

terceros para su sobrevivencia y atención personal. También se es viejo disfuncional cuando, por efectos de la edad avanzada, la salud está muy deteriorada por padecimientos crónicos y degenerativos (sordera, ceguera, parálisis, “aire” en el corazón, etc.), y sólo se espera morir.

El mayor *status* social en la vejez, en el papel de “principal”, puede ser alcanzado al final de la media vejez, y puede prolongarse hasta la vejez-completa funcional. A medida que la edad avanza y la salud se deteriora y sobre todo si el individuo pierde toda capacidad laboral y por tanto productiva, pierde también *status*. Un viejo-completo disfuncional por muy rico que sea, pierde *status*, y sólo se espera o se acelera su muerte para que sus bienes pasen a ser disputados, y, en el peor de los casos, es despojado.

La diferenciación sexual y la conquista del *status* favorece al hombre, poniendo en desventaja a la mujer ya que ésta sólo comparte el *status* social del marido. Existen espacios reducidos para que a la mujer le sean reconocidos sus méritos, uno de ellos es el ejercicio de la medicina conocida como “tradicional”, en especial la practicada por la partera. El prestigio social de la partera es dirigirse a ella como *oko*, abuela, en términos reverenciales.

Contraria a la literatura antropológica en el sentido de ver en los viejos el poder gerontocrático como una tendencia homogénea y gozar de alto *status* social, vemos que los viejos autoperciben la vejez con más marcas estigmatizadas que de virtudes. La vejez es percibida por los actores sociales como una etapa “triste y de sufrimiento” por las implicaciones sociales que tiene el hecho de ser viejo. La pérdida de roles importantes en la vejez al ser considerado improductivo y enfermo; la marginación y segregación de que son objeto por ser considerada la vejez como un fase etaria de menor importancia jerárquica por estar asociada a la muerte, la obsolescencia de conocimientos y tener ideas atrasadas; de percibirse feo y con “tufo de viejo”, enfermo, acabado e inútil. Se es viejo

con alguna importancia sólo en tanto se es productivo, fuerte, autosuficiente, respetuoso, culto, honrado y se cuenten con propiedades para asegurar la vejez en la senectud. En una economía pobre, de agricultura de subsistencia, sólo sobrevivirán los más fuertes y aptos; en cuanto dejan de ser útiles, prácticamente se les deshecha, para hacer frente a una vida que requiere el concurso de los más fuertes, en quienes está encomendada el sostén económico de la familias: los adultos, aquellos que son el soporte de la casa, o como dicen los zoques, “la columna vertebral de la casa, del hogar”. En conclusión podemos decir que la veneración del viejo en comunidades indígenas, al menos para el caso zoque, ya es sólo un mito; ahora es devaluado socialmente por cuestiones de edad avanzada por las implicaciones que acarrea el deterioro progresivo de la salud.

Finalmente, aunque es difícil de decir, el viejo deja de ser, de acuerdo a la autopercepción del grupo, “hermoso”, pues la autodenominación étnica de *o’de pot* (los verdaderos hombres, los hermosos) hace referencia al grupo etario desde el momento en que se contrae matrimonio, hasta la edad “maciza”, excluyendo de tal categoría, al viejo. La vejez va acompañada con la fealdad, pues en la opinión de los zoques el cuerpo se “desfigura”, además de volverse achacoso.

Hasta aquí hemos visto los grandes eventos que marcan el paso a la vejez y los diferentes grados de vejez que se perciben, los *status* social en cada una de las fases de la vejez, y los estigmas y las virtudes que implican el hecho de ser viejo. En el siguiente capítulo veremos el perfil epidemiológico en la vejez, que nos da a conocer de qué enferman los viejos zoques y cuál es la cobertura de servicios de salud a las que tienen acceso.

CAPÍTULO IV

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA VEJEZ

Introducción

El presente capítulo tiene el interés de conocer cuál es el perfil epidemiológico de la población en estudio, considerando la marginación y pobreza en que viven los viejos, no sólo al interior de la familia y la comunidad, sino también de los servicios de salud a los que tienen acceso. La información estadística proviene de los servicios de salud del IMSS, institución que brinda cobertura en las comunidades indígenas de nuestra región en estudio. Lamentablemente los registros de atención al paciente no están desagregados por sexo después de los 45 años,³⁶ pues sólo concentra el número de consultas atendidas a partir de esa edad en un sólo bloque por número y causa de atención; esto obedece, entre otras cosas, a que los programas prioritarios de salud están dirigidos principalmente a la atención materno-infantil, por considerarse como un gran sector de riesgo; la información epidemiológica a partir de los 45 años se registra sin diferenciación sexual en las concentrados estadísticos. Sólo las causas de mortalidad aparecen pormenorizadas por edad y sexo.

H. San Martín (*op cit.*:490), al hablar sobre la higiene de la senectud y de la senilidad, distingue el concepto de vejez fisiológica o normal, del concepto de lo que es patológico. Al respecto dice: “Sabemos, con cierta relatividad, cual es la normalidad para el niño, y para el adulto. Pero no lo sabemos igualmente para el anciano. Hay que distinguir el concepto de vejez fisiológica o normal (senectud y senilidad), o sea el

³⁶ Desde el punto de vista fisiológico, entre los 45 y 50 años de edad es posible que en esta época se inicie, insidiosa o bruscamente, la menopausia en la mujer, marcada primero, con alteraciones en el ciclo menstrual. El climaterio en la mujer es más marcado que en el hombre. A menudo va acompañado de crisis vasomotoras y de disturbios emocionales. *vid* San Martín (1981:486 Ss.).

proceso normal de involución tisular, del concepto de lo que es patológico... la gerontología se ocupa del proceso normal de envejecimiento y la geriatría estudia la morbilidad del anciano y su atención”. Nuestro trabajo, dada las características de la investigación, está más cargado al aspecto gerontológico, básicamente al estudio de los diferentes procesos mórbidos a los que está expuesto el viejo en situaciones de pobreza y marginación extremas y a las principales causas de muerte, según registro hospitalario.

Con el referente anterior, la información contenida en este capítulo se presenta bajo la siguiente estructura: a) los viejos como grupo vulnerable, b) el perfil epidemiológico hospitalario, c) cobertura de atención, y d) conclusiones del capítulo.

A) Los viejos como grupo vulnerable

La epidemiología gerontológica clasifica al grupo etareo que se encuentra en la vejez como de alto riesgo de enfermedad y muerte, que por su edad avanzada está expuesto a mayor riesgo al ataque de una combinación de factores adversos que aceleran el deterioro de la salud y la dependencia. El deterioro de las funciones fisiológicas, la menor resistencia a las enfermedades y los cambios patológicos tienden a acumularse y perdurar, de modo que un gran número de afecciones en ese período es fatal, crónico o recurrente. Debe esperarse que los pacientes muestren ansiedad y la depresión resultante cuando temen a esos enormes efectos (Susser, M. Y William W., 1982:617). Aunque las enfermedades crónicas degenerativas están asociadas a la vejez, no son exclusivas de esta etapa etarea, lo que sucede es que su frecuencia es mayor de los 40 años de edad, así como el grado de invalidez que producen es más intenso con la edad.

Para el anciano hay tres peligros terribles: enfermedad, soledad y pobreza. Cuando éstas tres causas se conjugan los viejos prácticamente son vistos y también se

autoperciben muchas veces como “inservibles”. Así, por ejemplo, un estudio del envejecimiento en Chile, que se dió a la tarea de evaluar las condiciones de vida de personas mayores de 65 años, retiradas de las actividades productivas, señala: “El impacto psicológico que causa el retiro del trabajo afecta más a los hombres, para quienes quedarse en casa significa constituirse en un estorbo para los demás, no tener nada que hacer, aburrirse y desvalorizarse como individuo. El impacto económico afecta más a las mujeres, puesto que la mayoría de ellas dependen económicamente del cónyuge y al quedar viudas sus pensiones y montepíos son aún mucho menores que las jubilaciones” (Barros, L., 1989:47).

Es natural que el viejo tenga temor a contraer cualquier enfermedad, pero es indudable que hay ciertos padecimientos que lo atacan con mayor frecuencia, y que parecen propios de la vejez (aun cuando no lo son). 1- Enfermedades cardiovasculares: enfermedades hipertensiva, arteriosclerosis, enfermedad cardiaca, anemias; 2- enfermedades del metabolismo: anemias, diabetes, trastornos del tiroides, gota, insuficiencia renal, obesidad, climaterio; 3- atropatías y reumatismos; 4- neoplasmas; 5- problemas relacionados con la esfera mental y con la convivencia: arteriosclerosis cerebral, atrofia senil (psicosis y demencia senil), desadaptación social (San Martín, *op cit.*:490-492). El problema de salud del viejo será sin duda más terrible si además, combina la soledad y la pobreza, muy a menudo frecuentes en esa etapa etaria debido a la atención que demandan, sobre todo si se vuelven dependientes.

En términos estrictamente clínicos se puede reconocer la vejez por los cambios en la piel, el pelo, la constitución corporal y las funciones fisiológicas. Los cambios psicológicos en la actitud, la memoria, la rapidez de comprensión y el enfoque en la solución de problemas acompañan los cambios físicos. Un indicador para medir la salud general en los ancianos ha sido la capacidad que tengan para el movimiento; así, después de los 75 años (principalmente en las sociedades industrializadas) una proporción cada

vez mayor de ancianos padecen una restricción de la movilidad física, y después de los 80 años un gran número queda confinado en el hogar.

Padecimientos del corazón, cerebro-vasculares, pulmonares, la diabetes, el cáncer, disminución de las funciones sensoriales, la energía muscular y del movimiento de las articulaciones, las incontinencias tanto urinaria como intestinal, dolor de los pies, los disturbios mentales, etc., serán comunes para la limitación de la movilidad (*op. cit.*:612). Asimismo, pierden la postura erecta, padecen descalcificación, sufren vértigo y están más propensos a sufrir caídas que causan lesiones o fracturas a los huesos que se vuelven más frágiles.

El anciano nunca sabe qué es lo que pasará ni cuándo. Sus padecimientos al ser sistemáticos y las enfermedades crónico-degenerativas, las incapacidades e invalidez de las funciones corporales se convierten en el centro de su vida. Para añadirse como corolario el hecho de que la ciencia médica no le ofrece ninguna “cura” (Robles, S., *et al.* 1996:38); la mayor de las veces, sólo el control de algunos padecimientos.

Podría esperarse que la población que llega a la vejez lo haga con un algún deterioro de salud, o al menos no en óptimas condiciones. Por tal motivo es preciso caracterizar al grupo etareo en la vejez, haciendo énfasis en el perfil epidemiológico como propenso no sólo a contraer enfermedades sino a desarrollarlas, motivo por el cual se convierte en población de riesgo en morbi-mortalidad. Es frecuente que el anciano presente varias enfermedades simultáneamente y que éstas se relacionen e influyan mutuamente perjudicando aún más al organismo (San Martín, *op. cit.*:491).

La epidemiología registra que en un medio “primitivo” permanece más o menos constante el riesgo de muerte en cada edad después de los primeros años de vida, sin embargo, la vulnerabilidad es cada vez mayor en los adultos cuando se eliminan las

causas de la muerte en la infancia y los primeros años; aunque en el caso particular de México, y en especial de Chiapas, la población de edades avanzadas sigue muriendo de enfermedades infecciosas, principalmente las intestinales. Pero la prioridad de servicios sanitarios, para el caso chiapaneco, está dirigido a la población materno-infantil, independientemente que en la vejez se presenten cuadros mórbidos muy diferentes que de otros grupos de riesgo. Sin embargo, la población de viejos (mayor de 60 años) constituye una minoría que no pasa del 5% del total de la población estatal, y 4.54% del total regional.

No sólo para el caso chiapaneco es aplicada la política sanitaria en referencia sino, de hecho, es extensivo para los países pobres. La vigilancia epidemiológica está centrada en atender al grueso de la población en políticas sanitarias bien definidas, por ejemplo: esquemas de vacunación, planificación familiar, atención de enfermedades infecto-contagiosas y medidas de prevención y control de epidemias, básicamente. El resto, que es la minoría (de 45 y más años), sólo reciben atención primaria, los servicios especializados para este sector poblacional resultan muy costosos y desde luego no son vistos como prioritarios.³⁷

La atención en servicios de salud a la población envejecida conjuga cuestiones de carácter ético y económicas básicamente. Por un lado, el interés económico, por la productividad que representa, está puesto en la población joven; invertir en la salud de los viejos además de costoso, no se ve en términos productivos a ningún plazo. En la opinión de Fericgla (1992:73), refiriéndose a las sociedades industrializadas opina que, según el paradigma básico de nuestras culturas, y a partir del *ethos* materialista dominante, podemos afirmar que el ser humano es medible en dinero, y la edad de cualquier individuo es una de las determinantes básicas para establecer su precio, lo que

³⁷ Los hospitales, en el estado, no cuentan con geriatras. Para acceder a la atención privada, sólo existe uno, en la capital del estado.

de muerte a medida que crecen las personas (Susser, M. Y William, *op. cit.*:599). De hecho, la vejez es el último tramo del curso de vida, y que nuestras sociedades mantienen en una cierta categoría tabú por su relación con el deterioro biológico y la muerte (Fericgla, J., 1992:13), al relacionar la morbilidad, igual que la mortalidad, como una medida o un índice de la senescencia que se lleva pronunciadamente con la edad.

La población envejecida llega a vivir sus últimos años de vida en condiciones de salud de deterioro, sin embargo, los riesgos que corre un individuo varían con su nivel socioeconómico y otros aspectos de su posición en el sistema social. Las enfermedades crónicas que producen incapacidad y que son frecuentes entre los ancianos muestran una prevalencia mucho mayor entre los grupos de bajos ingresos y las clases sociales bajas que entre las altas (Susser, M. y William W., *op. cit.*:52). En ambos grupos se presentan desigualdades, unos tienen mayor posibilidad de atención que otros.

Con estos antecedentes las pocas personas que pueden llegar a la vejez, estaremos hablando del sector poblacional, producto de una selección biológica, del más fuerte y apto, que ha logrado la supervivencia psicobiológica a edades “avanzadas”, que han resistido y afrontado con relativo éxito diversos padecimientos en las etapas de la vida. Con las características señaladas anteriormente, estaríamos hablando de una población de viejos propia de una sociedad agrícola, hortícola y ganadera, semisedentaria o sedentaria (Fericgla, *op. cit.*:52). Para el caso chiapaneco, de un grupo indígena contemporáneo con alto índice de marginación y pobreza, inmerso en una economía desigual en compleja interacción con el resto de la sociedad tanto nacional como internacional.

B) El perfil epidemiológico hospitalario

¿De qué enferma el viejo en la comunidad indígena contemporánea?, ¿dónde es atendido cuando enferma?, ¿qué lo ayuda a no morir?, ¿de qué muere?. Estas y otras preguntas requieren ser contestadas para conocer cuál es el perfil epidemiológico de la población en estudio. Para dar respuesta a éstas interrogantes, la información está dividida en tres partes: padecimientos transmisibles, enfermedades no transmisibles y principales causas de muerte hospitalarias.

Como quedó asentado en el capítulo II, el estado de Chiapas tiene el primer lugar de marginación a nivel nacional, donde el nivel de vida de la mayoría de sus pobladores es comparable solamente a regiones del orbe gravemente afectadas por prolongadas sequías o equiparables a las secuelas de devastadoras guerras. Por otro lado, el nivel de pobreza de sus habitantes motivó, en buena medida, la insurrección armada de grupos indígenas en enero de 1994, en busca de su liberación y un trato más igualitario que el resto de los mexicanos; movimiento que hasta la fecha perdura. Todos estos antecedentes sirven de marco referencial para contextualizar el perfil epidemiológico de pueblos que viven en la pobreza extrema, como es el caso del grupo étnico en cuestión.

Es importante también tomar en cuenta que las instituciones de salud registran sólo aquellos padecimientos que oficialmente tienen autorizado dar a conocer, ocultando o renombrando la incidencia de padecimientos “oficialmente erradicados” como la poliomiélitis, el paludismo, entre otros. Asimismo, registran bajo otro nombre los brotes de cólera (*vibrio cholerae*); el sarampión, la desnutrición severa, etc. Considerando todos estos factores, pasemos a conocer el perfil mórbido de la población en estudio.

Cuadro No. 1/cap IV

DIEZ PRINCIPALES ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. 1996. REGION ZOQUE NOROESTE CHIAPANECO. GRUPO DE 45 AÑOS Y MAS.			
No.	PADECIMIENTO	CASOS	%
01-	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	2194	52.61
02-	AMIBIASIS.....	812	19.47
03-	TENIASIS	254	6.09
04-	ENTERITIS.....	215	5.15
05-	ASCARIASIS.....	142	3.40
06-	SARNA.....	95	2.27
07-	SALMONELOSIS.....	91	2.18
08-	TIÑAS.....	90	2.15
09-	TUBERCULOSIS PULMONAR.....	22	0.52
10-	OXIURIASIS.....	13	0.31
11-	OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.....	242	5.80
TOTAL DE CASOS		4170	99.95

Fuente: Hospital de Campo, IMSS. Bochil, Chiapas.

No sólo los viejos, sino en general, cuando una persona enferma, recibe atención primero al interior del núcleo familiar o se automedica; si el paciente no observa mejoría se ocurre, generalmente, a los servicios del terapeuta local “tradicional” (curandero, sobador, yerbero, adivino, etc.). También se acostumbra pedir la opinión de los boticarios de la comarca o del comerciante local que sugiera el tratamiento a seguir, por lo regular es recomendada la administración de algún fármaco. Agotado los recursos primarios de atención “tradicionales”, y dependiendo de los apoyos familiares para la atención del paciente, se asiste, prácticamente como último recurso, a los servicios oficiales de salud, aunque una vez que han comprobado la eficacia de la medicina “moderna”, la incorporan rápidamente al sistema de tratamiento como una opción paralela o complementaria a la atención de algún tratamiento “tradicional”.³⁸

³⁸ Para conocer con más detalle la respuesta sociocultural que tiene el viejo ante la enfermedad, véase el capítulo V, específicamente la sección de *la carrera del enfermo viejo*.

El primer nivel de atención es brindado en prácticamente todas las comunidades con una población mayor a mil habitantes. Sólo cuando el paciente requiere de atención especializada básica, hospitalización y estudios de laboratorio y gabinete, es turnado a los Hospitales de Campo de segundo nivel de atención. Generalmente el viejo llega a los servicios hospitalarios con la enfermedad muy avanzada y temeroso de morir fuera de su comunidad y de los suyos. Los tipos de padecimientos así lo demuestran.

El cuadro número uno de las enfermedades infecciosas es dramático. Como en todos los procesos biológicos, los factores sociales y económicos que condicionan el nivel de vida de la población influyen mucho en el proceso de transformación de las características de la enfermedad infecciosa, pero es innegable también que ellos son sólo factores favorecedores o adversos de una transformación inevitable que el fondo es biológica y que afecta tanto al microbio como al hombre (San Martín, *op. cit.*:271).

Como quedó dicho al principio del capítulo, los servicios de salud están dirigidos a la atención materno-infantil y sobre todo, a la atención primaria. Los datos epidemiológicos así lo evidencian. Las infecciones respiratorias agudas (IRA) ocupan el primer lugar de atención, con un 52.61% del total de casos. La suma de enfermedades gastrointestinales y parasitarias (amibiasis, teniasis, enteritis, ascariasis, salmonelosis y oxiuriasis) ocupan el segundo lugar de atención, con un 36.61%. Llama poderosamente la atención que el “viejo” demande atención por causa de sarna (2.26%), dato que evidencia el abandono y desatención en la higiene en que vive. De igual manera, las tiñas (micosis del cabello, piel y uñas) lo demanda el 2.15% de la población de viejos. La tuberculosis pulmonar es la décima causa de enfermedades transmisibles, aunque es la más baja (0.52), es preocupante por ser altamente contagiosa y propia de un ambiente sanitario de precarias condiciones.

La epidemiología de las enfermedades infecciosas presenta características diferentes de una población a otra por razones de susceptibilidad e inmunidad, por cuestiones de clima y adaptación a vectores diferentes, por diferencias de nivel de vida de los pueblos. Hay muchos factores sociales que influyen mucho sobre la aparición o persistencia de las enfermedades infecciosas; son factores económicos, políticos, sociales y aún, en muchos casos, de orden religioso (San Martín, *ibid.*:310).

Sin embargo, para el caso particular de los zoques y en general para el estado de Chiapas, obedece principalmente a la marginalidad en que viven y a la desatención de que son objeto los viejos, cuando enferman. La pobreza extrema en que viven es evidente; entre otras características sanitarias están la falta de agua potable a la mayoría de la población, el hacinamiento de las tres cuartas partes de los habitantes, más del 40% de las viviendas no cuentan con drenaje ni excusado, más de la mitad de las viviendas tienen piso de tierra y los hábitos de alimentación son deficientes, entre otros muchos factores. Todo esto significa un grave perjuicio para el individuo y para la sociedad, daño que se agrava más cuando se considera que todas estas enfermedades son evitables y constituyen, por lo tanto, una carga innecesaria para la humanidad (San Martín, *ibid.*:311). Todos estos padecimientos son conocidos como patología de la pobreza, e incluso algunas de ellas, como la sarna y la tuberculosis se consideran como erradicadas y producto de problemas serios de sanidad.

A continuación veremos el cuadro que sintetiza los diez principales padecimientos no transmisibles, registrados en la región zoque del noroeste de Chiapas.

Cuadro No. 2/capIV

DIEZ PRINCIPALES ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. 1996. REGION ZOQUE NOROESTE CHIAPANECO. GRUPO DE 45 AÑOS Y MAS.		
No. PADECIMIENTO	CASOS	%
01- INFECCIONES VIAS URINARIAS.....	537	17.89
02- ARTRITIS REUMATOIDE.....	437	14.56
03- CARIES DENTAL.....	413	13.76
04- DORSOPATIAS.....	326	10.86
05- HIPERTENSION ARTERIAL.....	301	10.02
06- HERIDAS.....	221	7.36
07- ANEMIAS.....	216	7.19
08- DIABETES MELLITUS.....	149	4.95
09- CONTUSION.....	139	4.63
10- DERMATITIS (ALERGIAS, AGENTES QUIMICOS).	122	4.06
11-OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	140	4.66
TOTAL DE CASOS	3001	99.94

Fuente: Hospital de Campo, IMSS. Bochil, Chiapas.

La primera demanda de atención la constituyen las infecciones de las vías urinarias (17.89%), padecimiento que, de acuerdo a la opinión de los médicos, afecta principalmente a mujeres. Después de las infecciones de la vías urinarias, la artritis reumatoide (14.56%) le sigue en orden de importancia. En la opinión de los especialistas, el reumatismo se ha constituido en uno de los problemas médico sociales más importantes para el hombre, porque es la más común de las enfermedades invalidantes del adulto. Agrava esta situación el hecho de que su prevención y tratamiento son todavía precarios (*ibid.*:529). Sin considerar el alto costo de tratamiento y, sobre todo, los cuadros neurálgicos que le acompañan.

La tercera demanda de atención son los problemas de caries dental (13.76%). Las dorsopatías (10.86%) ocupan el cuarto lugar de atención. Los achaques del viejo se complican cuando la hipertensión arterial, que ocupa ya el quinto lugar de los padecimientos más importantes, hace presencia con un 10.02% de demanda en su

atención. Por lo general estos padecimientos son crónicos y degenerativos que avanzan con la edad.

Por cuestiones prácticas, sumamos el número de casos de atención de la heridas (sexto lugar, 7.19%) y las contusiones (noveno lugar, 4.63%), para incluirlos en un sólo bloque, relacionándolo o asociándolo no sólo a accidentes, sino también a lo expresado en el capítulo tres, referente al maltrato al viejo, tanto el castigo corporal autoinflingido, la inducción al suicidio y el castigo físico directo por parte de un tercero, hacia el viejo. De igual manera sumamos las anemias (séptimo lugar de atención, 7.19%) y la diabetes mellitus, (octavo lugar, 4.95%) asociándolos a los malos hábitos de alimentación, y como una respuesta, principalmente de la anciana, cuando se siente inútil, disminuye gradualmente la cantidad de sus alimentos para acelerar sus padecimientos y alcanzar la muerte por hambre.

Finalmente, la décima causa de enfermedades no transmisibles lo constituyen las dermatitis (4.06%), como respuesta a cuadros alérgicos principalmente por agentes químicos (insecticidas, herbicidas, abonos químicos, etc.) que algunos campesinos aplican en sus cultivos o cuando se emplean como jornaleros en diversas plantaciones o en el cuidado de ganado vacuno.

A continuación veremos las causas de muerte hospitalaria registradas en un año, considerando la principal causa de muerte. Hemos agrupado las principales causas de muerte y dividido según sexo .

