzo'yäyopypä
Engaño	= Untzame
Enojo	= Ki'sy'ka'kuy
Entusiasmo	= Tzi'nhajkuy
Envidia	= K'i'nisokyuy
Escozor	= Tzi'ksä
Esposa	= Än yomo
Esposo	= Än jaya
Evacuar	= Näbujtkuy,
Experiencia	Ketmpä'kuy (tä'tkuy)
Faja	= Musokyuy
Familia	= Wajtotyäj
Favor	= Tä'ajkuy, tä
Fe	= Tzäkä wäpä
Felicidad	= Wä'anhjamkuy
Fiesta	= Sunyi'ajkuy
	= Sä



Español	Ote Tzame
Fractura	= Pajk wi'ksi
Fraude	= Utzamputi
Frío	= Pakak, mamkäy
Fuego	= Juktäjk
Fuerte	= Pämi'äyupä
Fuerza	= Pämi
Fumar	= Ju'kuy
Golpe	= Pake
Gorro	= Ko'tzunu
Gracias	= Yuskuta
Grasa	= Ki'na
Gripa	= Sij'toya
Grito	= Wejkuy
Guante	= Kä'tzunu
Hambre	= Yu'u, ose
Herencia	= Tzi'kuy
Herida	= Ya'e
Hija	= Än yomo une
Hijo	= Än jaya une
Iglesia	= Masan'täjk
Incorporarse	= Te'ntzyu'kuy
Infarto	= Tzoko tyoya, tzoko'kya'kuy
Inquieto	= Tzipi'obya
Insípido= (poco de sal o zacar)	= Me's = sin sabor jana omapä
Insomnio	= Tzu'ko'ketnkuy
Inyección	= Pi'mi
Irritante	= Ni'äyupä
Juventud	= Une'ajkuy
Lavado	= Tzejkanho'tze'kuy
Lavativa	= Ntzepapäpik ntzejkanh'jo
Leche	= Tzu'tzi nä
Lectura	= Tu'nkuy



Español	Ote Tzame
Lentes	= Kentäj
Levantarse	= Sa'kuy
Líder	= Kowi'na
Limpieza	= Nimojkuy
Llaga	= Ya'e (herida)
Llanto	= Jäkyuy
Luto	= Nika'upä
Malestar	= Taya'toya
Maltrato	= Totzyäj
Mareo	= Ko'yäwinkäy
Masaje	= Ote'käweye
Medicina	= Tzojy
Médico	= Tzo'yäyoye
Memoria = (recuerdo)	= Kenemitkuy
Miedo	= Na'tze
Motivación	= Ijtu tipik
Moverse	= Mijkskuy
Mudez	= Umajkuy
Muerte	= Ka'täj
Muletas	= Kujpyä koso
Necedad	= Jana näjkyäkyuy
Necesidad	= Sutnkuy, sunokyuy
Nieta	= Oko'une
Nieto	= Oko'une
Olor	= Omoma
Olvido	= Jampä'kuy
Oración	= Konukskuy
Ordenar	= Anhki'mi
Orinar	= Tzepnkuy
Pago	= Koyojokyuy
Pañal para adulto	= Ojkmotkuy
Pañal	= Ojkmotkuy



Español	Ote Tzame
Parálisis	= Wí'tpo'u
Pariete	= Tzäntyä
Partera	= Oko tzyu'we, un'pyikpapä
Pastilla	= Tzo'yäyotyäjk
Pena	= Anhjamkuy
Pensamiento	= Kipsokyuy
Perdón	= Wa'kuy
Pesadilla	= Tzäjk'tu'kyäy
Picante	= Ni'äyupä
Plantas medicinales	= Tzo'yäyotyäjk ta'nä
Poder	= Anhki'mkuy, Pämi,
Por favor	= Tzäkä wäpä
Premio	= Tzi'kuy
Presión alta	= Nä'pin pokyuy
Presión baja	= Nä'pin mpo'nkäy
Préstamo	= Nukskuy
Problema	= Kijpkuy, maya'kuy, toya
Propiedad	= Äjne'pä
Propósito	= Tiyä sutmpa
Protección	= Kotzoktäjk
Proveedor	= Tzyi'papä'is, tzi'papä'is
Pulso	= Mijkskuy
Pus	= Punä
Raspón	= Tzi'du
Rasurar	= Juskuy, ju'si
Reacción	= Wí'sau
Rebozo	= To'ka
Receta	= Jatzyi'okyuy
Recuerdo	= Jamtzäjkuy
Recuperación	= Patwidu'pa
Regaño	= Tze'mkuy
Relajar	= Sujkäkyuy



Español	Ote Tzame
Renta	= Täjk'nukskuy
Reposo	= Kojamkuy
Respeto	= Wä'ajkuy
Reúma	= Mä'a toya
Rezo	= Konukskuy
Riqueza	= Wä'anh'ijtkuy
Risa	= Sijkuy
Risa (sonrisa)	= Neme sijkuy
Sábana	= Tze'yapä Nu'stäjk
Sacerdote	= Pane, masan'mpät
Salado	= Kana'japapä
Saliva	= Tzujin
Salud	= Wäpä ijtkuy
Saludo	= Yustzyi'kuy
Sangre	= Nä'pin sawa/terapéutico Yo'kapä je'e/aliento
Sepelio	= Nastäjkäkyuy
Silla de ruedas	= tzenhepapä pokstäjk
Síntoma	= Toya anhamkuy
Sol	= Jama
Soledad	= Maya'kuy
Sordera	= Kowi'ajkuy
Sueño	= Mapajsi
Suicidio	= Yajka'pa wit
Taparse	= Nu'skuy
Tartamudez	= Ontuk'tuknekyuy
Te	= Juni
Terapia	= Tzo'yäyokyuy
Tierra	= Nasakopajk, nas
Tinte para el cabello	= Wa'kyänhkuy
Tos	= Eju'toya