Cuadro No. 3/cap IV

DEFUNCIONES EN 1996. HOSPITAL DE BOCHIL. 60 AÑOS Y MAS. PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE, POR SEXO.				
No.	PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE	EDAD	SEXO	
			M	F
01-	CARDIOPATIA ISQUEMICA	70		F
02-	HIPERTENSION ARTERIAL	62		F
03-	BLOQUEO AURICULO-VENTRICULAR	60	M	
04-	NEUMONIA BASAL DERECHA	72	M	
05-	NEUMONIA BASAL IZQUIERDA	95	M	
06-	NEUMONIA MICOTICA	60	M	
07-	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	77		F
08-	CIRROSIS HEPATICA	80	M	
09-	CIRROSIS HEPATICA	72		F
10-	INTOXICACION ALCOHOLICA	67	M	
11-	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	72	M	
12-	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	64	M	
13-	EDEMA AGUDO PULMONAR	88		F
14-	DIABETES MELLITUS	68		F
15-	DIABETES MELLITUS	75		F
16-	DESNUTRICION SEVERA	80		F
TOTAL: 8 HOMBRES Y 8 MUJERES				

Fuente: Hospital de Campo, IMSS. Bochil, Chiapas.

En 1996 el Hospital de Campo de Bochil registró un total de 16 muertes hospitalarias de personas mayores de 45 años: ocho hombres y ocho mujeres. El promedio general de edad al morir fue de 72.62 años. Sin embargo, distinguiendo por sexo, los hombres registran un promedio de 71.25 años al morir, y las mujeres, 74. Las principales causas de muerte las podemos distribuir en cuatro grandes grupos: enfermedades del corazón, enfermedades respiratorias, enfermedades del hígado y alteración del metabolismo.

La mayoría de las causas principales de muerte la constituyen los problemas respiratorios (3 casos de neumonía y 3 más de edema pulmonar agudo), resultando más afectos los hombre que las mujeres. Le sigue, en orden de importancia, problemas asociados básicamente al alcohol, malos hábitos dietéticos, entre otros, que conduce a la atrofia del hígado: la cirrosis hepática, afectando por igual tanto a hombres como a mujeres.

En tercer término aparecen las enfermedades del corazón, con tres casos, afectando más a las mujeres. Finalmente, y como dato de sumo interés, se registraron tres casos de muerte por problemas de metabolismo traducidos a diabetes mellitus y desnutrición severa, todos ellos recayeron en el sector femenino. Esta información apoya lo reiterado en el capítulo tres y en el apartado de enfermedades no transmisibles de este capítulo, donde se hace énfasis en que las viejas son inducidas al suicidio cuando se consideran una carga para la familia, para lo cual disminuyen gradualmente la cantidad de alimentos para acelerar su enfermedad y provocar su muerte por inanición. La edad de muerte en éste sector justamente ocurrió entre los 68 y 80 años de edad. Todos estos datos corroboran el castigo autoinfligido y la inducción al suicidio de que son objeto las mujeres. Resulta incómodo y vergonzoso decirlo, pero en Chiapas, hoy día, la vieja muere básicamente de hambre o diabetes mellitus; el viejo, de neumonía o cirrosis hepática.

B) Cobertura de atención

Para la atención en salud de grupos marginados indígenas en México, apenas se decreta en 1973, la creación del Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria (IMSS-COPLAMAR), haciendo énfasis en garantizar la

prestación de servicios médicos y la protección de los riesgos de la vejez³⁹, la invalidez total y permanente y la muerte. Asimismo, se expide una ley del Seguro Social mediante el cual es posible incorporar en los beneficios del Seguro Social a los campesinos de acuerdo con su capacidad contributiva, sea esta plena o limitada. La Ley de 1973 establece: “los servicios de solidaridad social que responden al precepto doctrinario de brindar un mínimo de protección a aquellos grupos que hasta hoy han permanecido al margen del desarrollo nacional y que debido a su condición no tienen capacidad contributiva suficiente para incorporarse a los sistemas de aseguramiento ya existentes”. Dichos servicios consisten en asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria para el jefe de familia, la esposa, o a falta de ésta su concubina, sus hijos y otras personas que dependan económicamente de aquél (*Diagnóstico de salud...1984:19*).

El Programa IMSS-COPLAMAR entró en operación en fechas diferentes. Chiapas fue uno de los primeros estados de la república en el que funcionaron pruebas piloto de atención primaria a la salud; sin embargo, no fue sino hasta principios de 1980 cuando se crea el mayor número de clínicas de salud de primer nivel de atención,⁴⁰ buscando involucrar a la comunidad básicamente en los siguientes aspectos prioritarios de salud: vigilancia y control del embarazo, parto y puerperio; planificación familiar; enfermedades venéreas; nutrición, crecimiento y desarrollo; prevención de enfermedades transmisibles, entre otros aspectos sanitarios (*Diagnóstico de salud...op. cit.:39*). La promesa que hacía la ley de 1973 de “garantizar la prestación de servicios médicos y la protección de los riesgos de la vejez la invalidez total y permanente y la muerte”, como era de esperarse no era prioritario y por tanto éste sector quedó desprotegido.

³⁹ El promedio de la esperanza de vida en 1970 para el estado de Chiapas era de 52.37 para la hombre y 53.79 para las mujeres. En 1990, es de 63.50 para hombres y de 69.39 para las mujeres. Lo que significa que los hombres han incrementado su esperanza de vida en 11. años y las mujeres en 15.6.

⁴⁰ El primer nivel de atención se orienta a resolver los problemas más frecuentes de salud que requieren de una tecnología sencilla, aunada a la participación activa de la comunidad. El IMSS-COPLAMAR incluye en éste nivel tres acciones de atención: preventiva, curativa y de capacitación de la población.

En noviembre de 1982, el estado de Chiapas contaba con 370 Unidades Médicas Rurales (UMR) y 3 Hospitales de Campo. Por el número de UMR, Chiapas es el estado de la república con más Unidades asignadas. Por otro lado, el IMSS reconocía que la atención médica en el medio rural exigía varios retos que superar, por ejemplo: dispersión de la población, deficientes medios de comunicación, bajo nivel de vida, ausencia o funcionamiento rudimentario de los servicios públicos; problemas en la construcción, el funcionamiento y el aprovechamiento de las instalaciones médicas. Problemas de adiestramiento y contratación de personal médico y paramédico; complejidad administrativa y costos de operación elevados, entre otros muchos problemas (*op. cit.*:22) que dificultaba la operacionalización del Programa.

En 1997, la región zoque del noroeste cuenta con 13 Unidades Médicas Rurales del IMSS-SOLIDARIDAD (antes IMSS-COPLAMAR). En 1996 brindaron un total de 25,791 consultas, con un promedio de 8.49 consultas diarias por Unidad. Todas la UMR cuentan con 2 camas, 1 mesa de exploración, 1 médico (pasante o titulado), 1 enfermera de base (generalmente miembro del grupo étnico), 1 enfermera de sustitución que labora los sábados y domingos, 1 servicio de radio de banda civil por el cual la enfermera, en ausencia del médico, describe el cuadro clínico del paciente y es orientada sobre el tratamiento a seguir, a distancia (Hospital de Campo, Bochil Chis., 15 de marzo de 1997).

A pesar de la cobertura hasta ahora alcanzados, los servicios de salud ofrecidos en la región son aún insuficientes, y la mayoría corresponden al primer nivel de atención. No está por demás decir que no existen servicios especializados para la atención de padecimientos en la vejez. El siguiente cuadro muestra la población usuaria de los distintos municipios, según cobertura y régimen de atención. Los servicios de salud son brindados en las principales pequeñas ciudades de la región.

Cuadro No. 4/cap IV

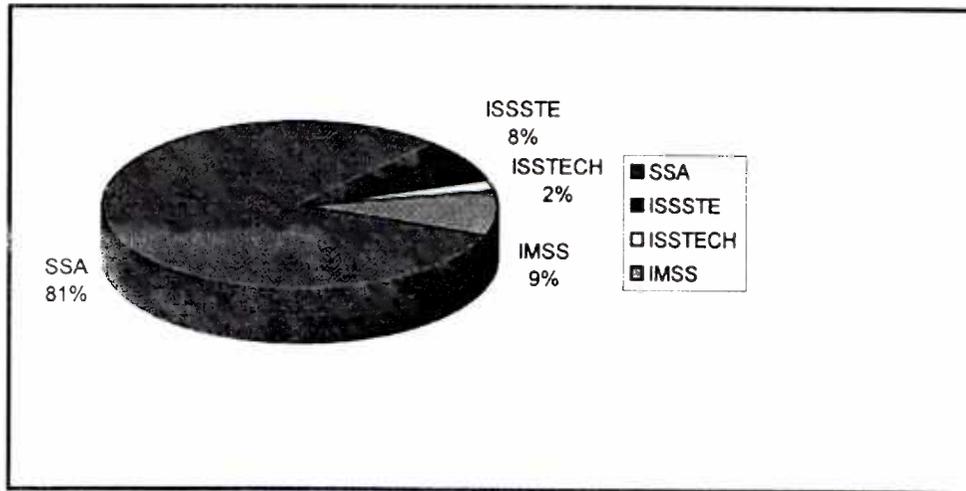
Población usuaria de los servicios médicos de las instituciones del Sector Salud, por régimen e institución, según municipio. Región noroeste, 1995.					
Municipio	Seguridad Social			Asistencia social SSA	Total
	IMSS	ISSSTE	ISSTECH		
Copainalá	-	940	296	1755	2991
Chapultenango	-	-	2	-	2
Fco. León	-	-	-	-	-
Ixhuatán	-	-	24	435	459
Jitotol	-	-	107	-	107
Ocotepec	-	-	2	782	784
Ostuacán	481	-	11	4650	5412
Pantepec	-	-	19	-	19
Rayón	-	-	16	424	440
Tapalapa	-	-	7	-	7
Tapilula	188	1434	79	5189	68
Tecpatán	1882	-	115	11060	13057
Total	2551	2374	678	24295	29898

Fuente: *Anuario estadístico de Chiapas* (1996:189-190).

El 18.73% de la población usuaria de los servicios de salud, recurre a los servicios médicos que ofrecen las instituciones de seguridad social: IMSS, 8.53%; ISSSTE, 7.94% ISSTECH, 2.26. Esta población es la clase trabajadora asalariada y retirados. En contraste, la inmensa mayoría que corresponde al 81.25% de la población restante, recurre a atención médica que brinda el sector salud de asistencia social

Gráfica No.1 cap IV

POBLACION USUARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD. REGION ZOQUE, 1995



Fuente: *Anuario estadístico de Chiapas, 1996.*

Para la atención en servicios de salud, la región del noroeste chiapaneco cuenta con 59 médicos generales de atención directa a pacientes. Considerando la población total de la región en estudio, corresponde a 2102 pacientes por médico, situación que lo pone en seria desventaja respecto al promedio estatal que es de 1094 pacientes por médico (*Anuario estadístico de Chiapas, 1996:189-190*). Es decir, la región noroeste de Chiapas el personal médico tiene potencialmente el doble de población para ser atendida en relación al total estatal, que ya de por sí es baja.

Para la atención médica de segundo nivel, los pacientes son turnados al Hospital de Campo de Bochil. En 1996 el Hospital de Bochil brindó un total de 45,330 consultas. Cuenta con los siguientes servicios:

35 Camas instaladas
04 Camas de ginecología
06 Camas de obstetricia
04 Camas de pediatría
03 Incubadoras
04 Camas de medicina interna
07 Camas de cirugía

El Hospital no cuenta con especialistas para la atención de viejos, pues como dijimos desde el principio del capítulo, la atención prioritaria de salud está dirigida a la atención materno-infantil.

D) Conclusiones del capítulo

Desde la perspectiva gerontológica el grupo etareo que se encuentra en la vejez sí es considerado como de alto riesgo de enfermedad, accidente y muerte. Sin embargo, los servicios de salud están polarizados de acuerdo a los diferentes niveles socioeconómicos y desarrollo de los países. Para el caso específico de Chiapas, la población minoritaria de viejos no constituye una prioridad en los servicios de salud instrumentados por el estado, sino los servicios están dirigidos a la mayoría y principalmente a la población materno-infantil. Generalmente, los estudios de envejecimiento hacen referencia a la clase trabajadora asalariada, que por cesantía de edad avanzada o pensionada, reciben algunos beneficios, entre ellos, los servicios de salud a los que tienen derecho de acuerdo a la legislación laboral.

La realidad de nuestra población en estudio es otra, y en ella radica la originalidad y el aporte de la investigación, pues hace referencia a un grupo poblacional de indígenas viejos, pobres, sin cobertura prácticamente de servicios de salud y que no tienen relación laboral asalariada con el estado o la iniciativa privada; viven de una

economía agrícola de subsistencia. Situación que lo hace peculiar del resto de los viejos “improductivos” jubilados.

Los servicios prioritarios de salud para el caso chiapaneco en general y zoque en particular, están enfocados a la atención primaria de salud, donde el interés es orientar a la población sobre la vigilancia y control del embarazo, parto y puerperio; planificación familiar, enfermedades venéreas; nutrición, crecimiento y desarrollo; prevención de enfermedades transmisibles, etc., las necesidades de atención especializada para el viejo no tienen cabida prioritaria en este tipo de programas rurales.

En México, paradójicamente, el sistema de seguridad social nace de una revolución agraria, que al concluir su etapa armada inicia las transformaciones sociales requeridas y planteadas en los planes políticos y sociales de sus líderes y del compromiso con las mayorías de campesinos y obreros, actores principales de lucha (*Diagnóstico de salud., op. cit.:17*). Sin embargo, los campesinos y sobre todo la población indígena, hasta ahora no se ha visto beneficiada de los ideales revolucionarios.

Por ejemplo, más del 83% de la población indígena chiapaneca mayor de 60 años es analfabeta, predominando el analfabetismo en la mujer. Más del 35% de la región zoque no cuenta con energía eléctrica, más del 33% no tiene agua entubada y más de 41% no dispone de drenaje. Dada las condiciones de pobreza en que viven sus habitantes favorecen el azote de las epidemias; apareciendo enfermedades oficialmente abatidas tales como el sarampión y la poliomielitis. Es zona endémica de malaria o paludismo, sin embargo, no aparece en los registros epidemiológicos. Otro tanto sucede con los brotes de cólera (*vibrio cholerae*) y la desnutrición severa, a lo más, aparecen bajo otra clasificación sanitaria.

Los viejos zoques desprotegidos de servicios de salud para la vejez sobreviven en condiciones de pobreza extrema; tienen que trabajar sin descanso hasta que las fuerzas le

abandonan para lograr su sustento. El perfil epidemiológico de este grupo etario es dramático, pues muestra con crudeza del abandono de que son objeto tanto de los servicios de salud como de los apoyos familiares. El perfil epidemiológico de la población en estudio es considerado como patología de la pobreza, donde la sarna, por ejemplo, es la sexta causa de padecimientos transmisibles. Cuando el viejo inoportuna con sus achaques y se vuelve dependiente de terceros o la vieja está sumamente enferma, son inducidos al suicidio o pueden ser abandonados a su suerte. Podríamos decir que el viejo aprende a vivir con su enfermedad y se resigna a morir ante la falta de atención, cura o control de su padecimiento.

Las principales causas de muerte mostraron que la vieja generalmente muere básicamente de diabetes mellitus y hambre; en tanto que el hombre, de neumonía y cirrosis hepática. Todo este panorama epidemiológico resulta realmente vergonzoso en un estado como Chiapas, tan rico en recursos naturales y el contraste de marginación en que viven sus habitantes. Resulta paradójico, pero varios pueblos zoques están asentados sobre grandes yacimientos de hidrocarburos; sin embargo, viven en la pobreza extrema.

La inducción al suicidio pudiera entenderse también como una respuesta a la falta de alternativa en su atención médica especializada y a la falta de recursos económicos para acceder a la atención; los viejos cuando ven que su enfermedad está muy avanzada y que ésta no tiene cura, el suicidio es una opción para evitar más sufrimiento, dolor e importunar con sus achaques a los suyos. Sin embargo, parece ser que la mujer sufre más que el hombre, por varias razones, sobre todo si queda viuda: por ejemplo, es despojada de los posibles bienes que pudiera heredar, su *rol* social es generalmente de bajo prestigio, no tiene autoridad sobre la familia, al contrario, está supeditada a ella. Una profunda tristeza le invade al verse desprotegida y muy a menudo abandonada, pidiendo “reunirse” con su pareja.

Por otro lado, observamos que la mujer, desde edades tempranas se le da un trato diferencial que los hombres. Los registros antropológicos señalan que el pago por la atención del parto donde nace niña, es inferior que la atención de un varón; la pareja para el matrimonio le es impuesta; come al último y menos que el hombre;⁴¹ registra mayor analfabetismo y monolingüismo en lengua nativa que los hombres; está excluida de las leyes de la herencia; está subordinada al esposo; no ejerce cargos políticos; no tiene derecho a la tierra y, en pocas palabras, no tiene poder.

Finalmente, el perfil epidemiológico de la vejez está elaborado con datos hospitalarios y, como advertimos al principio del capítulo, se trata de atención primaria de la salud y no de servicios geriátricos especializados. Es de pensar la angustia que siente el viejo de morir fuera de su comunidad y de los suyos, en un ambiente ajeno a él. Muy pocos viejos tienen acceso a los servicios privados de salud, donde pueden recibir servicios más especializados. En las comunidades indígenas zoques ya empieza a ser común ver a los viejos principalmente hombres en silla de ruedas, con aparatos auditivos, lentes graduados, entre otros instrumentos de apoyo geriátrico.

⁴¹ En el Tercer Informe sobre un Programa Nutricional de Comunidades Zoques, señala: "...Hemos observado un comportamiento preferencial hacia los varones de la familia, dándoles más atención y cuidado. Esto refleja entre otras cosas en que las niñas y en general las mujeres son las últimas que reciben alimentos, es decir, lo que dejan los hombres y niños". Hübner, *et al* (1988:1).

CAPÍTULO V

VEJEZ Y POBREZA

Introducción

El presente capítulo está orientado a plasmar el punto de vista de los actores sociales en relación a cómo se vive la vejez en la pobreza extrema. Nos valemos de síntesis de entrevistas a profundidad para que a través de testimonios narren las experiencias vividas, en voz de los zoques mismos.

Con el propósito de brindar un panorama amplio respecto a cómo hacen frente a los principales problemas de salud en la vejez, este capítulo incluye un subapartado que hemos denominado *la carrera del enfermo*, que testimonia cuatro ejemplos de utilización de prácticas médicas tanto “tradicionales” como alópatas, en donde los pacientes, a través de diversos recursos tanto culturales como socioeconómicos, traza el camino que tiene que recorrer, en la búsqueda de encontrar solución a su problema. De esta forma, brindamos al lector un contexto social del enfermar en una comunidad indígena zoque marginada.

Con estos ejemplos, de ninguna manera se pretende generalizar las respuestas que tiene el viejo, la familia u otras redes de apoyo con las que cuente, ante la enfermedad. El propósito es ejemplificar el trato y los recursos de salud con los que cuenta para ser atendidos o desatendidos ante problemas concretos de salud. Sea pues, un perfil de la *carrera del enfermo* viejo, en la comunidad indígena zoque.

El capítulo se complementa con un segundo subapartado el cual hemos denominado *el maltrato al viejo*. En esta sección hacemos un recorrido sobre las más importantes formas de *maltrato* a que son sometidos los viejos zoques; la mayoría institucionalizados en la cultura del grupo en donde se pone de manifiesto el sustrato de la herencia, en vida, de bienes económicos como principal rector de los conflictos en la relación padre-hijo. Asimismo, de otros problemas graves como el alcoholismo crónico que afecta sus vidas, fenómeno registrado principalmente en la población católica.

Finalmente, el trabajo cierra con las “conclusiones del capítulo”, que pretende hacer una síntesis del problema en estudio y se plantean una serie de preguntas para ser tratados en el siguiente apartado.

A)- *La carrera del enfermo*

Para esta sección hemos seleccionado cuatro ejemplos, de un total de ocho entrevistas a profundidad, que consideramos brindan un panorama en el que se pueden apreciar diferentes respuestas socioculturales y económicas respecto a la enfermedad o accidente en la vejez. Llamamos *carrera del enfermo* o “camino del enfermo” (Freyermuth, 1993:108) a 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.

Existen respuestas diversas dependiendo del contexto social del enfermar,⁴² dependiendo de todo un sistema de auxilio no sólo económico, sino de una red social que esté dispuesta a valorar y apoyar la búsqueda de la recuperación del enfermo y, en tal carrera, recurre a diferentes canales de atención.

Este fenómeno –la búsqueda de salud- es más evidente cuando el paciente es un “viejo”, pues muchas veces su enfermedad no tiene cura o los costos de atención son tal altos que se vuelven inaccesibles o, en todo caso, “no son rentables” en términos económicos; otras veces, los padecimientos son vistos como “normales” (pérdida sensorial, déficit de aprendizaje, confusión, pérdida de memoria, incontinencias, etc.) (Clark, 1973:81), por lo que podría optarse por que la enfermedad siga su curso o bien, acelerar el padecimiento a fin de que “deje de sufrir” el enfermo. Mención especial requieren las enfermedades en fase terminal, pues el paciente generalmente se niega a recibir atención médica en hospitales, por el temor natural de morir fuera de su comunidad y alejado de los suyos.

Sin embargo, es muy importante aclarar que, una vez que se dan cuenta de la efectividad de la medicina alópata o la necesidad e importancia por ejemplo de las intervenciones quirúrgicas, en vez de existir un rechazo abierto al tratamiento hospitalario, estos son incluso recomendados y requeridos por los mismos viejos sobre todo cuando las intervenciones resultan exitosas.

En el medio rural, pero particularmente en el medio indígena, donde hay más pobreza, la protección económica institucionalizada a la vejez (específicamente

⁴² Prat, *et al* (1980:43), distingue los contrastes etiológicos entre salud/enfermedad y normal/anormal, según la percepción en aquellas sociedades muy caracterizadas por su marginalidad respecto al mundo occidental o mundo capitalista.

esquemas de pensiones) simplemente no existe (Ortíz, 1995:47); por lo que, en caso de enfermedad o accidentes en la vejez toma otras dimensiones, como las que a continuación ejemplificaremos.

Son cuatro casos particulares que permiten dar un panorama general de las condiciones socioculturales en que viven los zoques. No fueron elegidos al azar, sino que fueron seleccionados porque cubren un amplio espectro sobre la *carrera del enfermo* y las respuestas que se dan ante la enfermedad y los accidentes en situaciones diversas.

El caso uno se refiere a Don Pedro, de religión adventista del séptimo día, viejo que tiene una posición económica desahogada y una red de parentesco amplia; su padecimiento tiene origen en un accidente. El caso dos hace referencia a la Sra. Silvina, de religión católica; pobre, pero cuenta con algunas propiedades (casa, terreno de labor) y se vale del apoyo de su esposo e hijos solteros; su enfermedad, la diabetes. El caso tres habla del Sr. Luis, de filiación católica, viejo pobre y abandonado por sus dos hijos y uno más, el menor, que busca despojarlo de su humilde choza y pequeña parcela de labor; viejo sordo, vive de la caridad. Finalmente, el caso cuatro, da cuenta de la situación de Don Miguel, católico “costumbrista” (danzante, tamborilero, curandero, orador), quien tiene una red de parentesco amplia y posee algunas propiedades; atribuye daños a su salud, por agentes malignos de carácter sobrenatural. Para conocer las respuestas que han dado ante la enfermedad y los accidentes, veamos cada uno de ellos con mayor amplitud:

CASO 1

Don Pedro
Edad: 73 años.

[A raíz de] fuertes vientos y lluvias torrenciales [que] azotaron la región a finales de 1990, sufrí un accidente. Vino un ventarrón que se llevó las láminas de mi casa. Subí a reparar el techo, del cual resbalé y caí de la viga, quebrándome esta parte de la pierna (señala el fémur derecho).

Primero me atendieron en casa, al no ver mejoría mandé a llamar unos hueseros⁴³ de Tapilula. No me pudieron curar, duré cerca de un mes así en cama. Me trataron con cosas “calientes” (pomadas, plantas de propiedad “caliente”, emplastos), me daban masajes tratando de componer los huesos y me vendaron. [Finalmente] no pudieron sanarme.

Recurrí también a las “curaciones bíblicas” mediante oraciones. Me encomendé a la palabra de Dios; siempre tengo fe en eso. Cuando yo me encontraba en la cama, cuando sentía mucho dolor, siempre le pedí a Dios que me diera alivio, y sentía siempre como si alguien viniera a darme algunos alivios, sentía alivio espiritual.

Los caminos estaban cerrados por derrumbes en la carretera, así es que estuve mes y medio en cama, sin poder salir en busca de otras opciones de atención. En tanto, me atendían mi esposa y mi hija⁴⁴ en todas mis necesidades. ¿Se imagina un mes y medio sin poder trabajar ni poder levantarse, sin hacer nada, ni siquiera poder sentarse?. Es muy triste, sólo dolor...