Español	Ote Tzame
Trabajo colectivo	= Tumä yoskuy
Trabajo	= Yoskuy
Tranquilidad	= Sunyi'akuy
Tristeza	= Maya'kuy
Vecino	= Täwanh
Vejez	= Kananhajkuy
Vencer la enfermedad	= (Tzojku'tzi) 'yajut te' ka'kuy, 'yajut te' toya
Venda	= Si'nkuy, Wajtkuy
Veneno	= Ka'otyäjk
Venganza	= Käke
Vergüenza	= Tza'a
Vestirse	= Pama yapnkuy
Vida	= Ijtkuy
Vieja	= Tzu'we
Viejo	= Kananh
Viejo “rabo verde”	= Kananh jowi
Vigilia	= Tzu'ko'ketnkuy
Vista nublada	= Kene'jumumkäy
Viuda	= Ka'tzaka yomo
Viuda alegre	= Ote tzame
Viudez	= Ka'tzaka
Viudo	= Ka'tzaka'päť
Vivir con la enfermedad	= Toya'toyatzi ijtpa
Vómito	= Ä'tzi

Anexo 2



Glosario etnogerontológico en lengua mixe

Variante dialectal de Alotepec, Oaxaca

Traducido por: Juan Carlos Reyes Gómez

Español	Ayuuk
Abandono	= Naa'yixmatsë (separarse), naanyika'akë (dejarse), naajyaytyëkoyë (olvidarse)
Abrazo	= Koon-tsa'an; tsa'në'k (cuando se le alza), tsa'an'ijit (no se le alza)
Abrigarse	= Naa'yaajanë
Abuela materna (hablante indistinto)	= Oktääk
Abuela paterna (hablante indistinto)	= Oktääk
Abuelo paterno (hablante indistinto)	= Apteety
Abuelo materno (hablante indistinto)	= Apteety
Abuelo paterno (hablante indistinto)	= Apteety
Aceptar de la enfermedad	= Kopëjk pa'am.
Acostarse	= Naakyo'okë
Acudir	= Nëjxk (ir), aanëjxkëy (ir al encuentro de algo o alguien)

Español	Ayuuk
Agruras	= Kinké'ëyë
Agua	= Nëë
Aire (como síntoma patológico)	= Poj pa'am
aire malo/	= Tsuu poj
Alcohol	= Mëk nöö
Algodón	= Pixyny
Alegría	= Xontääkën, ijtën-xo'onën
Alimentación	= Kä'äyën-uukën
Amargo	= Tä'am
Amenaza	= Käjpx'aatsë'këy (amenaza verbal)
Amistad	= Naamyayë
Amor	= Naatsyokë (querencia, el quererse)
Análisis	= Yäjk'ijxp
Anciana	= Mëjä'äy, mëjä'äyty'oxy
Anciano	= Mëjä'äy, mëjä'äyya'ay
Andadera	= Wijtäjk
Ánimo	= Mada'ak
Antojo	= Ajawë
Ansiedad	= Jotkëjxën
Apoyo	= Naapyu'utëkë
Apretón de manos	= Naakyë'ëpanë (el apretarse las manos uno mismo o uno a otro)
Autoridad	= Kootuunk
Arrugas	= Xo'ts (arrugarse), xoots (arrugado)
Artesano	= Pëëmpë, kojpe
Asco	= Aaxëk'atë
Ayuno	= Ayuu
Azúcar	= Pä'äk
Bastón	= Täjk



Español	Ayuuk
Bendición	= Naakyonu'kxë, konu'kxën
Berrinche	= Aaatsontääkën
Beso	= Tsi'kyxy (beso); tsu'kx (besar)
Brujería	= Naakyo'oytyunë; payó'oy-paanäjx
Brujo	= Pojkpë (el que mete objetos extraños en el cuerpo de otra persona para probocar daño); mëjkutuumpë (el que hace cosas del malo [ko'opyyë]), winteeptyë-paanäjxpë (el que tiene la mirada fuerte y hace maldades [lit.: el que tiene fuego en los ojos y el que pasa desapercibido, a un lado]).
Caerse	= Këtääw (del suelo), kä'ä (de algún lugar alto)
Café	= Käjfwëe
Caída	= Kätayë, kä'äyë
Calambre	= Tsuukë
Caldo	= Tojcx
Calentura	= Jëen
Caliente	= An
Calor	= An; an'o'këy (tener calor)
Cama	= Maatakx, mäpajtn
Cambiar de ropa	= Naajyanë
Caminar	= Yo'oy
Canas	= Po'o; kopo'o (canas de la cabeza)
Cansancio	= Aanu'kxë
Caricia	= Naanyijääx-naakyojääxë ([lit.: que le pasa la mano sobre el cuerpo, sobre la cabeza]).

Español	Ayuuk
Cariño	= Tsojkën (querencia, amor)
Castigo	= Naatyukkoopatë
Ceguera	= Ka'ijxën
Celos	= Nii'akë [cuando alguien se enoja porque otro alguien toca o se quiere apoderar de algo que es suyo]
Cena	= Aatsuu, tsuukaaky,
Cirugía	= Naatsyukë
Clínica	= Tsooytyëjk (casa de medicinas)
Cobija	= Tsaapixyny
Cólico	= Joot pä'äm (dolor de estómago, mal estomacal)
Comida (horario)	= Kikyxyëkaaky
Comida (preparada)	= Kaaky-tojcx
Comida (en su estado natural)	= Je'kyxy; je'kyxy-peky
Compañía	= Naajyamyëët'atë
Confesión	= Maywyäjtsën
Conflicto	= Jotmay (problemas), ayo'on-jotmay
Consejo	= Naakyäjpwxijë
Consejo de Ancianos	= Mëjä'äytyëjk, mëjä'äytyëjk naatyukmukë
Consuelo	= Aakujk'äjt-jotkujk'äjtën (contento, aliento, alegría, felicidad).
Cooperación	= Aayäjk muk-akoonmukë
Coraje	= Joot'an (enojo)
Corazón	= Jiikyjyoot
Crítica	= Naajyëëkäjpx-naapyaakäjpxë
Cuerpo	= Ni'kx-kopäjk



Español	Ayuuk
Cuidado	= Naa'yixë
Cuidadora	= Ijxpë
Cuidador	= Ijxpë
Culpa	= Peky
Curandero	= Tsooyëpë
Debilidad	= Pëmä'äy (enfermo), kamëk'äjtën (no estar fuerte) o ka'oy'yäjt-kamëk'äjtën (no estar sano y fuerte).
Depresión	= Mo'onën-tujkën (tristeza); yäjk'ayow (triste, decaído)
Desayuno	= Jepykyaaky, aajop
Desmayo	= O'ktsookën
Despojo	= Naapyëjxë
Desvestirse	= Naajyanë; koo yë jä'äy yë wyit tjeny (cuando la gente se quita la ropa)
Deuda	= Yoj
Diagnóstico	= Ixpëjkën (estudio)
Diabetes	= Pä'äk pä'am (literal: enferme- dad dulce)
Dieta	= Kä'äyën-uukën (comida, ali- mentación)
Dinero	= Meeny
Diversión	= Itën-xo'onën
Divorcio	= Naa'yixmatsë (separación)
Dios	= Koonk; koonk wintsën, koonk maaxan
Dolor	= Pëjkën, pëjkën-aato'onën, pa'amyë
Dolor de cabeza	= Kopäjk pä'am



Español	Ayuuk
Dolor de espalda	= Jëëxk pä'am
Dolor de estómago	= Joot pä'am
Dolor de huesos	= Päjk pä'am
Dolor de oído	= Täätšk pä'am
Dolor de muela	= Tëëts pä'am
Dolor de pies	= Ntekyëts pä'ämp (me duele el pie)
Dolor de rodilla	= Nkoxëts pä'ämp (me duele la rodilla)
Dormir	= Mä'äy
Dulce (sabor)	= Pä'äk
Edad	= Jëmëjt; xëë-jëmëjt
Ejercicio	= Yo'oyën-näyxën (movilidad, andar, caminar)
Enfermedad grave	= Mëk pä'am
Enfermedad	= Pä'am
Enfermera	= Pä'am ijxpë (persona que cuida en la enfermedad)
Engaño	= Naawyin'ëënë (también se aplica para enamorar)
Enojo	= Joot'anë
Envidia	= Kanaatyukmëë'ixë
Entusiasmo	= Tuk'ijt-tukxo'onën (alegría, contento, buena disposición para hacer algo, hacer algo con ganas, de buena gana).
Escozor	= Pëjkën-aato'onën (dolor), ayo'on-tsoytyu'un (pena, vergüenza)
Esposa	= Nito'oxy
Esposo	= Niiyatyëjk
Evacuar	= Tëën-tääts; të'enën.täätsën (evacuación)

Español	Ayuuk
Experiencia	= Wijën-kajën (aprendizaje [a través de la experiencia])
Faja	= Wëen
Familia	= Jeeky-mëku'uk
Favor	= May'yäjtën
Fe	= Mëepëjkën (creencia)
Felicidad	= Jotkujk'äjtën; aakujk'äjt-jotkujk'äjtën
Fiesta	= Xëew
Fractura	= Xi'itsë; tëjë-wi'itsë
Fraude	= Naawyin'ëenë (engañar [a otros], engañarse) o naawyin'ëen- naawyinxäjë. O, más propiamente, tukwinwanë prometer algo a alguien y no dárselo o no cumplirle).
Frío	= Paky
Fuego	= Jëen
Fuerte	= Mëk
Fumar	= Ju'k
Fuerza	= Majääw
Golpe	= Naawyopë; naawyop-naakyä'ätsë
Gorro	= Kotsi'it
Grasa	= On
Guante	= Kë'ëjan
Gracias	= Tyoskojuyëp
Gripa	= Winnëë jëjpnëë pä'am
Grito	= Yääxp-jojkp (Grita)
Hambre	= Yuu
Herencia	= Komä'äny
Herida	= Tsay'yut



Español	Ayuuk
Hija	= Nëëx
Hijo	= Määnk
Iglesia	= Tsajptëjk
Incorporarse	= Pu'uwä'äkë (sumarse a, agregarse a)
Infarto	= Jikyjyootwä'k'oyë (pararse, detenerse, el corazón).
Inquieto	= Aatëëtsp (no estar quieto [como un niño travieso, latoso]). Kyaj tukwiinyë 'yu'unyë (no está quieto [sentado en un solo lugar] o no está conforme [como un anciano enfermo que ya debería descansar pero quiere seguir trabajando y sigue esforzándose en querer hacer tantas cosas como las que hacía cuando era joven o cuando estaba fuerte y sano]).
Insípido	= Tsak
Insomnio	= Tsuuwin'ijxk (ver, tener los ojos abiertos, durante la noche). Así dicen, win'ijxpëts yë tsuu tinyäjknaxy, pasé la noche viendo, en vela)
Inyección	= Naakyuupë
Irritante	= Jäjpë (lo que arde, el que arde, lo que produce ardores)
Juventud	= Ēnä'k'at, yujkya'kpë'at
Lavado	= Naapyujë
Leche	= Tsi'tsknëë



Español	Ayuuk
Lectura	= Nekylläjpuk
Lentes	= Win'ijxn
Levantarse	= Pëtë'k
Líder	= Kopk, wintsën
Limpieza	= Wä'äts'äjten
Luto	= Mo'onën-tujkën (tristeza) o mä'äyën-täjën (preocupación), koo jä'äy kyoo'eeky (cuando se muere algún familiar [que pueden ser los padres, por eso viudo es kekyya'ay, es decir, koo'eekyya'ay, varón koo'eeky; viuda kekytyo'oxy = ko'eeky to'oxy, mujer koo'eeky, o keky'yu'unuk = koo'eeky u'unuk, huérfano].
Llaga	= Tsay'yut (herida).
Llanto	= Yääx (llorar)
Malestar	= Pä'am (enfermedad con dolor)
Maltrato	= Naakyo'oytyunë (dañar(se), hacer(se) mal)
Mareo	= Komi'ikyë
Masaje	= Naajyääxë
Medicina	= Tsooy
Médico	= Tsooyëpë
Memoria	= Jamyajtsën (recuerdo)
Miedo	= Tsë'ëkë
Motivación	= Tukniiyuxë (lit.: despertar a alguien para que haga algo).
Moverse	= Yu'kx
Mudez	= Uum (mudo)
Muerte	= O'k (morir), o'kën (la muerte, el morir)