Para hacer mis necesidades mandé hacer una cama de tablas, la cual se le quitaba una de ellas y se removía la colchoneta. Así hacía mis necesidades. Me bañaban con agua tibia más o menos cada tres días. No soportaba el agua fría, pues además hacía mucho frío.

⁴³ Especialistas de la medicina conocida como “tradicional”, encargados de la atención del sistema óseo en el tratamiento, por ejemplo, de luxaciones, fracturas, golpes contusos, edemas, entre otros padecimientos.

⁴⁴ En realidad es su nieta, pero desde muy chica se fue a vivir con sus abuelos hasta haber contraído matrimonio. Ella a él, le dice “papá” y él a ella, la reconoce como “hija”.

Mis alimentos los tomaba en la cama y ya estaba aburrido. Siempre en la cama, y de tanto permanecer acostado me lastimé el cuerpo, me salieron llagas. Sufrí mucho.

Una de esas noches que no podía dormir vino a la mente una cosa horrible: me atormentaba la idea si nunca iba a recuperarme y pensaba: "si me quedo en la cama sin levantarme quizás mis hijos, mi familia, se van a aburrir de mí". ¿Y si mis hijos se aburrían de mí?, ¿y si ya no me ayudan a hacer del baño?, ¿si me abandonan?. Lloré en silencio; me sentía indefenso, dependiente. Tenía mucho miedo de quedarme solo, como el caso de una señora que estaba casi abandonada porque su hijo no le podía dar ayuda; el hijo le decía que se fuera [a vivir] a otro lado. La viejita iba de casa en casa a ver dónde le dan acogimiento ya que el hijo no quiso hacerse responsable. La señora, entonces, vivía de la caridad.

Para no importunar con mis necesidades de atención, se me ocurrió entonces comer menos, por temor de hacer del baño. Además, las personas que me cuidaban tenían que hacer sus cosas, ir a hacer mandados, a trabajar. Pero por otro lado, si queda uno solo en la casa, ¿cómo va uno a hacer eso (las necesidades)?, eso es lo que pensaba. Me puse como un palillo, flaco, flaco. Hice intentos por levantarme, pero mi pié se volteaba hacia atrás, no tenía fuerza. Los dolores eran insoportables.

Después de eso, y por recomendación del médico del pueblo [que mi hijo, el profesor, llevó a casa], le dije a mi hijo que me llevara en su camioneta a Pichucalco para sacar radiografía. Me llevaron en camilla, me sacaron la radiografía, y entonces vi que en la radiografía todos mis huesos estaban fracturados, de ahí pues, me salí y fuimos a buscar especialistas, primero a Villahermosa Tabasco,⁴⁵ después, a Tuxtla Gutiérrez. Después de estudiar los costos de la operación, decidimos utilizar los servicios médicos del ISSSTE, de mi hijo, el profesor. Para costear los gastos vendí cuatro o cinco vacas, [y dispuse de] más cinco millones que tenía en el banco.

El médico que me atendió trabajaba en Tuxtla Gutiérrez, e hicieron los arreglos para que me atendiera en el ISSSTE. Me cobró nada más digamos "mano de obra"⁴⁶, dos millones de pesos. Las camas y el servicio corrió por cuenta del ISSSTE. Durante ocho días me arreglaron las cosas (estudios de laboratorio y gabinete) para operarme.

⁴⁵ Las relaciones comerciales, sobre todo con la población que vive en la vertiente del Golfo, la establecen en mayor medida con el estado vecino de Tabasco; y las actividades político administrativas, con la capital del estado, Tuxtla Gutiérrez.

⁴⁶ El médico trabajaba en el ISSSTE, pero para atenderlo "por fuera", cobró honorarios como médico "particular" utilizando las instalaciones oficiales. Al parecer esta práctica es común de ofrecer servicios particulares dentro la institución, en donde sólo cobran "mano de obra" por concepto de cirugía.

En el hospital me atendieron enfermeros, me daban toda la alimentación, me daban sueros. Ya, cuando me iban a operar, me metieron anestesia; como a las ocho de la mañana me sacaron de la cama y me llevaron a la sala de operaciones, a la camilla donde está la plancha; miraba yo a las enfermeras llevaban de todo. Yo estaba mirando todo bien, de repente como si yo fuera a dormir en la cama, me quedé dormido, no sentí nada; digamos, perdí el sentido.

Después me vine a despertar y veo por todos lados y ya no hay nadie, ni el doctor, ni las enfermeras. De repente veo que hay una persona al lado de mi cabeza, parada; era un enfermero, y le digo: “¿A qué horas me van a operar?”, porque yo estaba en la misma camilla. Me dice el enfermero: “ya está todo, ya vamos a ir a tu cuarto”. Ni me di cuenta de nada, vine a despertar como despierta uno, y le pregunto al enfermero: “¿qué horas son”?, “son las cuatro de la tarde”, respondió. Me pusieron ocho tornillos de platino.

Durante todo el tiempo que estuve en el hospital mi esposa y mis hijos estuvieron pendiente de mí. Mis hijos dieron sangre, sólo aquéllos que los doctores detectaron que son de la misma sangre que yo, de la misma clase, digamos.⁴⁷ Mi kojama dominante (tona, tonalli, alter ego, animal compañero) es un caballo, un animal fuerte, de sangre espesa-negra y valiente; cuando nació, mi abuela me contaba que en sueños le entregaron un caballo, entre otros animales, trece en total. Por eso se que mi fuerza está en el “espíritu” (sangre) de caballo, que es de sangre fuerte. El doctor dijo que mi cuerpo estaba normal, no hay decadencias digamos que me puedan afectar el cuerpo, mi salud está normal. Los doce animales compañeros restantes, es un secreto; pero todos son de sangre fuerte, por eso aguanté el golpe, las heridas, de lo contrario, hubiera muerto.

En el hospital había una televisión. Me acuerdo muy bien que estaba la guerra en el Golfo Pérsico. Yo decía: “si estuviera sano iría a pelear al lado de Sadam Hussein.” Estados Unidos no pudo solo contra Hisein, varios países le echaron montón. Si Estados Unidos se sentía más poderoso ¿por qué no él sólo?. Lástima de mi pierna.

La comida en el hospital era buena. Me daban fruta, carne; comía de todo. Como a los quince días me dieron de alta. Mi hijo me trajo de nuevo en su camioneta a Tapalapa. Ya venía yo sentadito, acomodadito en el sillón del carro. Al llegar a Tapalapa no podía

⁴⁷ Los zoques reconocen, cuando menos, dos tipos de sangre. Posee sólo uno de ellos cada individuo: la sangre espesa-negra (*ji'ni yojkpø nø'bin*) que tiene propiedad coagulante en caso de heridas; y la sangre aguada-roja (*nø'abø chapaxpø nø'bin*), que no tiene tal propiedad. A parte de estas dos características, la sangre puede ser “tímida” (*mo'tsi nø'bin* o *pømi'øyubø nø'bin*) como la que poseen aquellas personas que tienen paciencia y no se alteran ante circunstancias adversas; sus poseedoras pueden “pulsear” (método diagnóstico para conocer el estado de salud) o tener facultades de “maestro” en diversas áreas. La sangre “valiente” (*jene bibø nø'bin*) o “sangre alterada”, la poseen aquellas personas muy nerviosas, coléricas e indecisas.

caminar. Dilaté un año sin caminar, nomás acostado en la cama, después, poco a poco con muletas.

Acostadito, sentía tristeza porque no podía levantarme. La rodilla se quedó como paralizada, no podía mover nada. El doctor me dijo que poco a poco iba a mover los huesos, con puro masaje, porque los huesos tienen que ir soldando. Y más radiografías, y curaciones, así estuve un año.

Yo pienso que el que está enfermo sufre más que el que está encerrado en la cárcel sano y fuerte. El enfermo, aparte de que está encerrado en su casa, sufre dolor, angustia, miedo. ¿Se acuerda de la viejita abandonada que le platicué?, finalmente la llevaron a la rivera Blanca Rosa, allí tenía un hijo, pero ahí también la nuera no la atendía, al fin allí quedó abandonada y allí murió. La venció el hambre, ya no comía como debe ser y murió sin alimento, de debilidad, de vejez. Yo diría, ¿para qué quiere uno la vida sin alimento, con dolor o con sufrimiento?, es mejor descansar (morir).

Mientras me recuperaba, mis hijos se encargaron de mis cafetales, de mi milpa, de mi ganado. Tenía 30 cabezas de ganado. Mis hijos nunca me abandonaron, venían a verme, gracias a Dios que en todos esos trabajos me ayudaron. Así pude cosechar mi café, mi maicito, y vender unas vaquitas para pasar el año. Ellos se encargaban de contratar trabajadores. Estoy agradecido, siempre me atendieron.

Después de la operación ya no queda uno igual. Poco a poco empecé a caminar de nuevo. Ahora trabajo en el huerto, pero sin salir al monte. A mis cafetales voy, pero están cerca, como a 2 ó 3 kilómetros. De mi pierna, digamos, ya estoy bien; ahora empiezan otros problemas de salud, como la vista y dolores de cabeza, pero todavía no visito al médico. Lo que aprendí de mi accidente es que enfermar sale muy caro; gasté en un año lo que hubiera gastado en cinco o más años, estando sano y fuerte.⁴⁸

⁴⁸ Una vez recuperada la salud del Don Pedro, la herencia —en la opinión de los pobladores— fue disputada por los familiares que se sentían con derecho a ella, por haberlo atendido durante su convalecencia. Las inconformidades en el reparto motivaron, en buena medida, serias desavenencias culminando con la muerte de uno de los nietos en un fatal “accidente”, en el que perdió la vida a balazos, a manos de su tío paterno.

CASO 2

Sra. Silvina

Edad: 66 años.

...Yo me siento vieja porque ya estoy enferma, ya no puedo trabajar. Me siento completamente acabada, sin vigor. Dice el doctor que tengo azúcar en la sangre, que mi enfermedad se llama "diabetis". Va usted a ver, no me di cuenta cuándo me empezó, cuándo me agravé; creo que tiene cuatro años cuando me agravé, me llevaron inconsciente en el hospital. Era de madrugada cuando me privé; todos esperaban que todo iba a pasar así nada más. Al ver que no despertaba, primero buscaron un doctor particular, pero no encontraron, así que me llevaron al Centro de Salud en Copainalá, pero allí vieron que en verdad estoy grave y ni siquiera me recibieron, pues tampoco consiguieron doctor [así que me llevaron] hasta el Hospital Regional, en Tuxtla [Gutiérrez].

Sí, se cayó [la señora]– interviene Don Benjamín, su esposo- de tanto entrar y salir, entrar y salir para hacer pipí, ya no dormía. Así estuvo catorce noches, y más se agravó porque le agarró la "deposición" (vómito), y allí es donde se acabó de joder. En Tuxtla la atendieron inmediatamente porque fue recomendada por la trabajadora de servicio social de Copainalá.

A los seis días me dieron de alta –continúa doña Silvina-. No me acuerdo, pero dice mi yerno, que vive aquí cerca, que le dijo a la trabajadora: "atiéndala; ahorita no traemos dinero. Sus hijos están trabajando en Huatulco; ellos van a arreglar la paga". Esperaron a mis hijos. No se si lo pagaron, eso ya no lo se, pero sí me atendió el doctor.

Hablando claro sobre ese asunto - interviene Don Benjamín -, yo estuve ahí. Nos recibieron a ella y la pusieron en la plancha y luego le empezaron hacer estudios. Después, empiezan a dar una receta para comprar las medicinas en otras farmacias. El hospital no tiene todas las medicinas, pero la atendió y le dio alimentación. En el hospital nos dan receta, tal medicina, tal cápsula, tal pastilla... más o menos en aquel tiempo gastamos cuatro millones.

Gracias a que mis hijos⁴⁹ salieron a chambear de peón, ahorraron un poco de dinero. Diosito los iluminó, fueron ahorrando cada cincuenta pesos, cada cien pesos. Un día, un amigo de ellos se deja venir y me manda con él cien pesos. Con esos cien pesos me

⁴⁹ Eran dos hijos que, en su condición de solteros, pertenecían aún al núcleo familiar patrilocal; dependían en buena medida de las decisiones del padre.

sali de aquí, llegando a Copainalá gasté cincuenta pesos, y para trasladarme a Tuxtla ya sólo me quedaban cincuenta pesos y llegando allá, ¿qué voy hacer sin nada?. Una señora de Copainalá, que es muy amable, me dice: "mira Don Benjamín, no te preocupes, aquí tengo cincuenta pesos, mientras llegan los centavos que te van a remitir tus hijos". Con esos cincuenta pesos empecé. Al otro día, gracias a Dios, me dan [prestado] otros cincuenta. No sufrí tanto, pero si estaba sin dinero. Hubo gente que me ayudó; salvaron la vida de mi esposa, si no fuera por esa gente que se preocupa por nosotros, nos morimos... (guardan silencios prolongados, haciendo esfuerzos por contener el llanto). Pu[e]s a[h]i solamente Diosito y los hijos, pues como tengo mis hijos que siempre piensan por nosotros, ellos nos pudieron atender. Gracias a Dios ellos nos atendieron.

Doña Silvina retoma la plática, y agrega- Ahora ya nos preocupamos mucho si me vuelvo a enfermar. Es un problema. ¿Qué tal que me agarre una enfermedad más grave, que ya no pueda yo levantar[me], como este (señala su cabeza), que no me asiente bien, digo, a lo mejor voy a enloquecer, ¿qué voy a hacer?. A mis hijos les digo cuando están aquí: "si me enloquezco, ya no me hablen. Enciérrenme y ya". Eso les digo, de plano. Son puros varones los que tengo acá. Tengo dos mujeres más, pero digo también, están muy atrasados (pobres) sus esposos, digo, esas mujeres no me van a poder cuidar en formalidad, y por eso digo si no pueden cuidarme, pues que me encierren, que no me hagan sufrimiento (prolongar su agonía, su enfermedad). Mis hijos varones, aunque quieran cuidarme, pero si sus esposas les van a decir: "no te vayas, no vayas a cuidarlos", y por querer a sus esposas, las van a obedecer. Así he visto a ancianos y ancianas morir. No todos pues, se hacen responsables de sus papás. Sus hijos, sus hijas no son responsables; a veces dejan a su papá o a su mamá encargados con una persona.

- Agrega don Benjamín- Lo primero que dicen los hijos: "a[h]i que se los lleve la jodida, porque no supo pensar; él no pudo adquirir nada para nosotros (herencia), a[h]i que se lo lleve". Así está el asunto, y por eso me preocupo cuando sea incapaz de trabajar, me eche en cama la enfermedad, no pienso, no estoy contento. Usted ve mi familia aquí trabajando, pero mi pensamiento a veces no se sabe lo que siente uno. A veces cuando platicamos con la familia a veces nos entendemos, a veces hacemos problemas; por eso a veces vale más ya no sacamos esa tristeza, porque a veces nos topamos con algunos problemas, pero digo yo que es necesario, así como el hombre anciano y la anciana pensamos iguales: la vejez es triste si no tenemos apoyo.

La verdad es que estamos jodidos. Nos enfermamos y no hay doctor; en el hospital no hay medicinas; vienen los del gobierno y nos engañan. ¿Por qué pasan estas cosas?, ¿por qué tenemos gobernador?, ¿el gobernador, para qué está?. ¿Será para apoyar al pueblo, a los habitantes de los pueblos, o para acabar de joder?. He pensado, ignorante, apenas tengo segundo de primaria. Digo, no se si ando en contra de las autoridades

terrenales, como los gobernantes. Si hablo mal de ellos, así es como se debe hablar digo yo, con la verdad, bajo de mi corto pensamiento. Las autoridades, yo creo, que están como una cosa donde nos vamos apoyar todos. Es como mi papá, me voy a confiar en él, porque ya se que cualquier problema que hay en mi hogar, en mi comunidad, se me va a solucionar, no a joder más; eso pienso.

Digo, comenzando con los gobernantes ¿por qué será que los mismos que trabajan, que componen el gabinete en cada lugar, por qué será que ya no apoyan a los honrados que van a reclamar un problema?. ¿Por qué si la autoridad da dinero, ya no apoyan?. Si te vas así nomás, no te hacen caso. Entonces digo yo: "En ese caso, en vano está el gobernador. Porque he oído decir que Salinas, el expresidente, no se cuántas millonadas de dinero se llevó de los mexicanos y, ¿por qué será?". Entonces son los mismos gobiernos que son los primeros bandidos. No se si hablo bien, si hablo mal, pero de mi parte, me pone en qué pensar. Por eso nosotros no tenemos ningún apoyo, no hay autoridad, no hay dónde nos recurrimos para pedir apoyo, ya no hay dónde; estamos abandonados, no tenemos gobernante que sí vele por nosotros, por los habitantes...

Mi mayor temor –apunta Doña Silvina- es quedarme abandonada, eso me hace sentir muy triste. No tengo [herencia] que dejarle a mis hijos, y quizás mis hijos no me van a cuidar cuando yo esté más enferma, por eso es que pienso, pues qué les vamos a dejar (heredar) a nuestros hijos. Mi enfermedad ya es menos, pero sigue; la vista se me está acabando; me duele la cabeza y me mareo mucho. Pero con la gracia de Dios ahí vamos, poco a poco. Total, ya viví. Si muero abandonada (por mis hijos) no me importa; lo que sí suplico es la paciencia de Dios, que no me abandone, que soporte a mi familia. Eso es todo [Doña Silvina, incapaz de continuar con la entrevista, rompe en llanto silencioso].

CASO 3

Sr. Luis

Edad: 73 años

El caso del Sr. Hernández se reconstruyó por entrevistas a terceros y por observación directa. Lamentablemente hará unos cuatro años que perdió el sentido del oído; razón por la cual la entrevista cara a cara no fue posible. Esta es su historia:

Cuando joven y fuerte, el Sr. Luis "tenía cabeza" (habilidades, inteligencia, liderazgo). De hecho, llegó a desempeñar varios cargos de dirección administrativa y política: se desempeñó como síndico municipal, delegado municipal, secretario del Comisariado Ejidal, entre otros cargos. Sus servicios como consejero político eran muy solicitados, pues además de ser bilingüe (zoque-castellano) manejaba con habilidad la máquina de escribir, y era capaz de redactar documentos oficiales.

Trabajó con tenacidad y se hizo de algunas propiedades (cafetales, potreros, terrenos de labranza, ganado caballar y vacuno, etc.). Tuvo tres hijos: dos varones y una hembra; los crió con rudeza. Hace quince años quedó viudo y no volvió a contraer matrimonio, pues lamentablemente poco después de la muerte de su esposa, un accidente lo obligó a guardar reposo absoluto.

Durante doce años no pudo caminar, pues estando serrando madera, un tablón trituró su pié derecho. Al no poder trabajar y para poder afrontar su situación, fue vendiendo poco a poco sus pertenencias. Los hijos varones se rebelaron a la administración de los bienes, a la atención que requería el padre. Así, uno de ellos, el mayor, abandonó la aldea y no se sabe más de él. La hija contrajo matrimonio fuera de la comunidad y no lo visita más. El hijo menor se quedó a vivir con el padre, pero ahora reclama la casa donde viven y el terreno de labor, como herencia. Se niega rotundamente a que las últimas propiedades sean vendidas, pues no tendrían a dónde ir, además, que por ley de "usos y costumbres", le corresponden.

Ahora el hijo exige al padre que abandone la casa, que busque su sustento, pues "come sin trabajar". Su hijo no le habla, le enfada su sordera y le importuna con sus achaques. Lo obliga a ir a traer leña al monte, le pide que se de prisa. Cuando "tarda", le cierra las puertas y no lo deja entrar. A menudo el Sr. Luis recibe "majizas" (golpe a palos) cuando no puede trabajar y sólo espera la comida.

El Sr. Luis vive de la caridad, deambula por las calles del poblado. A veces recibe alguna ayuda económica de la iglesia adventista del séptimo día. La gente de la comunidad justifica el abandono en que vive, bajo el argumento de que ahora "sufre el maltrato que dio a sus hijos; está cosechando lo que sembrando", la venganza en su contra, entonces, está justificada. Por otro lado, piensan que la muerte del Sr. Luis ayudaría a acortar su sufrimiento; nadie está dispuesto a "adoptar" un viejo decrepito y abatido por la pobreza y las enfermedades. "Es mucha responsabilidad", comentan. Nadie interpela la actitud del hijo, para con su padre; más bien, parecen aprobar sus acciones, con comentarios tales como: "Si tuviera algo para vender, lo curaría, pero no tiene nada; no trabajó, no tiene interés [económico], ¿cómo lo voy a curar?, a mí no me dio nada". O bien, "Ahí están los

nietos, ahí están los hijos, ¡pero no tiene nada!, ¿para qué [cuidarlo]?”. Otros más son de la opinión de que fue muy “codo” (mezquino, tacaño), y abusaba del poder que tenía; ahora paga las consecuencias: la gente le da la espalda.

El Sr. Luis, siempre callado, recorre con paso lento las calles del pueblo. Lleva consigo un medicamento de administración ótica: neomicina, polimixina b y acetónida de fluocinolona (sinalar). El medicamento, al parecer, le fue proporcionado por la clínica del IMSS, de la localidad. Los niños son crueles; a decir de la gente se burlan de él diciéndole obscenidades, y como no oye, se aprovechan de la situación.

CASO 4

Don Miguel

Edad: 57 años

...No estoy viejo, no me siento viejo. Bueno, en la cara ya estoy viejo, pero no me siento viejo. Yo estoy joven, mis nietos me dicen “papá”, no me dicen “abuelito”. Para el pueblo sí estoy viejo, porque conozco las alabanzas de antes, las danzas, los cantos antiguos, los rezos, la música de tambor; esas cosas de costumbres antiguas: conozco acerca de los dioses antiguos, del zoque antiguo, de costumbres que ahora se están perdiendo. Pienso más bien que me asomo a ser viejo, pero no mucho, digamos, nada más la cara. Bueno, ya peino canas.

Pero también ya hay un poco de cansancio, ahorita siento el cuerpo pesado. Lo que pasa es que ya tiene veinte años que llegué a enfermar; me chingaron en (a través de) el sueño;⁵⁰ me querían quitar la vida; mi espíritu, pues, mis enemigos lo tomaron preso y lo encerraron en una cárcel de paredes de oro. Todo lo que le sucedía a mi kojama (tona, animal compañero), me pasaba a mí también. A mi espíritu lo torturaban; por ejemplo, me encerraron en un laberinto de veinte cuartos,⁵¹ todos comunicados entre sí, y era

⁵⁰ La actividad onírica es muy importante entre los zoques, sus múltiples funciones llegan incluso a normar la conducta de los individuos, ya que por medio de esta se conoce la suerte que espera a cada persona en su vida terrenal o después de la muerte. Constituye además un método para el diagnóstico de las enfermedades y es utilizado también para dañar, prevenir o protegerse de posibles males según sea el caso; conocer la tona de las personas, realizar negocios, pronosticar el sexo de un feto en el vientre materno o predecir el éxito o fracaso de una empresa. *Vid* (Reyes, 1986:105-117).

⁵¹ Hace referencia a un lugar mítico conocido en lengua zoque como *I'ps tojk* (lit.: veinte casas). Se concibe como un laberinto en donde los espíritus son juzgados por un tribunal del Inframundo

angustiante no encontrar la salida. Otra vez soñé cómo me desbarrancaban, al ir cayendo, grité fuerte y desperté de mi pesadilla. A partir de entonces tuve fuerte dolor de cabeza, calentura, debilidad y ya no quería comer.

Yo sabía que eran mis enemigos que me querían matar por medio de la brujería. Son brujos los que atraparon a mi espíritu, por eso es que estaba cada vez más enfermo y enfermo. Pero me armé de valor y quería descubrir quién o quiénes me tienen envidia. Consulté entonces a un amigo y vio en sus sueños quiénes me estaban haciendo mal, pero lástima, no me quiso decir nombres, sólo señas o hacía que recordara cosas como: “¿te acuerdas que no quisiste prestar tus animales para que fueran a trabajar ajeno?”, “¿te acuerdas a quién insultaste estando bolo (borracho)?”, “¿te acuerdas dónde caíste y te asustaste?”, y otras cosas.

Me dio medicina (yerbas medicinales, “barridas”,⁵² baños de vapor, dietas, oraciones) y me curó; me atendía por las noches, en tres noches me curó. Le habló a los cerros, a las cuevas, a los caminos, que me dieran libertad, que era inocente. Si cometí algún error que me perdonaran, pues ya había sufrido bastante. Al segundo día ya podía comer, mi cuerpo ya aceptaba la comida. Yo le decía a mi amigo: “cóbrame”, pero no quiso, porque dijo que yo pensaba que me venía a burlar de él. Al revés, me aconsejó: “tienes animales compañeros muy fuertes, por eso no pudieron contigo. Tu sangre es valiente y fuerte; si llevas paciencia, hasta en tu vejez serás feliz. Llegará el tiempo de tu vejez, vas a vivir feliz”. Y pasó el caso, ahora estoy bien, no mintió el amigo.