Español	Ayuuk
Muletas	= Tij'ijtpë
Necedad	= Kamëto'owën (no entender, no escuchar, no obedecer, no atender órdenes, indicaciones, disposiciones) o también kajpyxykyotëjk ([lit.: romper, trozar el ápice, cogollo o cabeza de la palabra], ignorar la palabra).
Necesidad	= Koo tii nyäjkmayjyäjtemëty (cuando necesitamos algo)
Nieta	= Oknëëx
Nieto	= Okmäänk
Olor	= Xu'kën (olor, el oler)
Olvido	= Jaytyëko'oyën
Oración	= Käjpxtä'äk (el rezar, el hacer oración)
Ordenar	= Aana'am. Orden, mandato aana'amën, kotujkën
Orinar	= Tääts. Tä'ätsy (orina, la orina)
Pago	= Koju'uny (pagar algo). Mëju'uny (pagar por un servicio).
Pañal para adulto	= Mëjä'äy ixpit
Pañal	= Ixpit
Parálisis	= Ju'un (endurecerse, entumirse)
Pariete	= Mëku'uk
Partera	= Yäjkka'xpë
Pastilla	= Tsooy (medicina)
Pena	= Tsoytyu'un (pena, vergüenza)
Pensamiento	= Winmä'äny
Perdón	= Ma'kxën



Español	Ayuuk
Pesadilla	= Aamëkëy (tener pesadillas)
Picante	= Jëmuump (pica), jëmuumpë (lo que pica). Niiy (chile)
Plantas medicinales	= Ääy-ujs mēti'ipë tsooyëpën (plantas curativas)
Poder	= Mëk'äjtën
Por favor	= May'yäjtën
Premio	= Aaxäjën o pëjkën
Préstamo	= Nu'kx (pedir prestado dinero). Aani'kyxy (prestar otras cosas)
Presión alta	= Koo pe'typy oy yë jikyyjoot pyuty (cuando el corazón palpita muy rápido).
Presión baja	= Koo ëtya'akyë oy yë jiiikyjoot pyuty (cuando el corazón palpita muy despacio).
Problema	= Jotmay
Propiedad	= Kë'ëmja'a (propio, de nuestra propiedad); aawinkujk, particular, mío o nuestro (de mi familia), de nadie más.
Propósito	= Tukniipë'ëmën, lo que se pretende hacer, lo que se tiene pensado o planeado realizar.
Protección	= Naa'yijx'itë, el cuidado.
Proveedor	= Meepyë-kajxpë, el que da, el que provee.
Pulso	= Wí'ix yë mne'pyny pyuty (como brinca tu sangre). Ne'pynypyujtën [lit.: el saltar la sangre].
Pus	= Kemyky



Español	Ayuuk
Raspón	= Ko'ts (raspar, curtir). Winko'tstuut (raspar una superficie o la cara)
Rasurar	= Ka'px. Ka'pxn, navaja, hoja de rasurar. Aaka'pxn, rastrillo.
Reacción	= Ja nyi'kx-kyopäjkë (Wi'ix ja pä'amjä'äy, mëpäätëpë ekë katiijë? ¿el paciente muestra mejoras con los medicamentos o no?). ¿Acepta su organismo? Kyopejkypy ja 'yää-jyootë? Ja nyi'kx-kyopäjkë?
Receta	= Nemy moo tsooy yäjkpa'ixyën (documento donde se da seguimiento a los medicamentos).
Recuerdo	= Jamyajtsën
Rebozo	= Kujwop
Recuperación	= Mëkpëjkk (doble k, recobrar fuerza, energía, vitalidad, salud). Se usa mëpäätëp para indicar que un enfermo grave está saliendo de un estado crítico).
Regaño	= Naa'yoowë
Relajar	= Po'kx (descansar)
Renta	= Ajëytyuk
Reposo	= Po'kx (descansar)
Respeto	= Wintsë'ken
Reúma	= Pojë
Rezo	= Käjpxtääk (rezar). Käjpxtë'ël (el rezo)



Español	Ayuuk
Riqueza	= Pëjкта'aky (pertenencias)
Risa	= Xiik (reirse)
Sacerdote	= Teety (padre)
Sábana	= Maatakñ winya'ap, con lo que se cubre la cama. Pejywyitni-pa'an (tela delgada para cubrirse).
Salado	= tä'äm̄ts
Saliva	= Tsujy, tsujy-anëë
Salud	= Oy'yäjt-mëk'äjtën (ser o estar saludable)
Saludo	= Käjpxpo'kxën
Sangre	= Ne'pyny
Sepelio	= Koo o'kpë nyäxtëkë
Síntoma	= Ijxën, jä'äwën (no es un difrasismo): señal, sentimiento (qué señales da, cómo se siente uno)
Silla de ruedas	= Unyaapyajtn tëkaampë (silla o asiento rodante)
Sol	= Xëëw
Soledad	= Ijxtëko'oy-jaytyëko'oyën ([lit.: perder de vista, perder el sentimiento], como difrasismo significa sencillamente 'el olvidado'. Estar Ijxtëkoy-jaytyëkoy es estar 'olvidado').
Sordera	= Nat (sordo). Nat'äjtën (el estar sordo)
Sueño	= Koomä'äy
Suicidio	= Naayäjk'ookë
Taparse	= Naanyipa'anë
Tartamudez	= Aatanë



Español	Ayuuk
Terapia	= Naapyu'utëkë (ayuda, apoyo)
Tinte para el cabello	= Kowääykyo'oyën
Te	= ujts në
Tierra	= Nääx
Tos	= Oj
Trabajo	= Tuunk
Trabajo colectivo gratuito	= kumuntyuunk (tequio)
Tranquilidad	= Akuujk'at-jotkujk'attë
Tristeza	= Mo'onën-tujkën
Vecino	= Mëëtëjk, mëjëën-mëëtëjk
Vejez	= Mëjä'äy'yat
Vencer la enfermedad	= Pá'ämmëëmaatääkk (poder con la enfermedad, ganarle a la enfermedad).
Venganza	= Yäjkwimpijtk, regresar, de volver (algo forzado porque depende de qué, ej. el vengar la muerte de alguien: yäjk'óokimpijtk.
Venda	= Wit mëti'ipë jä'äy naatyukpijtëpën
Veneno	= Tsooy (véase medicina).
Vergüenza	= Tsoytyu'un, ayo'on-tsoytyu'un
Vestirse	= Naaxyoxë
Vida	= Jiky'yäjtën
Vieja	= Mëjä'äy (persona). Tuk (prendas)
Vigilia	= tsunäjk (pasar la noche sin dormir)
Vista nublada	= Kene'jumumkäy



Español	Ayuuk
Viuda	= Koo'eeky (viudo(a), huérfano(a))
Viudez	= Naakyoo'ookë
Viudo	= Koo'eeky
Vivir con la enfermedad	= Pã'äm mëë'itë (permanecer en el tiempo con la enfermedad).
Vómito	= Ëëtsyë

Anexo 3

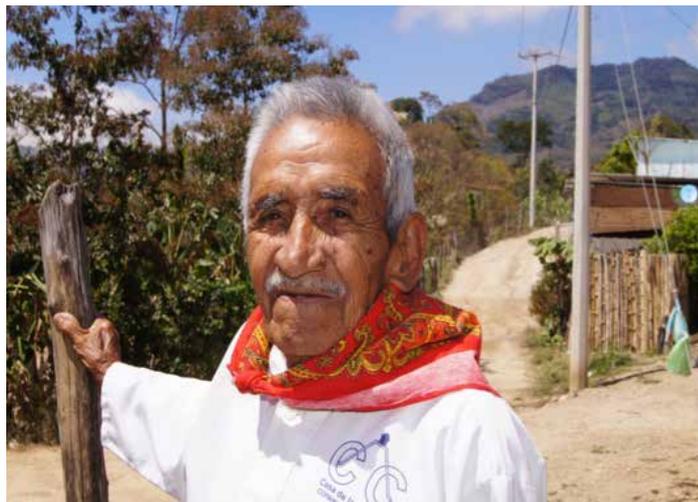


Registro fotográfico

Ancianos zoques



Don Luis Hernández
Aguilar, 85 años.
Copainalá, Chiapas.
Fotografía de L.
Reyes, 2015.





Doña María Fe Mancilla Heleria, 77 años.
Copainalá, Chiapas.
Fotografía de L. Reyes, 2015.





Doña Silvina González García, 82 años.
Copainalá, Chiapas.
Fotografía de L. Reyes, 2015.





Doña Irene Aguilar González, 74 años.
Rivera Miguel Hidalgo, Copainalá, Chiapas.
Fotografía de L. Reyes, 2015.



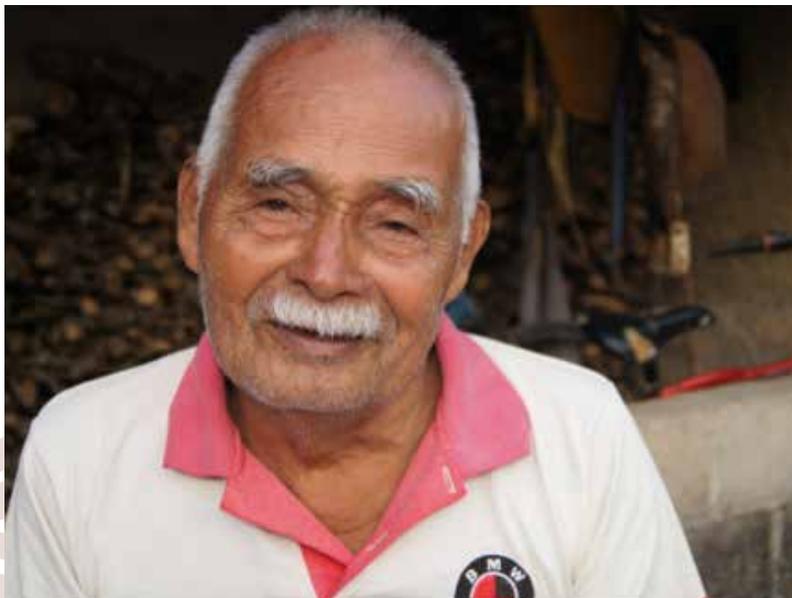


Don Efrén García Aguilar, 75 años y esposa doña Irene Aguilar González, 74 años.
Rivera Miguel Hidalgo, Copainalá, Chiapas.
Fotografía de L. Reyes, 2015.





Don Arnulfo González González, 85 años.
Rivera Miguel Hidalgo, Copainalá, Chiapas.
Fotografía de L. Reyes, 2015.





Doña Isabel Sánchez López, 82 años.
Rivera Miguel Hidalgo, Copainalá, Chiapas.
Fotografía de L. Reyes, 2015.





Doña Elpidia Hernández Muñoz, 79 años.
San Miguel Zacalapa, Copainalá, Chiapas.
Fotografía de L. Reyes, 2015.





Don Enrique González Jiménez, 88 años y doña Lucía Pérez Pablo, 80 años.
Rivera El Nuevo Naranjo, Luis Espinosa, Tecpatán, Chiapas.
Fotografía de L. Reyes, 2015.





Doña Martina Pérez Sánchez, 78 años.
Rivera El Nuevo Naranjo, Luis Espinosa, Tecpatán, Chiapas.
Fotografía de L. Reyes, 2015.





Don Lucio Pérez Pablo, 82 años.
Rivera El Nuevo Naranjo, Luis Espinosa, Tecpatán, Chiapas.
Fotografía de L. Reyes, 2015.





Doña María Engracia Jiménez López, 87 años.
Yomonó, Luis Espinosa, Tecpatán, Chiapas.
Fotografía de L. Reyes, 2015.