Hasta ahora poco a poco estoy cambiando. Aunque he sido bastante fuerte de salud, las “riumas” ya me están molestando, pero estoy tomando pastillas para el dolor (prodolina f) y me aplico cataplasmas con plantas “calientes”; siempre me [auto]atiendo. De los demás estoy contento, pues ya consulté el oráculo y dijo que voy a estar bien, que cuide mi matrimonio. A mis hijos ya les di su parte, su casita, su solar, su parcelita. Ya estoy contento. Bueno, sólo mi hijo, el casado, quiere que le compre otra casita y otro solar. Estamos en pleito,⁵³ lo vamos a arreglar el asunto.

constituido, según algunos informantes, por veinte brujos; otros, por veinte deidades, en donde diez son los que inducen a hacer el bien y los diez restantes, al mal. En ese lugar los hechos se reconstruyen, se juzgan y de dicta un veredicto.

⁵² El tratamiento de “barrer” el cuerpo parte del principio de contrarios, salvo contraindicación del terapeuta. Consiste en golpear (barrer) suavemente y en forma rítmica el cuerpo, de la cabeza a los pies, con plantas que se le atribuyen propiedades “calientes” si el padecimiento es de origen “frío”; y plantas de propiedad “fría”, si el origen causal de la enfermedad es diagnosticada como “caliente”. El principio en que se fundamenta la “barrida”, es buscar el balance térmico del cuerpo. El alma es colmada de bendiciones.

⁵³ El hijo mayor acusó al padre, ante las autoridades locales, que la herencia recibida al contraer matrimonio había sido “insuficiente”.

La *carrera del enfermo* se traza en función de muchos factores que combinan diversos aspectos tanto culturales, sociales, como económicos. Se ha dicho, en términos generales, que el enfermo combina varios niveles de atención antes de recurrir, como último recurso, a la medicina conocida como “científica”. Por ejemplo, primero ocurre a la autoatención, después, si el tratamiento no da resultado, se pide el consejo en el seno familiar o de amistad. Si la segunda instancia fracasa, bien puede buscar a una persona más calificada (farmacéutico, curandero). Y, como última instancia, puede acudir a los servicios de un especialista sea de la medicina conocida como “tradicional”, sea de la medicina “moderna, o bien, hace una combinación de las dos, buscando una mayor eficacia del tratamiento (Freyermuth, 1993:109; Menéndez, 1990:57).

Para el caso indígena en particular es muy importante considerar, para iniciar la *carrera del enfermo*, la etiología del padecimiento, es decir, que el origen causal sea considerado de orden natural o sobrenatural. Dependiendo del diagnóstico y del pronóstico se elige el tratamiento a seguir, pues se parte del principio que “el doctor cura las enfermedades del cuerpo, de la carne; no del alma” (Reyes, *op. cit.*:346). La *carrera del enfermo* evidencia, pues, “que por lo menos respecto de la atención de varios padecimientos, que pueden ser diarrea, empacho, diabetes o una fractura ósea, el *enfermo* articula la autoatención con la consulta a un curador popular y/o la demanda de atención de un servicio biomédico. Pero este proceso de articulación *generado a partir de los propios sectores sociales*, no es idéntico al impulsado por determinadas instituciones del Estado” (Menéndez, 1997:99).

En un estudio realizado sobre la práctica médica entre los tzotziles-tzeltales de Chiapas, J. Page observó que:

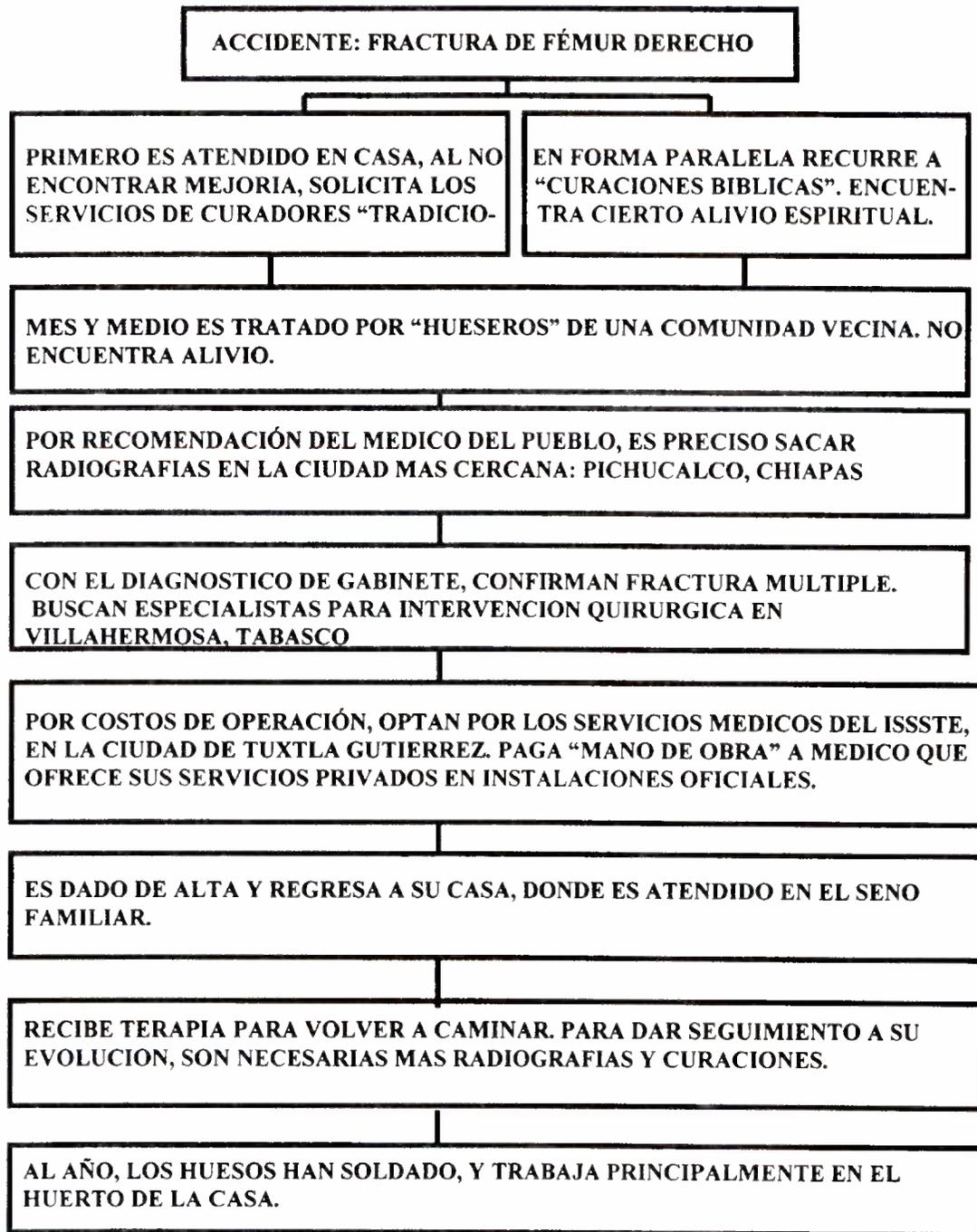
el grado de aculturación logrado a partir de los procesos de inculcación de elementos de la sociedad dominante, se reflejará, según el caso, en la generación de hábitos que tenderán a la transformación gradual de toda la práctica social, e irán determinando, en el caso de las

prácticas médicas, la preferencia en el consumo de la práctica médica alopática; y en el caso de proceso de trabajo de los diferentes practicantes tradicionales, la incorporación de algunos elementos propios del modelo médico hegemónico con la consecuente transformación del sentido de algunas técnicas de la práctica médica tradicional (Page, P., 1996:215).

Sin embargo, Page no considera la disponibilidad y la accesibilidad a los servicios médicos que el paciente quisiera acceder. No basta, pues, la “aculturación”, sino la red es más compleja, por ejemplo la falta de servicios médicos no sólo de primer nivel de atención, sino que la ausencia de servicios de segundo nivel de atención constituyen prácticamente la norma, lo cual nos conduce a la no disponibilidad de servicios.

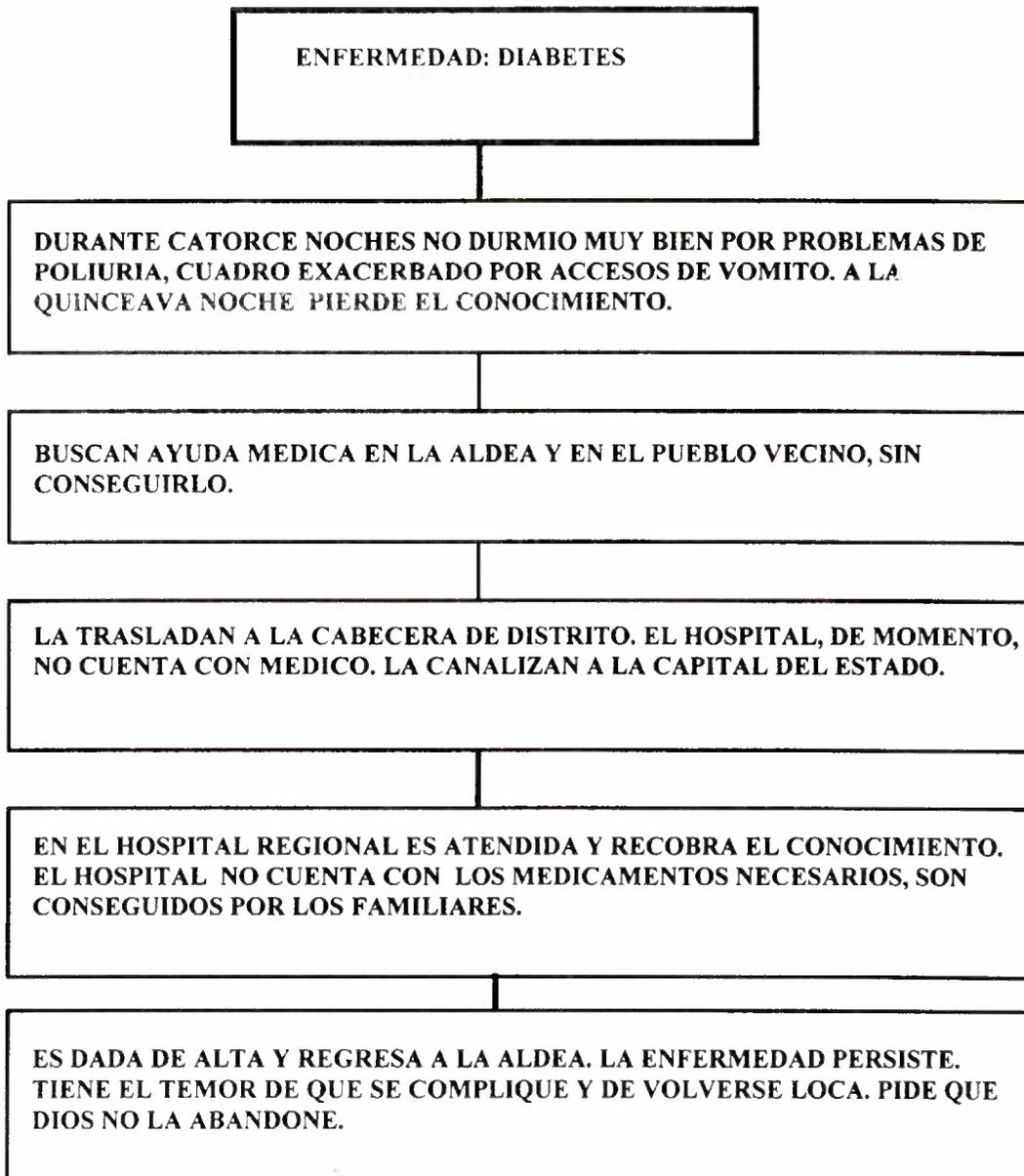
Para conocer la *carrera del enfermo* en el contexto zoque de la vejez, veamos en forma esquemática, cada uno de los casos antes referidos.

DIAGRAMA CASO 1



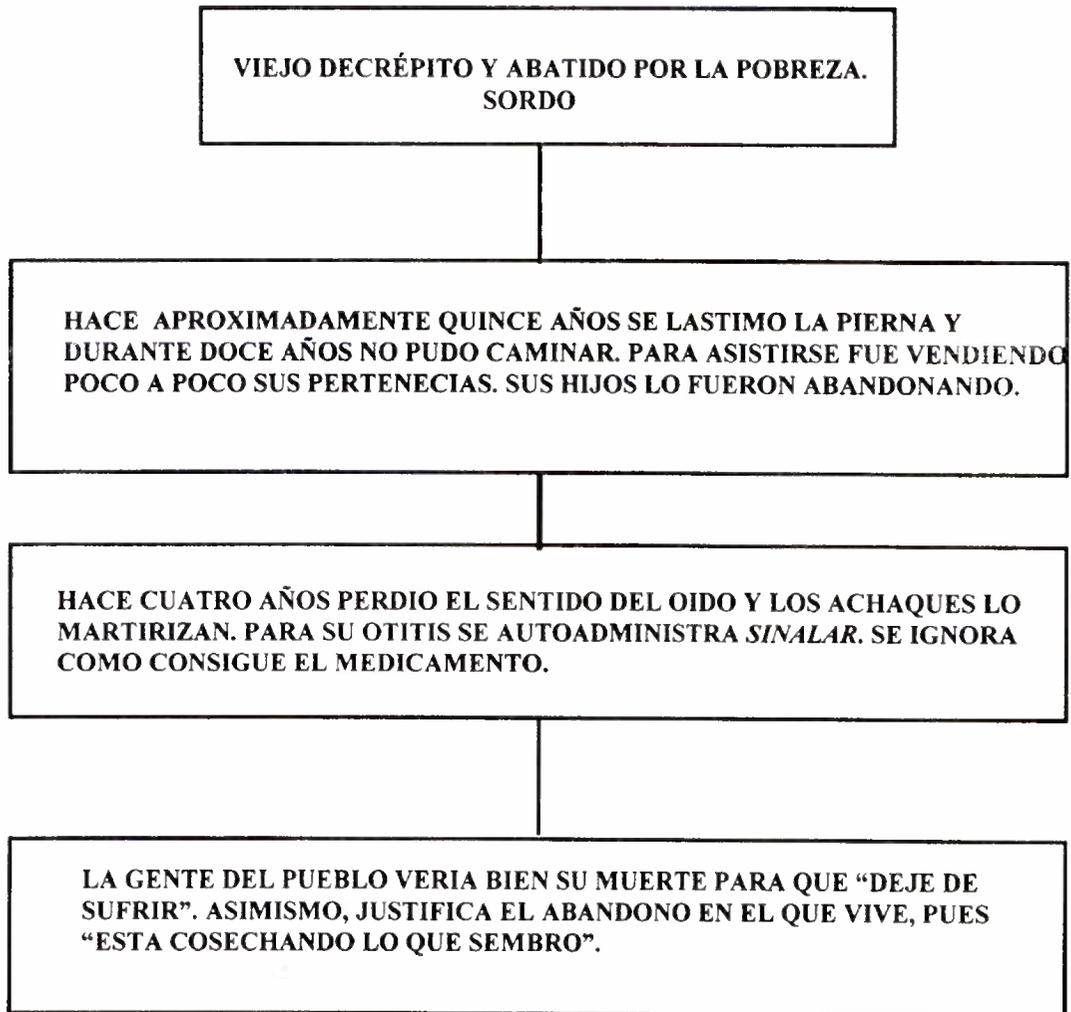
Fuente: Entrevista a profundidad. Tapalapa, Chiapas, 27 de marzo de 1997.

DIAGRAMA CASO 2



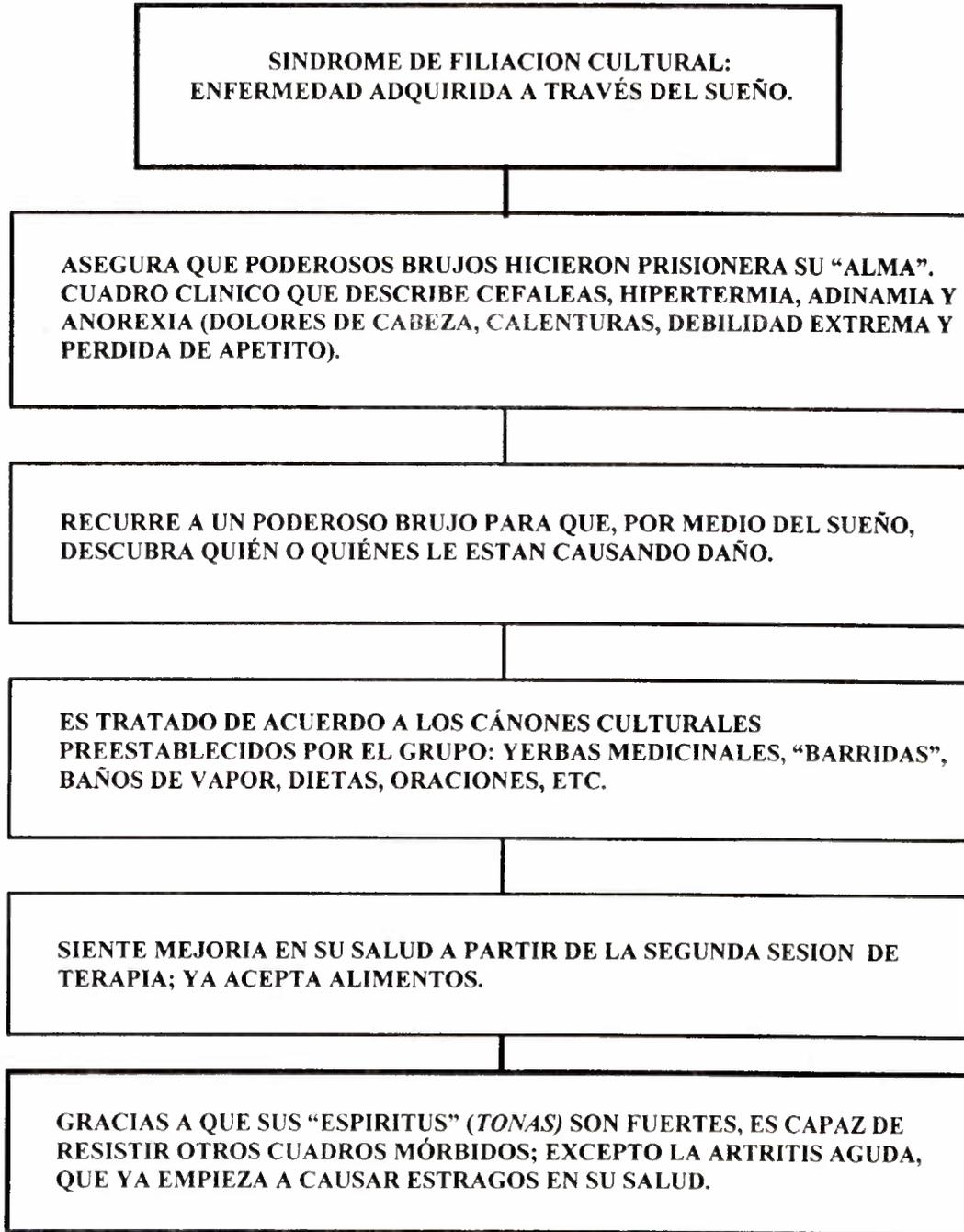
Fuente: entrevista a profundidad. Rivera Hidalgo, Mezcalapa, Chiapas, 11 de abril de 1997.

DIAGRAMA CASO 3



Fuente: entrevistas y observación directa. Tapalapa, Chiapas, 27 de marzo de 1997.

DIAGRAMA CASO 4



Fuente: entrevista a profundidad. Tapalapa, Chiapas, 25 de marzo de 1997.

Los cuatro casos clínicos vistos anteriormente muestran una diversidad de recorridos que hace el paciente ante un problema de salud. No obstante de tratarse de comunidades indígenas pequeñas, y del mismo grupo étnico, el comportamiento ante la enfermedad es diferencial; no podemos, entonces, homogeneizar una respuesta cultural concreta en el contexto sociocultural zoque del enfermar. Esto es más evidente en las edades avanzadas, sobre todo porque las enfermedades crónicas en estos periodos “son naturales o propias de la vejez”. Sin embargo, una constante aparece en todos los casos, y parece ser la directriz que señala en buena medida la *carrera del enfermo: el interés económico que representa el enfermo crónico para evaluar, con toda crudeza, si es conveniente o no cuidar de él.*

Sin embargo, la herencia de bienes económicos no es el único medio que nos da la pauta para alcanzar la vejez “exitosa”; hay que considerar otros factores también importantes como la relación afectiva, el apoyo de las diferentes congregaciones religiosas, civiles o políticas (católica, protestante, Alcohólicos Anónimos, PRI, PAN, etc.) a las que se adscriba el individuo; las redes sociales y familiares con las que se identifique el sujeto, y un aspecto muy importante: **el comportamiento social que ha desarrollado el individuo en la vida comunitaria.** Es decir, se brindará mayor apoyo y comprensión a aquellas personas que han llevado una vida ejemplar; en cambio, el apoyo disminuye de parte de la población si el individuo observó mala conducta en prácticas o acciones que se le imputen tales como brujería, asesinato, robo, etc.

Los zoques darán un trato social un tanto recíproco considerando la historia individual del sujeto, como “pago” a sus acciones. Si el viejo trazó un perfil de bondad o perversa en su carrera hacia la vejez, se espera que el trato siga el mismo

diseño. Este sistema de trato recíproco es conocido en lengua zoque como *yajwitu'u cAyowe* (lit.: “devolver lo prestado”) (Harrison, 1981:479), generalmente aplicado a sistema de venganzas por mala acciones, y específicamente para trato recíproco sea éste de buenas o malas acciones, se utiliza la expresión: “*mij ndsi'wiru ja bia'tsi ti do dsojkuba*”, que literalmente significa: “te devuelvo lo que me has hecho”. El viejo, pues, espera hipotéticamente que la sociedad lo trate como él se desarrolló desde su juventud, en ella.

De igual manera, y trasladando el sistema de reciprocidad social al ámbito de las relaciones familiares, los padres esperarán un trato recíproco de sus hijos de acuerdo al apoyo que éste le haya brindado. Un testimonio explica muy bien esta relación:

...hay muchos compañeros que en la formación de sus hijos se portan un poquito mal, que en vece (a veces) un hijo quiere prepararse, estudiar, y el papá no le da apoyo. El hijo agarra algún vicio, y ya se echó a perder ese niño. Entonces, cuando en el mejor momento el padre lo necesite, pues los hijos andan quién sabe dónde, haciendo cosas que no deben hacer; mientras, el papá sufriendo. [El hijo pensará entonces:] ‘qué chingados voy a hacer con el viejo, si cuando yo lo necesitaba no me apoyó, no me ayudó, pues haber qué hace’. Hay mucha gente así, son raros los papás que criaron sus hijos y que van a estudiar por ahí, y que regresan pero con mucho respeto, con mucho orden, pero no son todos (Entrevista, Cirilo M y Luis H., 1 de abril de 1997).

La preocupación de los padres está en relación directa a la herencia en vida, a la falta de ésta, los hijos reprocharán:

Como no me dejaste herencia, como no trabajaste eso es lo que te mereces. [El trato que demos a nuestros hijos] de la misma manera podemos pagar, y

tenemos que hacer algo para [la atención de] nuestros hijos, porque si no, de esa manera vamos a terminar (Entrevista, Rosario C., 1 de abril de 1997).

La responsabilidad moral de cuidar al viejo recae en el ultimogénito hijo varón o en el nieto que viva con los abuelos, aunque la hija, sin mediar mayor herencia o la ausencia de ella, es más proclive a cuidar de los padres en la vejez. La muerte es vista con toda naturalidad, y hasta necesaria en el paciente decrepito, pues ayudaría a dejar de sufrir los achaques de la vejez disfuncional.

En caso de haber alcanzado la vejez manteniéndose soltero o casado sin hijos, la herencia se negocia con un sobrino, para que cuide de él, en la decrepitud. La mujer, como era de esperarse, lleva la peor parte, pues si alcanza la vejez siendo soltera y sin hijos dependerá de sus padres o hermanos. Si contrajo matrimonio pero no tuvieron hijos, la mujer dependerá de su esposo y a la falta de éste, de sus hermanos.