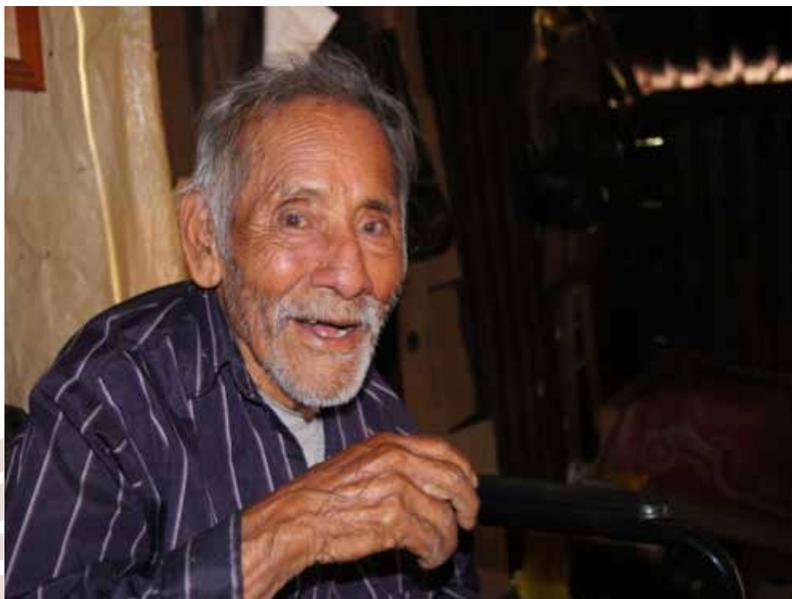


Doña Juanita Meza Pérez, 70 años.
Coapilla, Chiapas.
Fotografía de L. Reyes, 2015.





Don Juan Hernández Gómez, 92 años.
Tapalapa, Chiapas.
Fotografía de L. Reyes, 2015.





Doña Margarita Pérez García, 70 años y don Juan Hernández Gómez, 92 años.
Tapalapa, Chiapas.
Fotografía de L. Reyes, 2015.



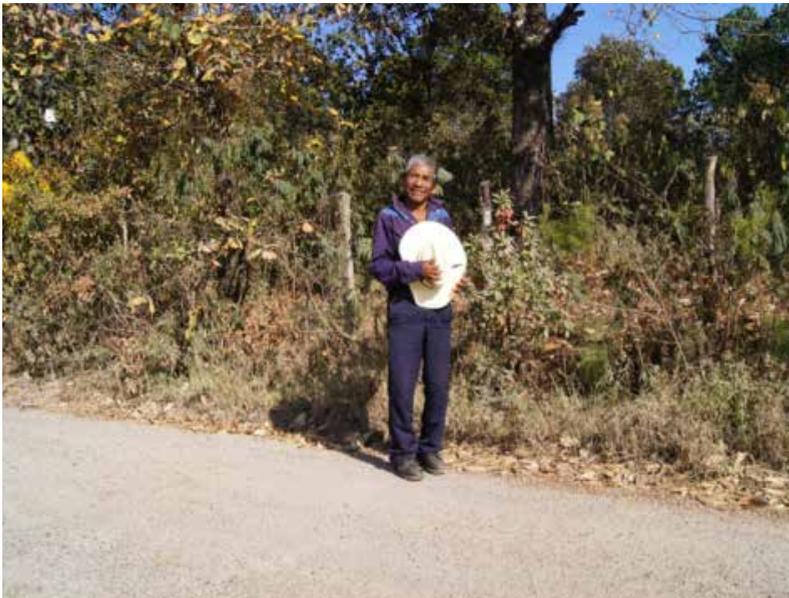


Don José López Pérez, 69 años.
Rayón, Chiapas.
Fotografía de L. Reyes, 2015.





Don Francisco Pérez Gómez, 69 años.
Jitotol, Chiapas.
Fotografía de L. Reyes, 2015.



Bibliografía



- Aguirre Beltrán, Gonzalo, 1953, *Formas de gobierno indígena*, Imprenta Universitaria. México.
- Arganis Juárez, Elia Nora, 2009, "Experiencia de envejecer con enfermedades crónicas", en Florencia Peña Saint Martin (Coordinadora) *Salud y sociedad: Perspectivas antropológicas*, PROMEP, Escuela Nacional de Antropología e Historia, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, pp. 31-51.
- Arroyo Rueda, María Concepción; Ribeiro Ferrerira, Manuel y Mancinas Espinoza Sandra Elizabet, 2011, *La vejez avanzada y sus cuidados. Historias, subjetividad y significados sociales*, Universidad Autónoma de Nuevo León. México.
- Barragán Solís, Anabella, 2009, "Cuerpo experiencial: El drama del dolor crónico", en Florencia Peña Saint Martin (Coordinadora) *Salud y Sociedad: Perspectivas antropológicas*, PROMEP, Escuela Nacional de Antropología e Historia, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, pp.263-286.
- Beauvoir, Simone de, 1983, *La vejez*, Edhasa, Barcelona.
- Bonfil Batalla, Guillermo, 2006, *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán. Un ensayo de antropología aplicada*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad Iberoamericana. México.

- Caso, Alfonso, 1971, *La comunidad indígena*, SEP-Setentas-Diana, México.
- Cervantes Ortega, Catalina e Idalia Illescas Nájera, 2010. "Programas sociales en el medio rural veracruzano", en Idalia Illescas y Marcela Rosas. (Coordinadoras) *Cultura alimentaria y vejez. Experiencias de trabajo comunitario*, Arana editores, Facultad de Nutrición, Campus Xalapa, Universidad Veracruzana, pp.143-172.
- Coheto, Cándido, 1986, "La organización social", en *México Indígena*, núm. 10, mayo-junio, pp. 4-5, México.
- Cowgill, Donald O. y Holmes Lowel D. (eds.), 1982, *Aging and Modernization*, Appleton-Century, New York.
- Díaz-Tendero Bollain, Aída, 2012. *La teoría de la economía política del envejecimiento. Un enfoque para la gerontología social en México*, El Colegio de la Frontera Norte, México.
- Diccionario Jurídico Mexicano*, 2009, Porrúa, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. P-Z, México.
- Fábregas, Andrés, 1987. "Las transformaciones del poder entre los zoques", en *Instituto de Ciencias y Artes de Chiapas*, Tercera época, núm. 1 (julio-diciembre), pp. 33-47.
- , 1993, "Una interpretación de la estructura de poder entre los zoques", en V. Esponda, S. Pincemin y M. Rosas (comps.), *Antropología mesoamericana. Homenaje a Alfonso Villa Rojas*, Tuxtla Gutiérrez, Instituto Chiapaneco de Cultura, Gobierno del Estado de Chiapas, pp. 289-301.
- Fericgla, Josep, 1992. *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*, Herder, España.
- Foster, George M., 1971, Cap. IX. "La salud y el equilibrio" en *Tzintzuntzan*. Fondo de Cultura Económica, pp. 182-191, México.
- Gómez Hernández, Antonio, 2009, "El ejido: diferenciación y estratificación social", en *Anuario de Estudios Indígenas XIII*, Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, pp. 299-328, México.
- Guerra Silla, María de Guadalupe, 2010, "El cuidador de enfermos con demencia", en *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplina-*

- ria, Instituto de Geriátría, Red temática Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social, pp. 249- 255, México.
- Guiteras Holmes, Calixta, 1988, *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*, Ciencias Sociales, Cuba.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2011a, INEGI, *Censo de Población y Vivienda, 2010*.
- , 2011b, *1990-2010 Serie histórica censal e intercensal*, INEGI, México.
- Lisbona Guillén, Miguel, 2004, *Sacrificio y castigo entre los zoques de Chiapas*, Ensayos 3, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste, UNAM, México.
- Mace, Nancy L. y Rabins, Peter V., 2011, *Cuando el día tiene 36 horas. Una guía para cuidar a enfermos con pérdida de memoria, demencia senil y Alzheimer*, Ed. Pax, México.
- Martínez Coria, Ramón, 1994, *Etnografías jurídicas de zoques y popolucas*, Cuadernos de Antropología Jurídica, núm. 10, INI, México.
- Mercado Martínez, Francisco Javier. 2002. *Entre el Infierno y la Gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*, Universidad de Guadalajara. México.
- Meyer, Jean, 1986, "Haciendas y ranchos, peones y campesinos en el porfiriato. Algunas fallas estadísticas", en *Historia de México*, núm. 3, pp. 447- 509, México.
- Neiburg, Federico G., 1988, *Identidad y conflicto en la sierra mazateca: el caso del consejo de ancianos de San José Tenango*, Colección Divulgación, INAH, ENAH, Ediciones Cuicuilco, México.
- Pantoja Palacios, Josefina, 2010, *Envejecer en la ciudad: pobreza, vulnerabilidad social y desigualdad de género en adultos mayores. Un estudio en la ciudad de León*, Promoción de la Cultura y la Educación Superior del Bajío, A.C., Universidad Iberoamericana León, México.
- Pelcastre Villafuerte, Blanca Estela, 2011, *Modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas*, Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- Treviño-Siller, Sandra; Pelcastre-Villafuerte, Blanca; Márquez-Serrano, Margarita, 2006, "Experiencias de envejecimiento en el México

- rural", en *Salud Pública de México*, vol. 48, núm. 1, pp. 30-38, México.
- Real Academia Española, 1984, *Diccionario de la Lengua Española*.
- Reyes Gómez, Laureano, 1988, "Introducción a la medicina zoque. Una aproximación etnolingüística", en *Estudios Recientes en el área zoque*, Villasana Benítez, Susana y Laureano Reyes Gómez, Universidad Autónoma de Chiapas, pp. 156-383, México.
- , 1995, *Antropología de un volcán. Migración y nutrición de comunidades zoques, a diez años de la erupción del Chichonal*, Tesis de Maestría, Escuela Nacional de Antropología e Historia, INAH. México.
- , 1999, "La vejez indígena. El caso de los zoques del noroeste chiapaneco", en *Papeles de población*, vol. 5, núm. 19, enero-marzo. 1999, Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 173-197, México.
- , 2002, *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque*, Instituto de Estudios Indígenas-UNACH, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste-UNAM, México.
- Reyes Gómez, Laureano y Ruperta Bautista Vázquez, 2007, "Ancianos indígenas en situación de mendicidad en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas", en *Anuario de Estudios Indígenas XII*, Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, pp. 163-179, México.
- Reyes Gómez, Laureano, 2010, "Jóvenes viejos, viejos jóvenes. Fronteras etarias y roles socialmente construidos", en *Anuario, CES-MECA 2008*, pp. 371-384, México.
- Reyes Gómez, Laureano y Susana Villasana Benítez, 2011, "Vejez en edad extrema. Un estudio de etnogerontología social", en *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, vol. 6, núm. 10, diciembre-mayo 2011, UNAM, pp. 217-249, México.
- 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*, Salgado de Snyder, V. Nelly y Wong, Rebeca, Editoras, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 123-151, México.

- Robles Silva, Leticia, 2006, "El cuidado de los ancianos: la feminización de la obligación filial", en *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*, Robles Leticia; Vázquez Felipe; Reyes, Laureano y Orozco, Imelda, Plaza y Valdés-El Colegio de la Frontera Norte, pp. 247-285, México.
- Robles, Leticia; Vázquez, Felipe; Reyes, Laureano y Orozco, Imelda, 2006, *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*, Plaza y Valdés-El Colegio de la Frontera Norte, México.
- Rowe, John W. y Kahn, Robert L., 1996, "Successful Aging", en *The Gerontologist*, vol. 37, núm. 4, pp. 433-440.
- Salvarezza, Leopoldo, 2000, "La capacitación en gerontología. Su importancia a través de un ejemplo institucional", en Leopoldo Salvarezza (Compilador), *La vejez. Una mirada gerontológica actual*, Paidós, pp. 146-166, Buenos Aires, Argentina.
- Sosa Delgado Pasto, Dra. Verónica, 2008, *Enfermedad de Alzheimer. Recuerdos que se desvanecen*, Consejo Médico para la Prevención de Enfermedades, México.
- Treviño Siller, Sandra; Pelcastre Villafuerte, Blanca; Márquez Serrano, Margarita, 2006, "Experiencias de envejecimiento en el México rural", *Salud Pública de México*, enero-febrero, vol. 48, núm. 1, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 30-38, Cuernavaca, Morelos, México.
- Trujillo de los Santos, Dra. Zoila Gloria, 2008, *Demencias. Enfoque familiar y médico*. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, México.
- Valdivia Dounce, María Teresa, 2002, "Normas jurídicas y sistemas de cargos mixes", en *Anales de Antropología*, vol. 36: 93-116, México.
- Vázquez Palacios, Felipe (Compilador), 2003, *Contando nuestros días. Un estudio antropológico sobre la vejez*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- Vázquez Palacios, Felipe, 2006, "Construcciones sociales de la vejez rural/urbana a partir de la experiencia religiosa", en Robles Leticia; Vázquez Felipe; Reyes, Laureano y Orozco, Imelda, *Mi-*