En una economía campesina-indígena de subsistencia, es decir, de pobreza extrema, el interés está puesto en aquellos que aún son productivos o han acumulado algunas propiedades para negociar el cuidado en su vejez. Resulta incómodo decirlo, pero *la lógica de atención y el cuidado del viejo en la decrepitud, finalmente se traduce en reciprocidad del monto de la herencia. La relación en el cuidado del viejo, pues, está mediada principalmente por intereses económicos previendo, a la vez, el aseguramiento de la vejez del heredero en el futuro.* Así, los padres mostrarán profunda angustia “qué [herencia] dejar a los hijos”. Un dicho zoque refleja muy bien ésta preocupación que a menudo pronuncian las ancianas: (“*anke pekabø waka ndsajkabya øj une*) “aunque sea canasto viejo le dejo a mi hijo”.

La *carrera del enfermo* viejo, pues, podremos entenderla mejor considerando el aspecto mediador: la herencia. Por otro lado, es importante *arriesgar* el cuidado dependiendo de la gravedad del enfermo y, sobre todo, si después de su convalecencia pudiera reintegrarse al trabajo productivo. En casos como la ceguera, la sordera, la parálisis o los infartos, generalmente siguen su curso “normal”, es decir, sin mayor atención.

Caso uno, Don Pedro.

Muestra una trayectoria bastante completa. La característica que reviste es que, en primer término, no se trata exactamente de una enfermedad, sino la atención en salud es motivada por un lamentable accidente. Por otro lado, el *enfermo* es un viejo funcional y, sobre todo, goza de una economía desahogada que le permite combinar una serie de recursos tanto biomédicos como “tradicionales”, pasando por la autoatención, cuidado familiar, médico particular, servicios oficiales de salud y el refugio permanente en la religión. Pese a la posibilidad de acceso a diferentes canales de atención, el paciente sufrió dolores por más de un mes, en virtud de lo incomunicado de la localidad porque sus caminos son transitables principalmente en época de secas.

El cuidado y atención de que fue objeto obedeció en buena medida porque representaba un interés económico muy fuerte; no obstante, el *enfermo* siempre manifestó profundo temor porque su familia se aburriera de él, y lo abandonara, a grado tal que hasta disminuyó la cantidad de sus alimentos con la finalidad de no importunar, principalmente, con sus constantes requerimientos de atención para sus necesidades fisiológicas.

Caso dos, Sra. Silvina.

Da cuenta de una situación dramática: la Sra. Silvina sólo es considerada realmente enferma hasta que pierde el conocimiento en forma repentina, antes no. Su carrera la inicia justamente por la acción de terceros. Los accesos de poliuria y vómitos no constituyen en la mujer un cuadro mórbido digno de atención, más bien eran considerados hasta “normales”. Tiene que perder el conocimiento para considerarla realmente enferma.

Por otro lado, es muy importante referir no sólo la ausencia de galenos en los Centros de Salud, sino también de servicios particulares, y muy en especial, de servicios médicos de segundo nivel de atención. Ante problemas de salud como el desvanecimiento repentino, la medicina “tradicional” no constituyó una primera opción de atención, sino la carrera se inició directamente en el refugio de la medicina alópata. Tras la búsqueda infructuosa de algún médico que atendiera la emergencia, la paciente es canalizada directamente al Hospital Regional en la capital del Estado, lugar donde tampoco tienen todos los medicamentos que requiere la paciente, sino los faltantes son conseguidos en el exterior.

El esposo, encargado del traslado de la Sra. Silvina al hospital, tiene que endeudarse y solicitar el apoyo económico de sus hijos para afrontar la situación de emergencia. Ante la pobreza y la falta de atención médica –entre otras cosas- de que son objeto, el esposo hace serios reclamos por el abandono y marginación en que viven, y se pregunta: “¿el gobernador, para qué está?. ¿Será para apoyar al pueblo... o para acabar de joder?... son los gobiernos los primeros bandidos.”

La enfermedad de la Sra. Silvina sigue su curso, y el mayor temor que le invade es volverse loca. Ha instruido a sus hijos de que si eso llegara a pasar, que la encierren, que no la dejen salir, pues sabe que su mal no tiene remedio. Sólo le pide a Dios que no la abandone.

Caso tres, Sr. Luis.

Es más patético aún que los anteriores. Este es el ejemplo clásico del viejo disfuncional que no representa ningún interés económico que valga la pena velar por su salud. Abatido por la pobreza, tras haber vendido sus propiedades para sufragar los gastos de manutención durante su larga discapacidad, los hijos lo van abandonando. Su sordera vino a complicar más las cosas, pues el ultimogénito hijo, aparte de enfadarle con sus achaques, ahora le retiraba la palabra. Incapaz de trabajar, el Sr. Luis desea vender lo último que le queda: su humilde choza y un pequeño terreno de labranza, pero el hijo reclama, valiéndose de las leyes de “usos y costumbres”,⁵⁴ como suya tales propiedades.

Por el contrario, el Sr. Luis es corrido de *su* casa y a menudo recibe maltratos físicos de parte del hijo por sólo esperar alimento, sin trabajar. El Sr. Luis vive de la caridad, no recibe atención médica y se ignora cómo pudo conseguir un medicamento de administración ótica. El pueblo parece justificar el abandono en que vive, pues no tiene ningún interés económico que valga la pena cuidar de él. Nadie está dispuesto a “adoptar” un viejo decrepito; eventualmente la iglesia adventista del tercer día le

⁵⁴ Concepto que entró en boga en las negociaciones de las pláticas de San Andrés. Hace referencia específica a un nuevo marco jurídico de relaciones entre los pueblos indígenas y el Estado, en donde el Gobierno Federal asume el compromiso de impulsar las siguientes acciones: las demandas indígenas deben quedar consagradas como derechos legítimos, respeto a sus tradiciones para garantizar la

presta alguna ayuda económica. La gente del pueblo dice que sólo la muerte ayudaría a mitigar sus penas.

Caso cuatro, Don Miguel.

Refleja la visión indígena zoque, el caso *ideal*, del contexto cultural del enfermar. Para el pueblo, Don Miguel sí es un viejo “tradicionalista”, en términos culturales. Pero él no se asume como tal; por el contrario, aunque ya “peina canas” y tiene nietos (que le dicen “papá”, no abuelo), nada más es viejo “de la cara”, pero no de actitud.

Su enfermedad la adquirió hace veinte años. Fue por mediación del sueño que poderosos brujos hicieron prisionera su *kojama* (*alter ego, animal compañero*). Buscó solución a su padecimiento por los mismos canales: la contrabrujería. Gracias al tratamiento “tradicional” bajo la administración de yerbas medicinales, “barridas”, baños de vapor, dietas, oraciones y toda la parafernalia que requería para liberar el “espíritu” prisionero, el síndrome que lo aquejaba (dolores de cabeza, calenturas, cansancio extremo y pérdida de apetito), fue cediendo poco a poco. Sin embargo, tiene muchos enemigos oníricos quienes lo quieren dañar, pero gracias a que es de “sangre fuerte” (tonas fuertes, que guarda en absoluto secreto, pues de descubrir cuáles son, sería presa fácil de los maleficios), resiste a los embates.

Tras consultar el oráculo, éste le auguró una vejez feliz. Actualmente le aquejan cuadros reumáticos agudos, y los trata con analgésicos, combinando el tratamiento con cataplasmas y plantas de propiedad “caliente”.

vigencia de sus formas propias de gobierno, derechos de jurisdicción, derechos sociales, derechos económicos, derechos culturales. *Acuerdos de San Andrés* (1996:12 Ss).

Hasta aquí, lo que podemos considerar en la *carrera del enfermo* viejo, en la comunidad indígena, son varias cosas, por ejemplo:

- 1) El costo económico que implica ayudar a vivir un tiempo más, sobre todo al enfermo crónico. Cuando el viejo siente que su padecimiento no tiene cura o que los costos son muy elevados, se resigna a morir. En el mejor de los casos, negocia su herencia para que reciba atención en la vejez disfuncional. En casos de padecimientos crónico-degenerativos como la ceguera, la sordera, la parálisis y sobre todo el infarto, la enfermedad sigue su curso “normal”, pues “son enfermedades normales de los viejos”.
- 2) Se *arriesga* a sanar, en todo caso, aquellos que pudieran después de la convalecencia, a reincorporarse al trabajo productivo, pues el enfermar sale muy caro, sobre todo en la vejez. La jornada laboral diaria se paga a razón de veinte pesos (2.35 DLLS. aproximadamente). Conviene, pues, desde la economía campesina, invertir en los que producen.
- 3) La combinación de diferentes recursos médicos depende no sólo de la capacidad económica del paciente, sino también del origen causal de la enfermedad. Es decir, si la etiología es clasificada de origen natural o sobrenatural. Generalmente las enfermedades de origen natural serán canalizadas para la atención en el seno de la medicina “moderna”, y las de origen sobrenatural, a la medicina “tradicional”, aunque ésta última incluya en su tratamiento cada vez más medicinas de patente. A medida que ven la efectividad de los fármacos, las incorporan al tratamiento

“tradicional”, creando otros problemas como la automedicación y sus efectos secundarios (iatrogenias).

- 4) La marginación en que viven es de todos conocida. A los zoques les irrita mucho el abandono en que viven. En materia de salud, por ejemplo, los servicios son de atención primaria; muchas de las clínicas no cuentan con médicos, a lo más, con personal paramédico. En caso de requerirse atención más especializada, los servicios son ofrecidos en las ciudades más cercanas.
- 5) Existe un miedo natural, principalmente en los ancianos, a morir fuera de su aldea y lejos de los suyos. El no aceptar a ser tratado en hospitales podría estar también vinculado al temor de no regresar vivo, pues generalmente cuando son intervenidos lo hacen como última opción, cuando la enfermedad ya está muy avanzada.

B)- *El maltrato al viejo*

Cuando hablamos de *maltrato al viejo* nos estamos refiriendo a tratar duramente, con violencia, no sólo física sino también verbal, emotiva, de interacción ruda cara-a-cara en la vida cotidiana (despojo, engaño, burla, segregación, inducción al suicidio, senilicidio, abandono, menosprecio, etc.), por parte de la población, hacia los ancianos y ancianas.

En el marco de las investigaciones geriátricas el *maltrato al viejo* se le ha llamado *síndrome del viejo maltratado*, que consiste:

en cualquier tipo de sufrimiento que presente un individuo de edad avanzada, causada por otra persona en el marco físico, económico, psicológico o de su calidad de vida... El abuso psicológico consiste en toda una gama de comportamientos que causan sufrimiento emocional: abuso verbal, como amenazas, insultos, órdenes rudas o agresión; aislamiento, si se ignora al anciano; infantilismo, cuando se le trata como a un niño pequeño y acepta pasivamente su dependencia; humillaciones, provocaciones de miedo o temores e interferencia en la toma de decisiones.

El maltrato físico produce una gran cantidad de lesiones corporales y consiste en golpes, empujones, quemaduras, apretones, ataduras, negligencia, alimentación inadecuada, privación del sueño, sobredosificación o privación de medicamentos, negación de atención médica, privaciones de cuidados, agresión sexual.

Se reconoce como abuso económico al mal uso, explotación o falta de atención a las posesiones del dinero de una persona mayor. Incluye la apropiación y el manejo irresponsable de estas posesiones, así como la presión sobre la víctima para que las distribuya (Carrillo, A., 1998:10).

El *maltrato* al viejo en la comunidad indígena se vuelve más evidente en los pobres que constituyen, desafortunadamente, la mayoría. Para conocer más de cerca cómo se da este *maltrato* es preciso ver cada uno de los espacios sociales en que se genera, y su desarrollo. Los casos que aquí se presentan están documentados y verdaderas las experiencias por los propios actores sociales: los viejos.

1)- El engaño institucional

Como es de todos sabido, y en forma muy especial, Chiapas atraviesa por un clima de violencia generalizada, exacerbada por el surgimiento de la guerrilla zapatista en enero de 1994. A partir de entonces se instrumentaron diversos programas oficiales y no oficiales de atención hacia los pueblos indígenas. Por ejemplo, refiriéndonos en forma exclusiva a aquellos programas que debido a problemas de corrupción terminaron afectando de manera negativa a la población envejecida, tenemos las siguientes experiencias:

- i) El DIF (Desarrollo Integral de la Familia), lanzó un ambicioso programa de atención a los viejos brindándoles mensualmente y en forma gratuita una despensa que consistía en lo siguiente: dos kilogramos de harina de maíz (minsa, maseca), uno o dos litros de aceite de cocina, dos kilogramos de arroz y un kilogramo de azúcar. El reparto se hizo a través de un censo comunitario que consideraba “viejas” a personas de 60 y más años. En los primeros meses tal despensa era repartida sin mayor problema, sin embargo, se acercaron las elecciones y el reparto de la despensa tomó un matiz político. En palabras del Sr. Benjamín, nos narra su experiencia:

... en esos tiempos, pues, daban la micsa [*sic*] a los pobres, pero cuando entró el agente municipal [del PRI], entonces ya no me dan a mí la maseca... me la quitaron nada más porque no apoyé el partido PRI, nada más por eso... Vino problema del partidario [*sic*] y otra de PAN; estábamos en partido PAN. Los del partido PRI ofrecían leche, maseca; hasta dentistas traían (ríe a carcajadas) y no se que otro más... Venían personas de Tuxtla, vienen a ofrecer lentes a los ancianos que ya no ven. Iban a traer lentes a las dos tandas de pago [el costo total de los anteojos era de \$375.00]... Pagamos [la primera tanda, la de mi mujer y la mía], pero se perdió ese dinero. Pregunto yo: ‘¿A dónde se fue esa mujer que nos vino a ofrecer pues ese lente?’. Me decían que se fue; ni ella nos dijo a dónde se fue, era una trabajadora del DIF (Entrevista, Don Benjamín, 11 de abril de 1997).

Vivencias como la antes expresada, se repiten a menudo en las historias de vida de los viejos. Aprovechándose de las necesidades de ellos, abusan del poder para condicionar cualquier tipo de “ayuda” gubernamental, que lejos de solucionar un problema, los confrontan para enemistarlos por cuestiones ideológicas e intereses partidistas. Finalmente, lo que menos importó fue la ayuda dirigida a los viejos, sino el interés estuvo puesto en la manipulación de la despensa con fines políticos o de lucro personal, como es el caso de fraude en el ofrecimiento de anteojos y el reparto de la despensa.

Otro tanto sucede cuando los viejos requieren, por ejemplo, de una silla de ruedas. Tendrán prioridad los afiliados al partido oficial. Si el solicitante es simpatizante de otro partido político diferente al PRI, la ayuda será condicionada para que cambie de adscripción partidaria, bajo el argumento de que quien ofrece estos servicios es el gobierno oficial, y no la oposición. Este fenómeno de manipulación ha enemistado y afectado seriamente a sectores como el de la población anciana.

2) El *maltrato físico*

La forma más común en que se maltrata físicamente al viejo, son “las majizas”, o en términos regionales de Copainalá, se conoce como “las marejadas”. Esto es, reprenderlo duramente con golpes propinados con una vara repetidamente, sobre su cuerpo. Existen otros mecanismos de azote, como las ejecutadas con lazos de ixtle (“riatiza”) o cuero (“cueriza”), aunque también suele castigarse directamente con puño cerrado (“puñetazos”), pero son los menos. Aunque lo más común es que se propine estos castigos al viejo (masculino), suele suceder que también la mujer resulte golpeada.

Las rencillas en el desacuerdo del monto o la falta de la herencia parecen ser la causa principal que motiva la enemistad entre el heredero y su padre. Para entender la importancia que tiene la herencia entre los zoques, basta conocer la traducción literal de tal término: *tsajkayu ojara'is yø yoskuk* (“Me dejó mi papá este trabajo”).

El golpeador, para justificar que su actitud fue “inconsciente”, generalmente recurre a intoxicarse con alcohol, y bajo los efectos de éste, comete el *maltrato*

físico⁵⁵ Para ejemplificar este tipo de *maltrato*, cuento con dos testimonios. Uno de ellos corresponde al padre golpeado y otro más, a un hijo golpeador. Se trata, pues, de dos casos diferentes. Veámoslos:

Mi hijo ya se había casado y quería casa [aparte]. Me dijo que quería vivir solo, en mi casa, en mi terreno... Me quiere chingar... ya le di mujer, casorio; le ayudé a construir su casita [en mi solar]. Ahora quiere sembrar flor en mi terreno. Todo quiere regalado; así los dos no entramos [bajo el mismo techo, en el mismo terreno]. Actúa por voluntad de su mujer; ya tiene cinco años que no me habla mi hijo....

El solar es mío, están a mi nombre todos los documentos. [Para evitar más problemas] yo me fui, le dije: 'yo voy a salir, llevo mi manguera', y me insultó. Por su mujer nos separamos. (Guarda silencios prolongados)... No me hablo con mi hijo, no, *porque me pegó* una vez que nos emborrachamos, estábamos en una cantina y me golpeó (señala el puño derecho), y me tuve que defender y le pegué [también].

Después vendió el terreno, ya dejó el solar. No quiere tener recuerdos. Tienen interés (en la herencia) de su padre, ¿qué va uno a hacer si no hay nada [que heredar]?. Como yo, mi papá me dejó sin casa, sin solar, sin mujer; en cambio, yo pedí a la mujer según la costumbre... (Entrevista, Don Miguel, 23 de marzo, 1997).

La comunidad se enteró rápidamente del suceso, y era el tema de conversación en boga. Las opiniones se encontraban divididas, unas veces a favor del golpeador (hijo) y otras más, a favor del golpeado (padre), pero no pasó a mayores. Así como la noticia corrió rápidamente de boca en boca, con la misma rapidez se fue olvidando, como si el evento fuera algo "natural", "normal", socialmente aceptado, pues no hubo ningún tipo de represalia. El incidente pronto pasó como un anecdotario más de la comarca.

⁵⁵ Menéndez (1987b:83-84), refiriéndose a la "irresponsabilidad" del alcohólico de sus actos bochornosos ante la sociedad se justifica y le está permitida, justamente, por estar borracho. Al respecto dice: "La embriaguez constituye una máscara que permite la transgresión y en determinado caso la crítica de las instituciones, donde el borracho expresa al conjunto social de pertenencia y donde éste se reconoce/desconoce en su 'irresponsabilidad'".

Respecto al segundo testimonio, donde un hijo acepta haber propinado singular “majiza” a su padre actuando bajo los efectos del alcohol, es muy interesante, pues por lo general los hijos golpeadores se deslindan de tal responsabilidad negando los hechos, bajo el argumento de que si lo hicieron, estaban fuera de sí, “inconscientes”, y por lo tanto, libres de culpa. El testimonio en referencia dice así:

... Sí, lo ‘marejé’, pero fue por defender a mi madre, por defender otros aspectos (la herencia). Por borracho, por briago. Nunca adoptó su lugar de padre, entonces los hijos son los que vienen a aplicar un [correctivo] en determinado momento.

En mi caso personal, mi padre es una persona que él vivió su vida, en su tiempo. Tuvo la oportunidad de hacer su vida, y manejó dinero. Desgraciadamente su alcoholismo lo hizo quedar en nada. Entonces nosotros quedamos chiquitos, desde pequeños desamparados de él; y todos crecimos, ahora lo estamos viviendo, es que *casi todos mis hermanos le han dado la espalda a mi padre, yo fui uno de ellos...* He estado recuperando un poquito de todo ese trauma que traigo.

El ya no vive ahora con mi madre; se dejó definitivamente de él. *Yo actué mucho tiempo en contra de él, porque no me heredó, no me dio [nada]...* Por desgracia fuimos once hermanos, ninguno siquiera tiene la primaria; me salí a los quince años a vagar [buscando] buena suerte y logre estudiar, terminé una profesión. Todo ese tiempo estuve resentido con mi padre. Viví mucho tiempo atormentado. Esos casos (de maltrato físico a los viejos) se dan frecuentemente en la región.

Mi padre tiene hijos con dos o tres mujeres, pero quedó abandonado, anda del tingo al tango; tirado, sin nada, sin protección, sin hogar, sin esposa, sin hijos... (hace grandes esfuerzos por no llorar). Durante el tiempo que viví con él le daba de beber [alcohol], lo emborrachaba y allí lo dejaba tirado en la casa; se paraba y le volvía a dar “trago” y me divertía con él dándole “trago”. Era una burla que le hacía y me causaba placer. Muchas veces le decía yo en su cara, muchas veces yo le reclamé, lo ofendí diciéndole “viejo”, “pobre”, “pendejo” y no se qué tanto más, al tiempo que lo ‘marejaba’. Por eso le digo que tanto resentimiento se crea en el ser humano, pero aparte también *pienso que es parte de nuestra cultura que nosotros vivimos; no es tanto culpa de nosotros, sino de la cultura que se ha vivido*”.

Yo disfrutaba [el maltrato que le daba a mi padre], porque estaba resentido con él, y ya sabe cuando uno está enfermo del alma, es uno capaz de todo. ***Raro es aquel [padre] que le va bien y que le salga un hijo consciente, pero la mayoría de los casos que aquí se dan, terminan en abandono [del padre].*** O que, ¿actué mal? (Entrevista, Rosario C., 11 de abril de 1997).

Al igual que el testimonio anterior, la comunidad se enteró de las “majizas” que el hijo propinaba al padre, pero sin mayor repercusión social; por el contrario, parecían avalar la actitud del hijo, pues el padre aparte de haragán, alcohólico,

mujeriego, irresponsable, derrochador, sinvergüenza, orgulloso y “no querer dar su brazo a torcer” (no querer reconocer sus errores), quería vivir bajo la protección de sus hijos y de sus esposas, *sin haberlos heredado*.

Por eso, cuando el hijo “marejaba” al padre, aparte de disfrutar el *maltrato* sentía placer al hacerlo porque estaba actuando de acuerdo a la costumbre del pueblo, bajo la idea de estar “enfermo del alma”, que significan muchas cosas: rencores acumulados, descarga emotiva, aplicando un correctivo, defendiendo a su madre, la desatención del padre hacia la familia o simplemente, haciendo cumplir la costumbre cobijado por la influencia del alcoholismo.

3) Burlas públicas socialmente toleradas

Los registros etnográficos que tengo de estas situaciones están documentados por observación directa *in situ*. Se trata de la burla en público al que es sometido un viejo, de aproximadamente 80 años, por un grupo de jóvenes que se encuentra ingiriendo bebidas embriagantes en una cantina que expende al aire libre, denominada “La Curva”. A pesar de ser tolerado socialmente el *maltrato*, porque nadie reprochaba lo que estaba sucediendo, el registro en vídeo del evento hubiera sido un suicidio porque habría documentado y puesto en evidencia la violencia ejercida contra el viejo, así que opté por mis notas de campo, las cuales dicen así:

Un bullicio llamó mi atención. Un grupo, como de ocho personas –todas jóvenes-, celebraban con grandes carcajadas de las burlas que era objeto un anciano como de ochenta años, que se había unido a otros tres jóvenes que se encontraban tomando cervezas. El anciano tenía facha de vagabundo y, para poder acceder a una cerveza en forma gratuita, dejaba que los jóvenes le hicieran maldades como las siguientes: uno de ellos le pintó, con carbón, descomunales bigotes; otro más, le hizo preguntas chuscas de contenido sexual y, el tercero, le pegó un letrero en la espalda con la siguiente leyenda: ‘dame una patada’. Las risas de algunos transeúntes no se hicieron esperar, otros, en cambio, su actitud fue indiferente. El anciano sólo alcanzó a tomar tres cervezas antes de quedar tirado en el suelo.

Un par de horas más tarde se levantó con dificultad; ya para entonces se encontraba solo y decidió ir a descansar. Grande fue mi sorpresa verlo dirigirse hacia el panteón del poblado. En tal sitio dormía en una capilla bastante grande. En ese mismo lugar colectaba algunas monedas que dejaban los deudos en calidad de limosnas y también vasos de las veladoras, mismas que lavaba en el río y las vendía o intercambiaba por algún otro satisfactor. Le pregunté si no le daba miedo dormir en el panteón, a lo que él me respondió: 'miedo hay que tenerle a los vivos; los muertos están descansando' (Diario de campo, Ixtacomitán, Chiapas, 18 de marzo de 1997).

La burla pública que sufre el viejo, y que es tolerada socialmente, se da en forma muy especial bajo los efectos de la intoxicación alcohólica, y en el ámbito de la cantina, lugar "donde se representan las transgresiones, donde se puede llegar a 'hablar', donde se está acompañado, pero también se puede morir... Beber y embriagarse suponen dos importantes posibilidades sociales: hablar y actuar no responsablemente" (Menéndez, *op. cit.*:82-83).

Se trataba, evidentemente, de un viejo que a nadie importaba y como tal era tratado. Vivía de la caridad y su soledad la refugiaba en el alcoholismo. Durante mi estancia nunca observé alguna burla similar, como la descrita anteriormente, en personas sobrias.

4) El abandono

Sobre este particular caso hay uno que me fue confiado y que se dio en una situación de contingencia, que merece especial atención por su dramatismo. El 28 de marzo de 1982 dio inicio una de las catástrofes más grandes que han afectado a los zoques del noroeste chiapaneco en las últimas décadas: la erupción del volcán El Chichonal.

Este fenómeno marcó una era caracterizada por muerte, desolación, hambre, desaparición de pueblos a diez kilómetros a la redonda a partir del cráter; propició la migración masiva, forzosa, violenta y repentina de sus pobladores, y los enfrentó a los retos que exige la sobrevivencia en condiciones totalmente desfavorables después de una tragedia sin precedentes. Con el referente anterior, la historia se desarrolla así:

...la noche del domingo 28 de marzo [de 1982], como a las nueve de la noche, oigo que gritaba la gente: '¡ya el volcán está reventando!'. Pasaba la gente gritando atrás de mi casa, iban a ver el volcán... me salgo también de mi casa y voy también a revisar (divisar) pronto. Estaba ardiendo como castillo; tronaba como bombas y cohetes. Echaba humos negros, humos rojos, y la tierra se sacudía. Dentro de un momento se empieza a caer piedras y gravas, y mis compañeros algunos querían salir huyendo, que se iban a Ocotepc, algunos más para [el estado de] Campeche y otros regresaban en el camino, y otros iban a la iglesia a hacer oración... Toda la gente estaba llorando por tanto miedo porque pensaban que era El Fin...

...Empezó a zumbear el volcán, se sentía como que se va a hundir la tierra. Llegó un momento en que no se oía nada, pues tanto ruido nos volvió sordos; otros lloraban por sus pecados. Yo lloré, pues un miedo que no podía controlar se apoderó de mí. Eso sí, a la hora de la hora, los que no acostumbraban mucho entrar a la iglesia, cuando hubo peligro ellos fueron los primeros en entrar.

...Fueron varias erupciones. Los caminos quedaron tapados; todo el tiempo era como de noche. Los caminos estaban muy feos: árboles caldos, ceniza caliente, ríos tapados y pura piedra para la subida a Ocotepc, ¿cómo caminar en la ceniza caliente?, en vez de avanzar, retrocede uno. Aún así, la gente salió huyendo. Varias personas quedaron aquí tiradas (abandonadas), pero le voy a contar la historia de una señora que sus hijos la dejaron aquí tirada, y yo la tuve que cuidar, pues no pude salir, porque tenía siete días de alivio mi esposa y tres personas que estaban enfermas de sarampión, mis hijos con calentura y mi 'pichi' (recién nacido) que tenía que cuidar...

Teníamos [con nosotros] una viejita como de 75 años de edad que [la] habían dejado tirado sus hijos, porque sus hijos ya habían salido [huyendo]. ***Su mamá la dejaron porque era una ciega que no mira, por eso sus hijos la abandonaron.*** Sus hijos se llaman uno es Lorenzo Jiménez González y otro Juan Jiménez González, y yo la tuve que mantener y proteger la pobre viejita durante los días que estuvimos sufriendo.

...Salí, días después, en busca de ayuda. Más delante de Chapultenango venían cincuenta federales [del ejército mexicano] y me preguntaron cómo estuvimos y le platicué. Después volví a mi colonia, pero cuando regresé, ya habían venido por ella (mi familia) mis paisanos desde Ocotepc para llevarla a como diera lugar. [De la viejita ciega de la que le platicué anteriormente, la dejé, pues pensé: 'si me quedo a cuidarla van a venir esos soldados y me van a obligar a cargarla hasta Ocotepc; mejor doy parte a la autoridad para que vengán por ella, pues sus hijos la han tirado]. La viejita, finalmente, fue rescatada, y murió ocho días después de haber llegado a La Chacona [campamento de refugio, en Tuxtla Gutiérrez].

Finalmente, sólo un favor te pido: que cuando vayas a [la colonia 'Viejo'] Vicente Guerrero, busques a Lorenzo Jiménez González, quien vive atrás de la iglesia, y pregúntale que ¿dónde dejó a su mamá?. Si acaso tienes miedo, ¡dile que vas de mi parte! (Entrevista, José R., 11 de abril de 1991).

Historias como estas se repiten en esta fase histórica de excepción que vivieron los zoques. Muchas personas, principalmente viejas, se negaron a abandonar la zona núcleo del complejo volcánico durante la crisis del Chichonal; prefirieron morir en sus tierras, que salir de ellas. También se da el otro caso, que pidieron ser abandonadas, pues sabían que la evacuación debería hacerse en forma rápida, y viendo su situación de enfermedad grave o vejez avanzada, preferían suicidarse que estorbar o hacer más difícil la huida. Pero, desde luego, también muchos jóvenes fuertes y sanos, abandonaron conscientemente a sus padres, como es el caso de la historia antes vista.

El abandono de los viejos no sólo se da en situaciones de contingencia como la ocurrida por la erupción volcánica, sino también en casos de extrema pobreza o enfermedad muy grave, donde incluso a solicitud del viejo o la vieja, pide se le “ayude a morir”. Entonces, el o la enferma irá disminuyendo gradualmente la cantidad de alimentos de por sí raquítica, para acelerar su enfermedad y provocar la muerte. Esta práctica es conocida como *kie'ba kia'kuy*, es decir, “**llama su muerte**”.

5)- El senilicidio

En realidad hay muy pocos casos de disposición directa de la vida de los viejos por parte de los hijos, más bien el senilicidio se practica como una extensión por actos de “venganzas de sangre”. Es decir: “Cuando la o las personas que quieren vengarse, llegan al lugar y no está el sujeto sobre el cual se ejercitará la venganza, suele entonces buscarse y se mata a algún familiar lo más cercano posible en términos

parentales. Aún buscando a un solo sujeto, pueden ser asesinados más de un pariente cercano. Para este sistema de relaciones el sujeto aparece como secundario; lo significativo es el grupo. Cada sujeto más que así mismo, representa a su grupo de pertenencia familiar” (Menéndez, 1997:85-86).

Lamentablemente cuando se dan estos actos de “venganzas de sangre”, suele recaer generalmente en el viejo, en el más débil en correr y defenderse, como es el caso a tratar, pero puede ser sobre cualquier otro miembro de la familia que se encuentre presente:

Vera usted, el viejito se llamaba Luis. Era un viejito muy pacífico, sacaba la suerte en el oráculo. Era muy entendido. Con él consultaban las suertes, iba la gente a consultar su suerte, su futuro. Usaba maíz colorado y alberjas [para leer la suerte].

Su nieto [quien vivía con él] tuvo problemas con otro grupo de jóvenes y se enemistaron a muerte. Ya se andaban “venadiando” (buscando y huyendo uno del otro para victimarse a muerte). El año pasado nomás, fueron sus enemigos a buscarlo a su casa, de día; el muchacho ya había huido, sólo encontraron al viejito durmiendo en su hamaca. ¿Qué no lo despertaron?. Primero lo torturaron y después lo mataron; le quitaron la cabeza. Sin delito murió el pobre, a los 92 años de edad (Entrevista, Don Teófilo, 26 de marzo de 1997).

Este senilicidio fue del dominio de todos. Se supo quiénes habían sido los culpables pero, al igual que los casos anteriores, nadie reclamó nada. La casa de Don Luis quedó abandonada y tampoco nadie se atreve a reclamarla o denunciar el hecho, por el temor a recibir el mismo trato.

6)- El despojo

En forma muy especial este tipo de *maltrato* lo reciben las mujeres viudas, pues, a la muerte del esposo, las propiedades son disputadas por los hijos, ya que la mujer prácticamente no tiene derecho a la herencia, sobre todo a heredar la tierra. Cuando esto sucede, la viuda pasa a depender totalmente del ultimogénito hijo varón,

que es a quien generalmente le quedan más propiedades. Sin embargo, este fenómeno tiene sus variantes como lo muestra el siguiente caso.

Hay un joven; no es de aquí [de la cabecera municipal], es de la Rivera de Mazono, ejido que corresponde a Tapalapa. Ahí vive[n] un muchacho y la señora ya muy viejita. La señora tenía su marido, ya viejito también, y ese pobre señor murió, quedó pues la señora viuda. Ese muchacho estaba (creció) con ellos. Cuando estaba pequeñito, ellos lo cuidaban, ellos lo mantenían, hasta que se hizo grande. ¿Qué hizo la viejita [al quedarse viuda]?, la viejita la quiso tener como su marido, y se casaron.

La viejita, a la muerte de su esposo, no quedó muy rica, pero tenían bestia [de carga], cafetal, tenía su casa allá en la Rivera, y otros animalitos. Nomás se enteraron los hijos de que el papá murió, le empezaron a quitar sus cositas, antes de que se casara con el joven; sólo le dejaron su casita. La señora vive todavía, lo que pasa es que está muy viejita. Ahorita ese hombre es joven todavía y su mujer [camina apoyada] con bordón, pobre mujer y su marido joven (Entrevista, Don Téofilo, 26 de marzo de 1997).

Este caso de despojo de los hijos hacia la madre obedeció, desde la perspectiva zoque, a evitar que las propiedades del padre pasaran a manos ajenas a la familia del primer matrimonio. Las segundas nupcias de la madre constituían una seria amenaza para que el nuevo marido se adjudicara las propiedades del padre. Si el padrastro quería bienes, debería trabajar duramente para conseguirlos. Asimismo, sabían que de ese segundo matrimonio no iban a engendrar hijos, entonces, a la muerte de la señora, éste contraería a la vez segundas nupcias, pero esta vez con una joven, y las propiedades pasarían a una familia totalmente nueva. Para evitar este riesgo, recurrieron al despojo de la madre y volver las propiedades a sus “legítimos” dueños.

Desde la cultura zoque, éste acto no constituye estrictamente una acción de despojo, sino una “restitución” de propiedades a los dueños originales. En lengua nativa este sistema de rescate de propiedades es conocido como *pojkwiru'kuy*, término que hace referencia a “**recoger de nuevo, a tiempo, antes de que suceda otra cosa**”. Como vemos, pues, el despojo a la mujer de sus propiedades está institucionalizado e internalizado en la cultura del grupo.

Si el hombre queda viudo, el viejo tendrá que ser muy frío y calculador para no heredar todo antes de su muerte, pues si pierde el control de sus propiedades, significa no sólo su ruina, sino la pérdida del “seguro” de su vejez, ya que a partir de entonces no representará ningún interés económico, salvo el compromiso moral contraído con el hijo al que más propiedades haya dejado, siempre y cuando éste último considere que el monto de lo heredado haya sido “suficiente”.

C) Conclusiones del capítulo

El trato que recibe el viejo tanto en el seno familiar como en lo social es muy heterogéneo, no sólo en el ámbito cultural, sino también económico. La relación sociocultural con el viejo es cambiante según las sociedades y los tiempos. Por ejemplo, en la sociedad africana, los ambunes, una etnia de la región de Kuilu, en la República de Zaire, “las personas de edad avanzada son los verdaderos cimientos de su aldea” y son tratados con sumo respeto. En cambio, para los pueblos que viven en la pobreza extrema no es posible pensar en el futuro, sólo el presente. Así por ejemplo, en Melanesia, “es habitual enterrar vivos a los viejos cuando son incapaces de proporcionar un trabajo útil”. Y, entre los yacutas siberianos, “los viejos poseían toda la riqueza y ejercían sobre los hijos una autoridad absoluta, pero en cuanto se debilitaban, los hijos se aprovechaban de todo y los dejaban morir, si no, los esclavizaban.” (Ortiz, *op. cit.*:50-51).

El caso genérico del trato que recibe el anciano en las culturas mesoamericanas se ha registrado como una relación familiar y social bastante armónica y muchas veces en favor del anciano. Por ejemplo, en la cultura mexicana era percibido “como un *yoltéotl*, como el artista, el inventor, el hombre muy sabio y el

adivino; considerados de facultades extraordinarias”. La “sombra” de los viejos, según los nahuas, “ha adquirido poder con los años, y puede dañar a los niños, muy débiles de ‘sombra’, a través de la mirada” (López-Austin, 1984, vol I:288). Entre los actuales tzotziles de Chiapas se hace referencia como seres dotados de extraordinarios poderes, poseedores “de la gran fuerza anímica de los ancianos, que puede convertirlos en seres peligrosos.” (Ortíz, *ibid.*:52-53).

Calixta Guiteras, en su estudio sobre los tzotziles de San Pedro Chenalhó, hace referencia específica al “calor” que los viejos poseen, “el cual, según la creencia se ha venido acumulando a través de los años. El hecho de que los ancianos se las hayan compuesto para sobrevivir es una prueba de sus poderes de resistencia al mal, y de su sabiduría. El calor es una fuerza que puede, o no, manifestarse a voluntad: con su sola presencia abate el alma de una persona más joven que no se haga a un lado para permitir el paso al más añoso, y basta para dañar, enfermar, y hasta causar la muerte, a cualquiera que se atreva a no tomar en cuenta la voluntad de uno de sus mayores” (Guiteras, C., 1988:69). El *status* de la ancianidad, pues, no se muestra por medio de privilegios materiales, sino por el respeto al “calor” que han acumulado con el tiempo.

En este capítulo hemos visto que la vejez y su relación estrecha con la pobreza extrema, al menos para el caso de algunos zoques, dista mucho de lo registrado por otros autores, tiempos y lugares. La posición idílica del viejo como el más respetado, venerado, protegido, poderoso, sabio, artista, inventor, adivino, consejero, líder y otros atributos de posición gerontocrática, sólo quedan en el recuerdo o como buenos deseos en la vejez. La realidad nos muestra que el viejo va perdiendo en forma acelerada algunos atributos que antes eran propios de los roles gerontocráticos.

Sin embargo, en el aspecto religioso, el viejo aún conserva un espacio ritual de importante respeto. Por ejemplo, “en sus festejos es característico observar a los invitados separarse por grupo de hombres y mujeres por edades o sea viejos y jóvenes, tradición que aún entre los ladinos [mestizos] se nota. Esta conducta obedece a una actitud de respeto del hombre y del joven al viejo” (s/a, *Notas de cultura zoque*,:7).

Cuando la enfermedad, la soledad y la pobreza se conjugan, constituyen el detonador del abandono del viejo a su suerte. Sin embargo, en nuestro estudio detectamos entre otros, un problema que funciona como un catalizador: el alcoholismo crónico, muy a pesar de que otros autores no lo consideran como prioritario.

Por ejemplo, en la década de los treinta, De la Cerda Silva (1940:76), y para la de los ochenta, Báez-Jorge (1985:38), concluyen que “el problema del alcoholismo entre los zoques de Chiapas es prácticamente inexistente”. Sin embargo, los testimonios vistos anteriormente, así como los registros epidemiológicos (cirrosis hepática, la violencia, los accidentes) y la acelerada introducción del protestantismo entre los zoques revelan lo contrario, ya que utilizan como una de sus banderas de penetración, al considerar el alcoholismo como grave problema local (Reyes, 1992:63). Lamentablemente ahora debemos sumar otros más, principalmente en la población joven como es el caso de la drogadicción con enervantes, que en la opinión de algunos pobladores son costumbres traídas del exterior cuando van como jornaleros en diversos centros de trabajo.

El origen del *maltrato* que sufre el viejo es sumamente complejo, pues obedece en gran parte a problemas de pobreza de éste, que de acuerdo a la cultura zoque, no representa ningún interés económico para el familiar que busca heredar a cambio de cuidados y atención en la decrepitud. El *maltrato*, entonces, es alimentado

por una serie de factores combinados como la “improductividad”, la enfermedad crónica (cuadros reumáticos agudos, ceguera, parálisis, incontinencias, sordera, enfermedades del corazón, etc.) en viejos que demandan atención e inoportunan con sus achaques. La viudez en la mujer complica el cuadro anterior, pues es víctima de despojo toda vez que no tiene derecho a heredar principalmente la tierra.

En la pobreza el interés está puesto en los que son productivos, en aquellos que representan una función económica. *Se arriesga* atender a aquellos viejos que una vez recuperada la salud, sean capaces de reintegrarse al trabajo productivo. Los viejos saben esto, por otro lado, están conscientes de que sufren enfermedades “propias de su edad”, y como tales, pocos son atendidos. Asumen éste hecho y muchas veces ellos mismos piden ser abandonados a su suerte, se suicidan o son inducidos al suicidio cuando ya se sienten un estorbo para la familia.

Pero la pobreza va acompañada de marginación social. Los testimonios de la *carrera del enfermo* así lo evidencian. Aunque un viejo quiera atenderse, muchos de los servicios de salud no son accesibles, ni siquiera los de atención primaria, mucho menos de atención geriátrica. Los zoques saben de este abandono en el que viven, y lo manifiestan sin tapujos. Asimismo, están hartos de los problemas de corrupción de que son objeto y de la malversación de los programas oficiales de apoyo hacia las comunidades indígenas que terminan en afectarlos y enemistarlos en varios planos sociales.

Existe una evidente desconfianza hacia el gobierno, pues están hartos de promesas que sólo terminan en eso: en promesas. Ante tal situación los viejos, si quieren sobrevivir, tienen que trabajar hasta que las fuerzas le abandonen o la enfermedad los venza. La información empírica demuestra que la imagen idílica del viejo respetado, protegido y venerado es ya sólo un mito. Quizás en tiempos ancestrales sí se dio tal idilio, pero en la actualidad sólo son motivo de cierta

protección aquellos viejos y viejas que representan, a su muerte, un interés económico traducido en herencia material.

Ante las condiciones tan crueles en que viven los zoques contemporáneos surgen varias preguntas: ¿qué tipo de vida les espera a las nuevas generaciones de viejos mejor preparados (bilingüismo, alfabetos, trabajos asalariados?), ¿cuál será la *nueva* forma de vivir la vejez?, etc. Pero, sobre todo: ¿qué propuesta podremos sugerir para ayudar a orientar el mejoramiento de atención a la vejez indígena?. Estas y otras interrogantes serán discutidas en el próximo capítulo: “La transición gerontocrática”.

CAPÍTULO VI

TRANSICIÓN GERONTOCRÁTICA

Introducción

Por *transición gerontocrática* entiendo: “un doble fenómeno que corre en forma antagónica. Por un lado, se registra un crecimiento constante en números absolutos de personas que superan cada vez más la frontera etaria de 60 años, a quienes por cuestiones estrictamente demográficas, consideramos “viejas”. Por otro, se observa un cambio gradual de la pérdida de poder de los viejos principalmente en las esferas política y cultural al seno de la comunidad indígena, a favor de un sector de jóvenes y adultos ‘maduros’ que ostentan el poder civil”. Esta transición tanto poblacional como cambio de *roles* es exacerbada por el surgimiento y lucha generacional que responde a los nuevos requerimientos de políticas oficiales impuestas por el Estado, donde el poder político y cultural recae en aquellas generaciones que reúnen un perfil de mayor escolaridad, bilingüismo y mejores niveles de vida; herramientas que le permiten hacer frente al mundo exterior de la cultura zoque. Este cambio cultural y demográfico está en proceso, y en su lucha generacional va trastocando las estructuras “tradicionales” en las que descansa el poder de los viejos, más aún en tiempos donde la violencia y estado de guerra, la marginalidad y pobreza que caracterizan al estado de Chiapas.

Este capítulo da cuenta de cómo los zoques están viviendo el proceso de *transición gerontocrática*. Para tal propósito, primero hacemos un recorrido histórico de cómo se ha concebido la vejez indígena “tradicional” justamente en el grupo en

estudio; posteriormente, valiéndonos del análisis lingüístico, se busca evidenciar la distinción que hacen los mismos zoques respecto a la vejez tanto masculina como femenina y los *roles* distintivos que delimitan la vejez “productiva” (vejez funcional) de la “no productiva” (vejez disfuncional).

El debilitamiento de las estructuras “tradicionales” es el parteaguas que da paso a la segunda fase de la *transición gerontocrática*. A medida que los viejos son despojados del poder civil por parte de la población joven y adulta “madura”, los viejos experimentan una *nueva* forma de vivir la vejez, desposeídos muchas de *status* social alto, haciendo frente a los retos que exige la sobrevivencia de una vejez heterogénea, llena de contradicciones de ambivalencias, de relaciones sociales de desigualdad.

Para descubrir cómo se vive la vejez indígena en la nueva fase de transición, nos valemos de conclusiones vertidas en grupos focales de discusión, comparando el punto de vista de los jóvenes vs. la de los viejos. Así, logramos dar ejemplos, a manera de tipología de cómo se vive la *nueva* vejez, en esferas sociales como en la estructura política civil, el *rol* femenino, la esfera religiosa, en el campo de la medicina “tradicional”, en el plano ceremonial, el viejo en sus funciones de “principal”, el viejo con conductas delictivas como es el caso del cínico “rabo-verde” y el papel del viejo cuando es visto como enfermo crónico. Finalmente, el capítulo incluye unas conclusiones donde se pretende hacer una síntesis del problema en estudio.

A) *La Vejez indígena “tradicional”*

En diversas etapas históricas de los zoques se puede apreciar un cambio importante en el *rol* que han jugado los “viejos” en la cultura y desarrollo histórico de este grupo. Desde luego, el papel que han desempeñado se ha generalizado dando una imagen homogénea e idílica del “viejo”, donde se le atribuyen funciones de establecer la relación de armonía en la convivencia comunitaria y muchas veces con saldo a favor de los viejos. Habrá que subrayar que es muy importante hacer distinciones, pues el “simple” hecho de llegar a edades avanzadas, no garantiza un trato homogéneo de la población hacia los “viejos” y la “viejas”. Con esta salvedad, pasemos a ver cómo han sido caracterizados en diversas etapas históricas.

Quien se ha atrevido a aventurar una hipótesis respecto a la estructura de poder justamente entre los zoques ha sido Andrés Fábregas, antropólogo estudioso de la cultura de éste grupo; analiza hipotéticamente las diversas transformaciones del poder y de lo que se conoce como vida política de los zoques. Su hipótesis la sustenta considerando básicamente tres premisas:

En la primera hipótesis sostiene que:

en la época que inicia el régimen colonial en Mesoamérica, los zoques presentaban unidad cultural y lingüística, pero no política. Carecían de una centralización del poder siendo las jefaturas que reconocían un territorio propio, fijaban los límites de su propio radio de acción y controlaban la economía de su jurisdicción. La estructura de apoyo de estas jefaturas la constituyeron clanes y linajes patrilineales y corporativos...

La jefatura zoque explicitó el reconocimiento de un liderazgo y el avance de los procesos de diferenciación social y del manejo político de la economía... Ello se inicia con la preeminencia del **prestigio** asociado al estatus de jefe extendido gradualmente a su parentela, a través del criterio de **cercanía genealógica** con el líder. Es entonces este criterio el que norma la lucha por el poder y la canaliza a lo largo de la red de

parentesco... En una estructura así el criterio de edad para otorgar poder es básico y funcionó con eficacia (A. Fábregas, 1992:294-295).

Esta primera fase de la estructura de poder, según Fábregas, descansa en la reglas de parentesco que incluyen prácticas prescriptivas, prohibiciones, preferencias matrimoniales, concepciones y consideraciones genealógicas y formación de grupos de solidaridad excluyentes al interior de las formas de parentesco. Considerando las cuestiones anteriores, en la opinión de Fábregas, “la jefatura zoque ...permite reconocer la explicitación del liderazgo anclado en las formas del parentesco y el prestigio extraordinario de la vejez, tomada como sabiduría” (Fábregas, 1986:11; 1987:37).

Fábregas no hace una distinción entre vejez masculina y femenina, tampoco delimita a qué edad biológica o los criterios sociales que permitían alcanzar la vejez, pero algunos documentos coloniales refieren a “indios principales” zoques de 60 años (Aramoni, *op. cit.*:158). Seguramente la vejez sería vista como un privilegio, pues “la escasez de ancianos hace de la longevidad una característica digna de consideración, un mérito para quien la alcanza, una característica rara o exótica, acompañada a menudo de valoraciones mágicas o rituales” (Sánchez V., *op. cit.*:28). En este tipo de sociedades se ha calculado que el porcentaje de viejos raramente debieron haber alcanzado el 3% de la población (Fericgla, *op. cit.*:53).

La siguiente escala de la estructura de poder fue motivada al establecerse el régimen colonial. La segunda hipótesis dice:

Fueron los frailes dominicos los efectivos agentes en la imposición de otra estructura que a final de cuentas sería revertida en contra de ellos. Los frailes dirigieron la política de congregaciones y la regionalización social alrededor de la iglesia. El proceso clausuró las jefaturas y situó los sistemas de cargos o mayordomías como estructuras de

intermediación entre los zoques como pueblo dominado y la complicada jerarquía politocoburocrática del régimen colonial... Estamos en los inicios de la conformación de los actuales grupo ego centrados, normados por reglas de lealtad hacia el líder en el contexto de las relaciones diádicas patrón-cliente”.

...Los ancianos ocuparon los puestos principales y desde allí decidieron en dónde colocar a los aspirantes al poder. (Fábregas, 1992:295-296).