- radas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*, Plaza y Valdés-El Colegio de la Frontera Norte, pp. 183-219, México.
- 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, Tuxtla Gutiérrez. Chiapas, México, 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, México, pp. 15-29.
- Villasana Benítez, Susana, 1995, *Identidad étnica entre los zoques de Chiapas. Estudio comparativo*, Tesis de Maestría, México: ENAH.
- Villasana, Susana y Laureano Reyes, 2006, *Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores indígenas de México*, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, México.
- Villasana Benítez, Susana, 2014, "Discapacidad y servicios de salud de la población adulta mayor en Chiapas", en Villagómez Valdés, Gina y Ligia Vera Gamboa, *Tercera edad. Múltiples perspectivas y retos para el futuro*, Coordinadoras, Universidad de Colima, PIFI 2014, APAUADY, pp: 53-71.

Consulta en línea

- Aparicio Pérez, Trinidad, 2008. "La crisis de los cuarenta". Disponible en línea:
http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=9478&-TIPO_CONTENIDO=Articulo&ID_CATEGORIA=103893
(Consultado el día 30 de octubre de 2012).
- Canal de noticias del INGER. "Tres de cada 10 adultos mayores no existe legalmente"
<https://snt146.mail.live.com/?tid=cmeBjFmZel5BGfuAAiZ-MLBXA2&fid=flinbox>

- (Consultado el día 26 de enero de 2015).
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) División de Población. "Los adultos mayores en América latina y El Caribe. Datos e indicadores" (2002), Disponible en línea: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN003.pdf>
(Consultado el día 15 de agosto de 2012).
- CONAPO, *Indicadores demográficos básicos 1990-2010*. Disponible en línea: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores_Demograficos_Basicos_1990-2010
(Consultado el día 19 de febrero de 2013).
- CONEVAL 2010. Pobreza 2010. Porcentaje de la población en pobreza según entidad federativa, 2010 Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/pobreza_2010.es.do
(Consultado el día 1 de julio de 2012).
- Diccionario Médico. Definiciones de términos médicos*. Disponible en línea: <http://www.diccionario-medico.com.ar/agerasia-p-36.html>
(Consultado el día 26 de octubre de 2012).
- "Festegan haber elevado a rango constitucional el programa AMANECER". Boletín 2106. Disponible en línea: <http://www.portal.chiapas.gob.mx/prensa/boletin/festegan-haber-elevado-a-rango-constitucional-el-programa-amanecer>
(Consultado el día 1 de julio de 2012).
- Galindo, Carlos y Fernanda López, 2008, "¿Qué tanto vivimos los mexicanos?". Disponible en línea: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/05.pdf>
(Consultado el 5 de septiembre de 2009).
- González García, Alicia 2012 "Antojos durante el embarazo; mito o realidad". Disponible en línea:

<http://www.onsalus.com/antojos-durante-el-embarazo-mito-o-realidad/166/articulo>

(Consultado el día 10 de octubre de 2012).

González, Román. "México, país de viejos en los próximos años. CONAPO". Disponible en línea:

<http://www.cimac.org.mx/noticias/semanal01/s01080401.html>

(Consultado el día 1 de julio de 2012).

Gutiérrez Robledo, Luis Miguel y Caro López, Elizabeth, "México en el umbral del envejecimiento", *Este País*. Disponible en línea:

<http://estepais.com/site/2013/mexico-en-el-umbral-del-envejecimiento/#sthash.KYZEAcss.6mR6ypMI.dpf>

(Consultado el día 17 de febrero de 2015).

INEGI. "Esperanza de vida por entidad federativa, 2014", en *Esperanza de vida*. Disponible en línea:

<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

(Consultado el día 17 de febrero de 2015).

La medicina tradicional de los pueblos indígenas de México. Guicha.

Disponible en línea:

http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/pueblos.php?l=2&t=chontal_de_oaxaca&demand=guicha&orden=7&v=m

(Consultado el día 5 de febrero de 2015).

Opinión Médica. ¿Cuáles son los niveles normales de glucosa? Disponible en línea:

<http://opinionmedica.com/noticia.cfm?n=112#axzz2ASLoFAKe>

(Consultado el día 26 de octubre de 2012).

Posada Hurtado, Eduardo 2000, "Los antojos de las mujeres embarazadas". Disponible en línea:

<http://aupec.univalle.edu.co/informes/diciembre00/embarazadas.html>

(Consultado el día 04 de octubre de 2012).



"¿Qué es bueno conocer sobre los cuadros de demencia?" Disponible en línea:

http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_pacientes/Qu%C3%A9%20es%20Bueno%20Conocer%20sobre%20los%20Cuadros%20de%20Demencia.pdf

(Consultado el día 9 de febrero de 2013).

Ramírez Vargas, José Luis, "Día Internacional de las personas adultas mayores". Disponible en línea:

<http://biblioteca.mty.itesm.mx/node/1367>

(Consultado el día 1 de julio de 2012).

Registro de Nacimientos Extemporáneo (Mayores de 18 años Vía Administrativa). (Consultado el día 20 de junio de 2012).

Reyes Gómez, Laureano, "Notas acerca del maltrato inflingido a ancianos en Chiapas". Disponible en línea:

http://www.gerontovida.org.ar/download/pdf/sig/el_maltrato_chiapas.pdf (Consultado el día 19 de febrero de 2013).

Serrano Carreto, Enrique, 1995, "Los ancianos en los pueblos indígenas de México", 7 págs. Disponible en línea.

http://estepais.com/inicio/historicos/51/14_Ensayo5_Los%20ancianos%20en%20los%20pueblos_Serrano.pdf

(Consultado el día 11 de febrero de 2014).

Traductor castellano - Diidxazá (zapoteco del Istmo). Disponible en línea:

http://www.biyubi.com/did_consulta.php?p=menor

(Consultado el día 20 de febrero de 2013).