Los puestos ocupados por los ancianos fueron básicamente de carácter religioso, entre ellos, el sacramento-mayordomo, que a su vez que controlaba aproximadamente 60 mayordomos; los albaceas y los priostes, custodios de imágenes y de su cuidado y a través de ello, de los asuntos de la comunidad (Fábregas, *op. cit.*:296). En la actualidad algunos pueblos zoques aún mantienen la estructura de las mayordomías, pero otros pueblos, como Tapalapa, por ejemplo, sólo quedan en el recuerdo.⁵⁶

La tercera hipótesis de la estructura de poder, en la opinión de Fábregas, ocurre cuando:

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 (aunque no sólo) al PRI.

Persiste el grupo **ego centrado**, la relación diádica líder-seguidor y el reordenamiento de la comunidad para ajustarse a las nuevas circunstancias... (Fábregas, *ibid.*:297).

Esta tercera fase inicia entre 1929 y 1936 por un desdoblamiento “a favor de los cargos dentro del partido en el poder (PRI) y el Ayuntamiento” (Fábregas, 1987:42).

⁵⁶ Para conocer el nombramiento de mayordomos de la estancia de San Agustín de Tapalapa, entre 1691 y 1833, véase Villasana B. Y L. Reyes (1991:259-273).

Hasta aquí las hipótesis de Fágregas sobre la evolución de la estructura de poder. En este trabajo privilegiaremos la última fase, justo cuando el viejo es desplazado de los poderes centrales. Nuestro interés está enfocado en ver cómo impactó este cambio en la vida social de la comunidad y sobre todo, cómo afectó el poder de los viejos. Para ello, analizaremos primero la concepción lingüística que se tiene de la vejez, la cual nos permitirá conocer la percepción del viejo, en el habla zoque contemporánea; posteriormente veremos el debilitamiento de las estructuras “tradicionales”, muy en particular, del llamado “Consejo de Ancianos”, institución gerontocrática en la que giraba la vida social y política de muchos pueblos indígenas. Veamos:

- “Viejo”(a), en la lengua zoque

La nomenclatura en lengua nativa, considerando los cortes etarios y su asociación al ciclo solar (ver capítulo III) en que es dividido el ciclo ideal e individual de vida, tenemos que el sufijo *bot* (en el hombre) y *yomo* (en la mujer), es sustituido a partir del criterio marcador cuando se deja la vejez funcional, y se ingresa a la fase de vejez disfuncional. Es decir, con el ingreso a la vejez disfuncional, el viejo deja de ser percibido, desde el punto de vista estrictamente lingüístico, justamente, como “hombre –completo-”, y la vieja, como “mujer –completa-”. Los marcadores distintivos tanto de *bot* como de *yomo* se adquieren justamente con el matrimonio, y se pierde a la entrada, como ya dijimos, de la vejez disfuncional.

Los marcadores clasificatorios tanto de “hombre y mujer completos” parecen estar distinguiendo la edad “productividad” (funcional), de la “no

productiva” (disfuncional). De ahí que se perciba y clasifique al individuo que reúna la trilogía de viejo, sano o medianamente sano y fuerte, como “completo”, y viejo, enfermo y débil, como “incompleto”.

El viejo y la vieja, una vez que pierden el marcador distintivo de vejez funcional, dejan también, desde el punto de vista lingüístico de ser percibidos como “los hermosos”;⁵⁷ término con el que se autorreconocen como grupo étnico. Cuando se acepta la vejez disfuncional, los viejos se autoperciben “desfigurados”, “enfermos”, “dependientes” y desde luego, ya no hermosos.

Un informante, tras aceptar su vejez “completa”, comentó: “todavía el año pasado, [cuando] cumplía mis 66 años, *todavía me sentía guapo*, pero [con] el correr del 96 o comenzando el 97, ya me estoy yendo para abajo, me canso mucho, ya no quiero comer como antes, me duelen las piernas y mi cuerpo ya no puede hacer trabajos fuertes; se viene perdiendo mi vista y mi oído, pues no oigo [muy bien]” (Entrevista, Benjamín E., 11 de abril de 1997).

La vejez disfuncional, como vimos en el capítulo III, está identificada con el periodo del ciclo solar conocido como “se avecina el ocultamiento”, “la entrada del sol a la tierra”. La edad estimada para éste periodo es a partir de los 76 años o antes, si un padecimiento crónico hace presa a la persona que la inhabilite o disminuya seriamente sus funciones para el trabajo productivo. En forma muy especial podemos considerar cuadros mórbidos tales como “aire del corazón”,⁵⁸ la ceguera, la parálisis, la paraplejía, la embolia cerebral, la demencia senil, incontinencias,

⁵⁷ Véase nota No. 10, p.55.

⁵⁸ Cuadro mórbido caracterizado por sudoración fría, dificultad respiratoria, palidez, pérdida de conciencia y sopor profundo.

cuadros reumáticos agudos, entre otros muchos padecimientos crónico-degenerativos.

El viejo, en tanto se mantenga “productivo” y relativamente sano, se considera útil en términos laborales, aunque ahora rinda menos en el trabajo que antes. Y aún, muy a pesar de su enfermedad, el viejo tiene que trabajar aunque sea en tareas *propias* de su condición tanto de enfermo como de vejez. Se le encomendarán tareas tales como cultivar el huerto del traspatio, darle de comer a los animales domésticos, vigilar a los niños, desgranar maíz o hacer reparaciones menores a la casa, entre otras actividades “hogareñas”.

Cuando una persona ya no es contratada para el trabajo asalariado es una terrible señal de que su rendimiento en el trabajo va a menos, aunque éste ponga sus mayores esfuerzos en cumplir su “tarea” y tarde más tiempo que sus compañeros, quienes no sólo harán más en el menor tiempo, sino que además, mostrarán menor fatiga. La falta de invitación a trabajos remunerados, muy en especial en el hombre, lo harán sentirse triste, humillado, marginado, viejo, inútil, enfermo, decadente. Poco a poco la comunidad y él mismo irá aceptando su condición de viejo completo-disfuncional.

Desde luego que el ingreso o reconocimiento de la vejez disfuncional se acepta a veces a regañadientes. Por lo general el hombre se resistirá a declarar su edad “verdadera”, pues llegará un momento en que se estanque en la edad o por el contrario, la disminuya y, en el otro extremo, la exagere aumentándola, dependiendo de las circunstancias. La mujer, por su parte, algunas veces tiene la tendencia a exagerar su edad para hacer notar que no obstante su edad, sigue trabajando (siendo

útil) hasta edades avanzadas, resistiéndose también a aceptar ser vieja completa disfuncional.

B) El debilitamiento de las estructuras “tradicionales”

La institución “tradicional” gerontocrática más conocida en grupos indígenas es el llamado “Consejo de Ancianos”; sin embargo, existen otras no menos importantes como las actividades encomendadas a los “maestros costumbristas”, encargados de la enseñanza de danzas, música, rituales antiguos, etc. Otra institución más la constituye el “tequio” (también conocido como “fagina”), que es un sistema de trabajo colectivo gratuito en beneficio comunitario; sin faltar desde luego, el sistema de mayordomías. Por la naturaleza de este estudio, que busca descubrir las causas que motivaron el desmoronamiento del poder civil, está más inclinado a la primera.

Fábregas Puig data la tercera fase de las estructuras 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).

La nueva estructura política es impuesta desde el exterior, que trastoca la forma “tradicional” de gobierno de estos pueblos, pues en su declaración de principios se presenta como: “una organización política de mexicanos con la finalidad histórica de construir, por la vía del nacionalismo revolucionario, una sociedad libre e igualitaria, caracterizada por la democracia y la justicia social” (*Todo México...:92*). El PRI hace su presencia en las comunidades indígenas básicamente bajo la estructura

partidaria de Confederación Nacional Campesina (CNC) y como Frente Juvenil Revolucionario (FJR), instituciones donde no tiene cabida el poder local tradicional de la gerontocracia, en su inmensa mayoría con miembros analfabetas y monolingües en lengua nativa.

La nueva estructura política requería del concurso de personas no sólo bilingües (zoque-castellano), sino también alfabetas que “conocieran las leyes”, que supieran firmar, que conocieran las oficinas gubernamentales. El puesto de secretario municipal pasó a ser uno de los principales en la jerarquía administrativa, pues era la persona quien tenía el “don” de elaborar los documentos oficiales.

Varios grupos indígenas sufrieron el mismo impacto, por ejemplo Beacauge nos narra la experiencia de los nahuas de la Sierra Norte de Puebla. Al respecto, dice:

...las autoridades del municipio auxiliar de Tzinacapan, como los otros municipios auxiliares del municipio de Cuetzalan, están formadas de un presidente auxiliar, de un juez menor o de paz, de un agente del ministerio público, de un secretario y de cuatro regidores... Durante un periodo considerado (1870-1970) todos fueron indígenas, con la importación de un secretario municipal... Los requisitos para desempeñar el cargo de juez, ... en primer lugar, tiene que ‘conocer la ley’,... Deben tener una reputación de prudencia en el tratamiento de los conflictos y conformarse a las reglas generales del comportamiento en la comunidad. Deben también ser *personas de respeto*,... la moderación en el consumo del alcohol... También deben “tener con qué” para poder asistir a sesiones del tribunal, por lo menos un día a la semana...

Por otro lado se encuentran los agentes de mediación

Antes de dirigirse al juez, la persona que se estima perjudicada puede dirigirse a un anciano o persona de respeto para que amoneste al presunto autor de los daños y obtener así reparación... En los conflictos familiares, por ejemplo, se prefiere primero de la mediación de un tercero al enfrentamiento directo en el tribunal” (Beacauge, P., 1998:9-10).

Para entender este proceso es importante referir que México atraviesa la política de incorporar al indio a la civilización, borrar las costumbres gentiles. En

palabras de Bonfil Batalla, refiriéndose a la política de la época, refiere: “En México, civilizar ha significado siempre desindianizar, imponer occidente. Si el indio estaba aquí y era la mayoría, la solución de un país moderno era civilizarlo” (Bonfil, 1987:158).

La política gubernamental chiapaneca tenía muy clara la consigna. El ejecutivo del estado, desde 1933,

atacó los problemas colectivos más urgentes...abordando franca y decididamente el de la incorporación del indio a la civilización. Problema complejo ante la oca [sic] liberadora de la Revolución, para cuyo objetivo el Gobierno creó el Departamento de Acción Social, Cultural y Protección al Indígena... Se ha logrado que los patrones vistan por su cuenta con indumentaria de acuerdo con la época a los indígenas contratados cuando salen para la zona cafetera (Grajales, V., 1987:158).

En forma específica, el Departamento de Acción Social, Cultural y Protección al indígena, afectó el *rol* tradicional de los viejos , pues según el informe, el Departamento en referencia,

no sólo ha procurado la liberación económica de los indígenas y campesinos, *sino también su liberación espiritual, tratando de emanciparlo de las influencias de orden místico que ha retardado el progreso Nacional...*En diversos lugares de nuestro Estado, preferentemente en aquellos de reconocida filiación fanática, se han instituido estos centros, donde se divulgan asuntos de carácter económico-social, higiénico, anti-fanático, antialcohólico, consiguiendo de esta suerte por medio de la persuasión las tendencias, errores o malos hábitos de nuestro pueblo” (*op. cit.*:23) [el subrayado es mío].

En otros lugares del estado, principalmente en comunidades indígenas, los maestros rurales eran “los encargados de llevar a la práctica la ímproba y noble labor de difundir la cultura entre nuestras masas analfabetas” (*ibid.*:41). En la instrumentación de tal política del proyecto “civilizatorio”, se cometieron excesos, tal

como lo explica Aída Hernández, para el caso del grupo mame, a quienes les prohibieron el uso de la lengua materna y en su lugar hablar castellano; sustituir los trajes tradicionales por “ropa civilizada”. Uno de sus testimonios apunta:

Yo recuerdo cuando llegó la Ley que prohibió los trajes, recogieron los cortes de las mujeres y el calzón rajado de los hombres y los quemaron en medio de la plaza. Un viejito rechazó, no quiso quitar su traje, entonces vino el polecía y le echó petróleo encima, todos estábamos en la plaza, yo era criatura todavía, y le dijo ‘o te lo quitás o te echo fuego, sos indio terco’. El pobre viejito quitó su calzón rajado llorando...

Hasta el corte de las mujeres se lo quitaban, si no les metían fuego atrás, era la Ley del gobierno. Del gobierno vino la ley de quitar las vestiduras de las mujeres, pues antes era puro corte: “ese corte tírenlo, quémenlo, además cuidado con platicar en idioma, ese también tírenlo, ahora puro castellano... (Hernández, C., 1995:152).

Pero los zoques fueron atacados por dos frentes: al interior del estado directamente por las políticas instrumentadas por Victórico Grajales, y por la vertiente del Golfo, dada su vecindad con el estado de Tabasco, influenció en los zoques la política marcadamente anticlerical por el gobierno de Tomás Garrido Canabal, justamente entre 1919 y 1934. La política garridista afectó a los zoques del noroeste, precisamente por las interrelaciones comerciales con el vecino estado de Tabasco. Los zoques hablan principalmente de los “quema santos”, pues una vez que Garrido Canabal ascendió al poder, comenzó a organizar su labor contra los vicios y la religión, ya que tenía la convicción de que eran las dos peores lacras del desarrollo para combatir el fanatismo religioso. La política instrumentada para el estado de Tabasco traspasó sus fronteras al sur, afectando a los zoques del noroeste chiapaneco.

Las imágenes fueron quemadas y los templos, o bien eran desalojados para instalar escuelas en su lugar, o bien eran destruidos para construir, con los escombros, nuevos parques, albercas, torres, o cualquier otro ornamento que a juicio del gobernador, fuera útil o embelleciera el estado.

Ciertamente, lo más difícil fue la labor educativa que tuvieron que emprender los garridistas para ‘desfanatizar’ al pueblo y, hay que decirlo con toda sinceridad, los métodos utilizados para ello no siempre fueron los mejores (Chávez, 1987:63).

El *rol* gerontocrático ha sido afectado en varios aspectos de la vida “tradicional” del viejo, principalmente en la comunidad indígena cuando menos en los últimos sesenta o setenta años. Los viejos de la década de los treinta, son muy diferentes a los viejos de fin de milenio, en varios sentidos.

Por ejemplo, una de las instituciones centrales en que descansaba el poder “tradicional” y la toma de decisiones comunitarias ha sufrido serios descalabros. Me estoy refiriendo al otrora órgano político conocido como “Consejo de Ancianos”, integrado exclusivamente por hombres que habían superado la barrera de los sesenta años de edad y que se habían ganado el respeto y la admiración de la comunidad, como para dirigir con sabiduría la vida comunitaria. Los miembros que lo integraban deberían ser personas “caracterizadas” (por su comportamiento ejemplar, liderazgo, bondad, lucidez, etc.) en quienes se depositaba la confianza para que solucionaran los principales problemas de la comunidad o dirigieran la vida política y social del pueblo.

Ser miembro del Consejo de Ancianos era el máximo cargo al que podía aspirar el ciudadano y generalmente la distinción se dejaba con la muerte del consejero. Varios pueblos zoques ya no guardan memoria desde cuándo dejó de funcionar el Consejo de Ancianos. Lo que sí aún permanece es el nombre con que era conocido y su traducción literal habla por sí sola de la importancia que tenía tal órgano y cargo: *kubguy jyara* (“el papá del pueblo”)⁵⁹, y como tal eran tratados.

⁵⁹ Entre los mixtecos de la costa oaxaqueña, el cargo de *Tata Mandoñis*, “pilar de la organización social tradicional... se asciende después de prestar una serie de servicios de carácter político y religioso

Algunos estudios monográficos contemporáneos reportan para la región zoque, principalmente de Chiapas, vestigios del Consejo de Ancianos, en el que señala: “el único lugar donde la autoridad y el poder están plenamente identificados es en las personas más viejas, que son autoridades principales y que ya han tenido cargos ceremoniales. Este poder moral, sin embargo, tiende a desaparecer” (Martínez C., 1994a:39). La información empírica registra todo lo contrario, pues los principales puestos de dirección política y administrativa en los pueblos zoques está en poder de personas entre los 28 y 50 años de edad, considerados jóvenes y adultos “maduros”, pero no viejos.

Bartolomé y Barabas, refiriéndose a los zoques de los Chimalapas, en el estado de Oaxaca, con relación al papel gerontocrático de los ancianos, apuntan que: “la gerontocracia ha sido desplazada de la vida política, aunque aún conserva su papel en la vida ritual” (Bartolomé y Barabas, 1993:141). Con relación al mismo grupo étnico de ancianos-principales “chimas” de final de milenio, Lisbona refiere que: “Los ancianos-principales se vieron relegados a las actividades rituales, mientras que el poder civil se disputaba entre partidos políticos o fracciones identificadas con ellos, ya que la nueva legislación oaxaqueña reconoce la elección por usos y costumbres en los municipios indígenas” (Lisbona G., 1998:195).

Para el caso concreto de los zoques del noroeste chiapaneco, específicamente para los zoques del municipio de Ocoatepec, en el estado de Chiapas, Del Carpio registró que desde 1945 Victorio Morales fue el primer presidente municipal nombrado sin el consentimiento de los ancianos, al respecto

dentro de la comunidad...” Los *Tata Mandoñis* tienen la investidura de “padre del pueblo” es decir, del hombre que guía, orienta, aconseja, y procura la convivencia armónica de los habitantes de la comunidad. *Vid* Coheto (1986:4).

apunta: “la lucha política muestra cómo en Ocotepéc se ha dado el cambio de un sistema de autoridad tradicional basado en el poder de los ancianos a través de los cargos cívico-religiosos a un sistema basado en el orden legal y la organización de partidos políticos” (Del Carpio, 1992:76).

De hecho, Del Carpio distingue cuatro grandes periodos de cambios en la vida política de los zoques de Ocotepéc. A saber:

- 1- De 1900 a 1944. Las autoridades municipales y ejidales eran nombradas por los ancianos, considerando los méritos alcanzados durante el cumplimiento cabal de los cargos rituales.
- 2- De 1945 a 1952. Debilitamiento del poder de los ancianos, frente a la imposición de candidatos por parte del Partido Revolucionario Institucional (PRI), desde la capital del estado.
- 3- De 1953 a 1989. Consolidación de la actividad política de individuos económicamente mejor acomodados y con relaciones al exterior del municipio.
- 4- De 1989 a la fecha. Emergencia del profesorado que controla el poder apoyados por el PRI (Del Carpio, *op. cit.*:39).

Sin embargo, no en todos los grupos étnicos ha desaparecido el Consejo de Ancianos, por ejemplo en ciertos pueblos mixes de Oaxaca sí lo conservan, aunque con algunas variaciones en lo que a funciones se refiere: “La máxima instancia de decisión es la asamblea general comunitaria, y en caso de que ésta no pueda ser instalada, opera el Consejo de Ancianos Principales... El Consejo es un órgano de consulta para todas las demás autoridades, y está encargado de convocar a elecciones y designar candidatos elegibles, vigilar el buen desempeño de todos los

funcionarios y, ratificar o revocar los resultados electorales. El Consejo es presidido por el *principal* más anciano” (Martínez C., 1994b:39).

En la actualidad el *rol* protagónico del viejo zoque en la dirección política y cultural de la comunidad, ya sólo es una figura legendaria, a lo más, sólo desempeña papeles importantes de corte religioso, pero sin influencia en la vida política de la comunitaria. Pero aquí cabe hacer una pregunta central: ¿Qué motivó el desmoronamiento de la estructura “tradicional” que hizo que los viejos perdieran el *rol* de “papá del pueblo”? Las respuestas las dividimos en dos partes. La opinión de los jóvenes y el punto de vista de los viejos, consensada a partir de grupos focales de discusión. Las respuestas fueron vertidas en varios planos explicativos.

En primer término, veamos la opinión de un grupo de cinco jóvenes maestros bilingües (cuatro hombres y una mujer) que integraron un grupo focal de discusión, que en edad oscilaban entre 34 y 48 años de edad.

Desde la perspectiva evolucionista y la resistencia al cambio (de los viejos), los jóvenes maestros bilingües son de la opinión que:

La sociedad va evolucionando, cambia pues, también el respeto se pierde mucho. No se si gracias o desafortunadamente, pero la implementación de la nueva tecnología hace que la gente cambie mucho, más aún en el medio indígena... Los viejos no respetan la tecnología, como el teléfono, la radio, la televisión. Uno puede decir: ‘bueno, para comunicarme con mayor emergencia utilizamos el teléfono; ellos en cambio dicen: ‘no, mejor camino’. Por otro lado, prefieren la medicina tradicional, si ahorita lo lleva al médico pues al rato va a sanar, sí lo reconoce, pero [dicen]: ‘no es para nosotros, es para ustedes’. No es fácil convencerlos, tienen una idea y aunque reconozcan su error, hay una separación... Las mujeres, por su parte, si van a dar a luz no es tan fácil convencerlas para llevarlas al doctor, sino que ellas tradicionalmente tienen que ser atendidas en la casa por una partera, ¿por qué?, porque no quieren que un doctor la conozca, así que es una forma tradicional que no acepten cosas nuevas.

Respecto al cultivo de la tierra por métodos “tradicionales”, opinaron:

No sería desechar todo el conocimiento de los viejos, sería, más bien, darle un ajuste. Por ejemplo en las producciones no solamente familiares sino también las producciones agrícolas, la gente de antes nunca utilizaron maquinaria, trabajaban sembrando 'como caiga', y lo que Dios va a dar. Sin embargo, también la tierra se cansa, la tierra requiere de algo vivo, pues es como un ser vivo, se cansa. El hombre necesita transformarla, darle algo nuevo a la gente que se dedique a trabajar en la agricultura. Fertilizarla, usar antifungicidas para matar hongos malos. No estaríamos desechando todo lo que ellos hacían, sino agregar cosas nuevas, es decir, reforzar el trabajo.

Otra perspectiva es la de ver la vejez, como un periodo de la vida caduca de conocimiento "moderno" sobre todo, de una generación analfabeta y monolingüe, en que el conocimiento tradicional del viejo es puesta en tela de juicio de acuerdo a las necesidades y exigencias de las nuevas generaciones. La autoridad y el conocimiento son cuestionados, en opiniones tales como:

Mucho antes, los señores, los grandes, eran muy respetados por los hijos, por los familiares. Los más viejos eran nombrados, por respeto, como autoridad tradicional: **era lo máximo ser viejo**. Pero ahora llega al poder el joven, el que suponemos que sabe más, que más estudió, el que más preparación tiene, el que más sabe hablar [español].

Ahora el viejito la misma sociedad lo descalifica de que ya no puede, ya no debe de llegar [al poder], así se descalifica al viejo. A los viejos ya no se les da el mismo trato, se les ha perdido mucho el respeto.

La sociedad está en constante cambio, la sociedad va haciendo cambiar a los demás, y aunque el viejo no quisiera, también tiene que cambiar. Ahora al viejo ya no se le consulta, eso es un hecho, es la realidad, ya ni lo consultan, ya ni le preguntan. Nosotros, como ya sabemos leer más, como maestro en la familia, dicen: 'bueno, este es el que sabe mejor, va a opinar más grande'. Así ha pasado. Nosotros mismos hemos marginado al viejo, nosotros mismos hemos permitido que eso suceda... Anteriormente el padre decidía con quién se iba a casar su hija, con quién se iba a casar su hijo; ahora ya no se le pide su opinión, nada más se le comunica, y eso es ganancia. Cuando viene a ver, ahí está su nuera, su yerno. En cuestiones sentimentales ya no se toma en cuenta su opinión.

También está la figura estigmatizada del viejo que no es capaz de aceptar ideas nuevas, aquel que se conforma vivir en su mundo y rechaza las formas de

vivir y el conocimiento exterior, chocando con las ideas de las nuevas generaciones.

Por ejemplo, a este respecto externaron:

El viejo es una persona de mucho respeto, es un gran señor, hombre que sabe, hombre que educa, *es el jefe de la casa*", pero la mayoría de ellos no son capaces de aceptar ideas nuevas. Es un tabú hablar con ellos de sexo, de la gestación, del alumbramiento, del crecimiento, del organismo de una persona; está prohibido hablar de eso. No están de acuerdo sobre [el control de la] natalidad, los viejos están en desacuerdo que los alumnos sepan de eso... Piensan que entre más hijos tengan, podrían cultivar más tierras, y no es así. Va a llegar el momento en que no quepan en la casa, ¿dónde los va a meter?, pues el padre sólo tiene una casa, un solar. La idea de multiplicación [de la familia] debe ser desechada totalmente.

El viejo lo que dice es: '¿para qué le va a servir la escuela a mi hijo?. Mientras yo trabaje en el monte no va a necesitar la escuela. Ven la escuela como una pérdida de tiempo, 'mejor que vaya a cultivar conmigo, que vaya a producir (Grupo focal de discusión, 17 de marzo de 1987; Nivón, A.,).⁶⁰

Finalmente, la obsolescencia de conocimientos "tradicionales" en los viejos es duramente criticada por los jóvenes maestros bilingües. Además, consideran que no necesariamente, por ser viejos, saben más o puedan tener ideas más brillantes que los jóvenes o adultos. Es más, el viejo puede estar equivocado en sus opiniones. La siguiente idea expresa muy bien esta posición.

No todo el tiempo los viejos son los que tienen buenos ideales, buenas decisiones. ¿Por qué acatar [necesariamente] lo que diga un viejo?. También nosotros [los jóvenes] podemos idear y ser respetados también (Grupo focal de discusión, 17 de marzo de 1997).

Hasta aquí la opinión de los jóvenes maestros bilingües respecto a los viejos. Veamos ahora la contraparte. Es decir, la opinión de los actuales viejos, respecto a la

⁶⁰ Amalia Nivón (1995:65), al realizar un trabajo sobre práctica educativa entre los zoques de Vicente Guerrero, Chapultenango, encontró que los padres se resistían mandar sus hijos a la escuela, bajo el argumento: "mi hijo no va a comer letras; tiene que cosechar".

autopercepción de ellos mismos, con respecto a la pérdida de poder que los jóvenes les adjudican.

Los viejos actuales, con los cuales hemos estado trabajando nacieron antes de 1938, justo en los años cuando la estructura de poder cambió del sistema “tradicional”, al sistema “institucional”. Muy en particular esta generación de viejos le ha tocado vivir el trastocamiento de las estructuras tradicionales, de la tercera fase de la que expone Fábregas en sus hipótesis de la transición del poder gerontocrático; de ahí la importancia de conocer el punto de vista de los actores sociales.

Las respuestas proviene de dos fuentes. Una, de un grupo focal de discusión, integrada por cinco personas (cuatro mujeres y un hombre) entre los 60 y 75 años de edad. Todos ellos analfabetas. Otras opiniones fueron extraídas de entrevistas a profundidad a diversos viejos que superaban los 60 años de edad. La mayor escolaridad alcanzada en este segundo grupo fue la de segundo año de educación elemental.

A la pregunta concreta, ¿qué motivó el desmoronamiento de la estructura “tradicional” que hizo que los viejos perdieran el *rol* de “papá del pueblo”? Las respuestas son muy interesantes. Veámoslas.

...está muy cambiada ya la ciencia, ya se tiene que apegar al nuevo mandato que está dando el señor presidente de la república...Esto [la pérdida de poder de los viejos] ha venido cambiando desde cuando las autoridades dieron nuevas leyes,⁶¹ la cambiaron, no respetaron

⁶¹ Concretamente se refiere a la política instrumentada por el Departamento de Acción Social, Cultura y Protección Indígena, el 18 de abril de 1934, bajo la administración del gobernador Victorico Grajales (1932-1936). Dentro de éste Departamento se creó el Comité Central Pro-vestido del alumno indígena, el 3 de octubre de 1934, que tenía como tarea principal sustituir la ropa “primitiva”, por ropa “civilizada”. También tenía encomendada prohibir el uso de la lengua materna no sólo en los alumnos, sino en toda la población, principalmente anciana, quienes deberían hablar sólo castellano.

[nuestras] leyes. Yo pienso que la ley no debe ser cambiada. ¿Por qué van a cambiar el respeto?, ¿por qué lo van a modificar?...Yo recuerdo cuando mi suegro usaba calzón y camiseta de manta, ¿por qué las autoridades le quitaron su vestidura?. Yo pregunto: ¿por qué lo obligaron?.

[Le mandaron una carta que decía:] ‘oyes Valentín, preséntate sin excusa [sic] ni pretexto, porque si te rehusas serás encerrado’. Mi suegro no sabía leer, pero lo juzgaron:

- “Oyes Valentín, te ves mal con ese calzón de manta, ¿cómo puedes creer que en el pueblo de Ixtacomitán tenga hombres con calzones de manta?”.

- “Pero señor, esta mi ropa, la tengo desde niño; mis padres me la dieron. Mi madre me enseñó, y no me la quiero quitar...”

- “Te la vas a quitar. Te damos un mes de plazo, así es que si no te la quitas, vas a ser castigado. Y cuidadito vayas a hablar zoque Valentín, puro castellano vas a hablar”.

Mi suegro mandó hacer su pantalón blanco y su camisa de manga larga, blanca también. Adios ropa zoque. Así se hizo una cadena; en Chapultenango a todos les quitaron su vestidura de calzón. Los ricos decían ‘no vayan a hablar idioma’; [pero como no sabían hablar castellano], entre ellos nada más güiri, güiri, la idioma (Entrevista, Doña Teresa, 18 de marzo de 1997).

La discriminación no sólo cultural sino biológica a la que se han enfrentado los zoques con el exterior, ha sido de confrontación, de rechazo. La cultura indígena zoque, para el extraño, habría que eliminarla por todos los medios. La educación escolarizada era una herramienta que permitiría cambiar las mentalidades, tal como lo refleja el siguiente testimonio:

Para educar no es a fuerza de libros. La educación [escolarizada] vino a maleducar a los hijos. La educación era de rigor, yo en ese tiempo me crié, y todos fuimos chicoteados. No se, perdieron el juicio los maestros. Decían: ‘los papás no tienen derecho de educar a sus hijos, sólo a los maestros les corresponde hacerlo’, y los papás se sintieron ‘rasurados’ de conocimientos, y se lo creyeron... La educación de antes, de los indígenas, se fue perdiendo, se fue apagando, y esa es la pérdida de hoy, que ya ni porque tengas leyes, ya no respetan. Por motivo de una educación [extraña] que trajeron otros, una moda se puede decir, vino a descomponer todo (Entrevista, Don Atilano, 12 de abril de 1997).

El grupo focal de discusión, constituido por viejos analfabetas, opinaron:

Algunos jóvenes dirán que los viejos no saben nada, que ya no actúan, que ya no son como los jóvenes de hoy, que no han estudiado, que no conocen. Bueno, si conocen tanto, ¿por qué no utilizan ese conocimiento para ayudar a otros, digamos los que no conocen, para ser enseñados?. Mientras piensen así los jóvenes, que el viejo ya no sirve para nada, vamos a ser tratados como un estorbo, sin que nos tomen en cuenta .

Antes, cuando no llovía o la cosecha no se daba, el pueblo se reunía para ver qué estaba pasando. Y la gente decía: 'es que los jóvenes no están respetando a los viejos', y el pueblo buscaba quién estaba burlando a los viejos.⁶² Ahora esa forma ya cambió, ya se saben por qué llueve o por qué no llueve. La televisión lo dice.

Los viejos analfabetas sí aceptan su inferioridad en cuanto a capacidades para desempeñarse como autoridad, pero a la vez critican la actitud orgullosa que asumen los jóvenes por el hecho de haber ido a la escuela a educarse, sin poner en práctica el respeto a los viejos.

Es cierto, ahora lo que se necesita es una persona que tenga más capacidad en estudios, conocimiento de leyes o literaturas. Los ancianos ya no pueden servir en esos asuntos, porque les llegan muchos problemas, mucho trabajo. El trabajo es grande y también la responsabilidad, el anciano ya no puede por su fuerza, por su capacidad, porque es ver por las comunidades, ver por la gente, ayudarla. Por eso necesitan [el concurso] de gente joven, para autoridad.

Ellos –los jóvenes- porque quizás ya tienen su primaria, su secundaria, ya son muy 'grandes', muy creídos. Los viejitos, los papás [en cambio, son vistos como] ignorantes, que no tuvieron ni un año de primaria ya los echaron para abajo, por eso no necesitan del consejo de los viejos. Se dicen educados y no saben respetar... Se sienten muy orgullosos, muy absolutos, muy indiferentes, no hay nadie como ellos (Grupo focal de discusión, 19 de marzo de 1997).

La experiencia escolar de aquellos viejos que sí asistieron a aprender a leer y a escribir, se muestra traumática. En el estado de Chiapas, y específicamente refiriéndose a la educación formal para los indígenas de Los Altos, "tuvo su primer

⁶² Algo muy similar sucedía entre los nahuas de la Sierra Norte de Puebla. "Los dioses del Talokan se enojan con el 'desorden doméstico'... el granizo destruyó la cosecha de todo el pueblo, mientras que sólo había un hijo ingrato". Beaucage, *op cit.*: 13.

impulso serio durante el gobierno de Cárdenas, a fines del decenio 1930-1940. Anteriormente, eran pocos los indígenas que acudían a las escuelas existentes en algunos de sus centros tribales. En general, se obligaba a los niños a asistir, y en ellas se convertían prácticamente en sirvientes de los maestros” (Modiano N., 1974:163).

Aprender a leer y a escribir se convirtió en el manejo de una especie de poder mágico: plasmar las ideas en forma escrita, y quien dominada tal “magia” le daba *status*. Pero ingresar a ese selecto grupo requería pasar duras pruebas, tal como narra su experiencia educativa Jacinto Arias, indígena del grupo étnico tzotzil, de los Altos de Chiapas, donde todavía en 1956, existía la idea generalizada de que “la letra con sangre entra”. Al respecto comenta:

Los castigos físicos abundaban: varazos, coscorriones, tormentos, como hincar a los alumnos sobre huesos de duraznos, sobornos, etc.

Si entre ladinos (mestizos) terminar el sexto grado de primaria era excepcional, a tal grado que los pocos que lo lograban eran considerados ‘titulados’... ¡ya ni que decir entre indios!.

Saber leer y escribir era marca de un *status* de prestigio en las comunidades indígenas. Por eso los viejos, pasados y oficiales del ayuntamiento dependían, en esos años, de algún líder sobresaliente que podía entender, a través de las letras y el manejo de la lengua española, el misterioso mundo ladino... como hombres vestidos del poder de habla castellana y de la magia de escribir... (Arias, J., 1992:46-47).

Sin lugar a dudas una institución, como la escuela, vino a transformar la vida social de los pueblos. Sin embargo, este cambio no fue mecánico, sino que se ha venido dando de manera gradual y aún se encuentra en proceso. Lo que podemos observar en los testimonios es que para los viejos sí constituyó una ruptura, pues cedieron el poder, poco a poco y a veces en forma violenta, a las nuevas generaciones

alfabetas, pasando los viejos a un segundo plano en la estructura política, según lo testifica el siguiente testimonio.

Antes, un viejo llegaba a ser presidente, porque no había otro... pero ahorita ya hay estudios, ya llegaron a la escuela los jóvenes y han aprendido algo, ya conocen las leyes y ya hablan español. Antes no hablábamos aquí español, pero ahorita se habla español y se habla zoque, dos lenguas. En la asamblea se nombra a un joven como candidato que sepa leer, que sepa escribir, que conozca la ley. Anteriormente los viejos no podían pedir ayuda al gobierno, pero como ahora [los jóvenes] ya saben leer, ya conocen las leyes, ahora ya piden ayuda para el municipio.

Los viejos no ocupan puestos [políticos]. Pero sí apoyamos al candidato. Bueno, aquí hay dos partidos políticos, hay PRI y hay PRD. Cada uno saca su candidato (Entrevista, Don Teófilo, 26 de marzo de 1997).

Según evidencias históricas, es a partir de 1915 cuando se empiezan a nombrar presidentes municipales con administración de un año, sin filiación partidaria. Sin embargo, a partir de 1945 en la mayoría de los municipios zoques, cuando son elevados a “municipios de segunda categoría”, la lucha por la presidencia se hace bajo la filiación partidaria fundamentalmente del PRI (*Los municipios...* 1988). Es sólo en el último decenio que las contiendas electorales se ha extendido a otros partidos como el PAN y últimamente el PRD.⁶³ Las modificaciones hechas a la forma tradicional de gobernar en los pueblos indígenas dieron al traste la organización política basada en el poder gerontocrático, cambiando muchas veces en forma radical la forma de percibir la vejez. Con los nuevos valores de la política oficial, ahora el poder recaía o era administrado por un círculo de elite conformado sólo por los más alfabetas, los más bilingües, los que ostentaban una mejor posición económica, los que tenían

⁶³ En las elecciones celebradas para presidente municipal el 4 de octubre de 1998, las alcaldías de Tapalapa y Ocoatepec fueron conquistadas por parte del PRD. En los municipios restantes ganó el PRI, por un margen muy discutido.

mayor relación con el exterior, los más endoculturados. O como dicen los zoques, se formó el grupo de los *køjsi gøno* (“los de cuello alto”, “los de garganta amplia”).

B) La nueva forma de vivir la vejez

Una vez que los viejos han sido desplazados del poder político y cultural, la gerontocracia antes centrada y ejercida por algunos viejos principalmente varones, se diluye para dar paso a una *nueva forma de vivir la vejez*, es decir, inmersos en nuevos *roles* desprovistos muchas veces de *status* social alto, sobre todo si hace frente al nuevo estilo de vida siendo pobre, sin redes sociales de apoyo y más aún enfermo. Por otro lado, dejan de tener representación grupal, y hacen frente al *nuevo rol* de viejo a título individual. Sus opiniones y actitudes son consideradas “personales” y no consensadas del otrora “Consejo de Ancianos”. Así, el viejo dependiendo su economía, de su salud, de sus redes sociales de apoyo, de su *status* social, etc., logrará una vejez “exitosa” o “no exitosa”.

La *nueva forma de vivir la vejez*, entonces, será construida por una amalgama de factores socioculturales. Con las nuevas condiciones sociales, habrá una diversidad de estilos de vida de ser viejo o vieja en la comunidad indígena; ya no será vista tan homogénea como se pretende mostrar en los anteriores modelos. El *nuevo* estilo de ser viejo y vieja en la comunidad indígena zoque, tiene sus variantes. Esto es lo que se pretende demostrar en esta sección del trabajo. Para tal propósito he construido una especie de tipología de la *nueva vejez*, considerando sólo aquellos estilos de vida que den un amplio espectro en diversas esferas sociales, como ejemplo de cómo se vive la vejez en la cultura zoque contemporánea. Veamos.

- **En la estructura política civil**

Los papeles en la estructura de poder se están invirtiendo. Los viejos actuales están siendo desplazados rápidamente de los principales puestos de dirección política y administrativa. Por ejemplo un viejo analfabeta, monolingüe, pobre y sin mayor *status* social, se encuentra en seria desventaja o con nula posibilidad de acceder a los círculos de poder civil, a diferencia de un joven medianamente preparado y más aún si ha alcanzado un nivel de escolaridad profesional, puede acceder al control de la vida política y administrativa de la comunidad. Hoy día, los principales puestos de dirección política y administrativa, específicamente el de presidente municipal, presidente del partido oficial (PRI), la tesorería municipal y el de secretario municipal, están bajo el control de profesores, de médicos, de comerciantes prósperos y de acaudalados ganaderos, principalmente.

La conquista del poder municipal por parte de la población joven y adulta, también puede comprenderse si consideramos el interés económico que representa ser miembro del cabildo. En la opinión de Del Carpio, refiriéndose al pueblo zoque de Ocoatepec, explica:

Desempeñarse como presidente municipal, secretario, regidor o comandante de la policía permite la percepción de ingresos altos y seguros, comparados con lo irregular y bajo de los salarios que obtienen los jornaleros. Por ejemplo, en 1980 el presidente y el secretario ganaban \$700.00 pesos mensuales cada uno y cada regidor \$25.00 pesos por sesión de cabildo efectuada, mientras que el salario de un jornalero era de \$5.00 pesos diarios. La situación de desigualdad aumentó en 1981, cuando el salario de presidente y secretario subieron a \$4000.00 y en 1982 a \$7000.00 pesos mientras el salario de los jornaleros se mantuvo sin cambios. La percepción de estos salarios hacen de los puestos de ayuntamiento un botín codiciado que genera luchas por controlarlo, además de los beneficios extras obtenidos por ocupar la posición clave por donde ingresa la mayor cantidad de recursos para el municipio (Del Carpio, *op. cit.*:78).

Sólo algunos puestos de menor responsabilidad le está permitida a los viejos sanos y medianamente alfabetas para desempeñarse como “mayores”, encargados de vigilar que se cumplan las órdenes dictadas a los policías. Otro puesto más confiada a los viejos es la de “panteonero”, su función es la de asignar el lugar dónde enterrar a los muertos y vigilar el buen desempeño de la ceremonia mortuoria en el panteón. Es muy importante referir que a la mujer le está vedada la participación directa en la estructura política del municipio. Sin embargo, para fines de “hacer bulto” en la recepción de autoridades o candidatos del PRI provenientes de la capital del estado, las mujeres van al frente de la comitiva vestidas a la usanza tradicional zoque. Una vez terminada la visita, vuelven a sus actividades rutinarias.

El siguiente testimonio explica esta situación de “acarreo”:

El viejo no es tomado en cuenta. Ahí está el problema. A veces lo toman como ‘bulto político’ para hacer alguna representación (recepción) que tienen [las autoridades]. Para eso lo utilizan nada más, pero que tengan una representación no la tienen. A veces viene un representante del gobierno, y requieren de gente, por ejemplo [en la visita] del gobernador. Para eso sí los utilizan, mandan a llamar a todos los viejitos, los juntan y los llevan como ‘bulto político’, como objeto, es nada más una figura, pero sin ninguna representación (Entrevista, Rosario C., 1 de abril de 1997).

- **El rol femenino**

Respecto al papel femenino en la vejez de la vida comunitaria, algo muy importante digno de resaltar es el *rol* social de la partera, quien logra conquistar el cariño, respeto, prestigio y la admiración prácticamente de toda la comunidad. La partera es conocida con el término de *okonana* (abuela, en términos reverenciales) y

es vista como la abuela de la comunidad, y como tal es tratada.⁶⁴ *Okonana*, por un lado, goza de autoridad moral al ser considerada como la persona que la “recibió” al nacimiento; por otro, es tratada con sumo respeto, pues ella conoce, con el nacimiento, la asignación de tonas (“animales compañeros”) que corresponde a cada individuo. En las personas adultas se tiene la firme convicción de la necesidad de mantener en secreto el tipo de tonas que le corresponden, pues de hacerse público, se puede ser víctima fácil de acciones maléficas por parte de terceros, toda vez que entre individuo y tona, corren suertes paralelas.

El oficio de partera generalmente se hereda de madre a hija, pero actualmente algunas instituciones de salud imparten cursos a parteras empíricas como el IMSS, el Instituto Nacional Indigenista y la Secretaría de Salud. A raíz de la capacitación de las parteras, se ha observado un cambio importante en el sistema de atención al parto, por ejemplo:

... el costo del parto es diferencial según el sexo del recién nacido... en 1989 si se atendía un parto en el cual nacía varón, el costo podía ascender hasta un monto en metálico de trescientos pesos; si mujer, la mitad del costo, e incluso, menos. La razón, argumentan, es que el hombre constituirá en el futuro mano de obra para la producción de alimentos, en cambio la mujer, quizás hasta contraiga matrimonio con gente que ‘ni siquiera es de la comunidad’. Si por alguna razón el producto naciera muerto, ‘...lo que sea su voluntad...’ dirá la partera, pudiendo pagarse la deuda posteriormente (Reyes, 1995b:298).

Antes, la atención de la partera no era pagada, sino que “prestaba un servicio” a la comunidad vigilando el embarazado, el parto y el puerperio; sin embargo, las cosas han cambiado sustancialmente y algunas mujeres, sobre todo en aquellos embarazos conocidos como de “alto riesgo” empiezan a ser canalizadas para su

⁶⁴ Véase nota número 21, p.102.

atención en las clínicas, perdiendo así la partera, poco a poco, los espacios en el papel de “abuela del pueblo”.

- **La esfera religiosa**

Los viejos, una vez que han sido desplazados de los puestos de poder, sólo les queda, como refugio, las funciones básicamente religiosas. En la esfera religiosa, a la vez, hay divisiones. De acuerdo a estudiosos del área zoque, específicamente para el municipio de Ocoatepec, distinguen cuando menos, tres grupos religiosos: los católicos, los adventistas o “sabáticos” y los “costumbreros” (Córdoba, 1975:194; Lisbona, 1992:41Ss; Del Carpio,1992:85Ss).

A saber, los católicos, se agrupan en una asociación denominada Acción Católica, dividida a la vez en “adoradores” (hombres adultos), “honorarias” (mujeres adultas) y “tarsicios” (niños) e “ineses” (niñas). “Posee una división gerárquica estructurada desde arriba por el presidente, un vicepresidente, secretario y subsecretario, tesorero y subtesorero, además de seis vocales” (Lisbona, *op. cit.*:47).

Los adventistas. “El pastor es el líder espiritual de la comunidad de fieles pero, al mismo tiempo, los ancianos y los encargados son personas de confianza que desempeñan actividades indispensables en la iglesia, lo mismo se puede hacer extensivo al resto de los cargos” (*op. cit.*:54).

Los “costumbreros”. Realizan “sus fiestas y celebraciones a la usanza tradicional (cargos religiosos instituidos por la iglesia católica en la época colonial)... Los santos católicos juegan un papel muy importante para ellos, pero no así los sacerdotes; tienen como máxima autoridad a los ancianos... Siguen ostentando un

destacado papel a la hora de dirigir el grupo de la ‘costumbre’ pero cada vez resulta más complejo demostrar a los jóvenes que en las actividades ‘tradicionales’ está la respuesta a sus problemas e inquietudes” (Córdoba, *op. cit.*:194). Los “costumbreros” no son miembros política o económicamente destacados de la comunidad, por lo general se encuentran entre los más desposeídos materialmente... Su nivel de alfabetización es el más bajo y sus hijos mantienen un elevado ausentismo escolar, motivado por la necesidad de ayudar a sus padres en las tareas del campo” (Lisbona, *op. cit.*:44).

- **La medicina “tradicional”**

En el plano del ejercicio de la llamada medicina “tradicional”, es un espacio que aún conservan algunos viejos. Es una actividad predominantemente masculina, sin embargo, es posible encontrar algunas curanderas. En este campo hay varias especialidades, por llamarlas así. “Culebreros”, encargados de la prevención y atención de picaduras y mordeduras de animales ponzoñosos. “Sobadores”, atienden problemas del sistema muscular (desgarres, efectos secundarios de golpes contusos, caídas, etc.). “Hueseros”, buscan corregir problemas asociados al sistema óseo y tratar luxaciones. “Yerberos”, curanderos que tratan padecimientos de un amplio espectro (‘espanto’, ‘caída de mollera’, ‘ojeadura’, ‘vergüenza social’, ‘diarreas’, ‘tristeza’, ‘pérdida de apetito’, etc.) básicamente con plantas medicinales administradas sea en pociones, sea en ungüentos, sea en emplastos u otros sistemas de aplicación.⁶⁵

⁶⁵ En un estudio sobre uso tradicional de plantas realizado en una comunidad mestiza de origen zoque, reportó 114 especies de administración terapéutica. *Vid* Farrera Sarmiento (1998:218-230); Isidro Vázquez (1998: 231-246).

Mención especial requieren los brujos de quienes se cree, basándose en el principio de que si conocen cómo fue enviada la enfermedad, pueden regresarlo por los mismos canales por medio de la contrabrujería. Es decir, al brujo se le considera capaz de manipular la enfermedad diagnosticada como de origen sobrenatural. En especial están los padecimientos que los zoques clasifican como las “adquiridas a través del sueño”, donde el alma es atrapada por agentes malignos y es castigada buscando su eliminación espiritual y física. A pesar de ser socorridos los servicios del brujo, el especialista no se asume públicamente como tal, pues al cumplir una función ambivalente (sanar y enfermar), puede ser presa fácil de venganzas por parte de pacientes que se ven amenazados por su acción maléfica.

- **El plano ceremonial**

En el plano ceremonial es posible encontrar aún personas “tradicionalistas” que eventualmente contraten los servicios de un casamentero, quien generalmente es un viejo de reconocido prestigio social. Sus funciones serán el de cumplir con el protocolo en el pedimento de novia, ceremonia en la que hará gala de la exquisitez de lenguaje culto, preparado para la ocasión. Buscará, por medio de un discurso poético, “ablandar el corazón” de los familiares de la novia para que accedan a la petición. Otro servicio que prestarán algunos viejos “tradicionalistas” es la de “rezador de cerros”, ceremonias en las que elevarán sus plegarias pidiendo a la tierra abundantes cosechas, cuando se realizan ritos de fertilidad.

Un ejemplo de plegaria dirigida a la Madre Tierra fue recopilada y traducida al castellano por Jaime Díaz Gómez, de su padre, el Sr. Miguel Díaz, de 65 años, al

celebrar un rito de preparación de la tierra para la siembra, en la comunidad zoque de Anexo, Rayón, Chiapas. El rezo en cuestión dice así:

Madre Tierra, ante mi Dios presente voy a hablarte y a pedirte permiso. Ante mi Dios presente como madre de todos los dones que existen. Voy a trabajar y a caminar sobre tu suelo, sobre tu corazón, porque así los destinó mi Dios. No te enojés, no te sientas mal, aquí es el lugar donde voy a trabajar, ya que soy un humilde trabajador de mi madre tierra. Durante el tiempo que trabajaré, a tus animales y crianzas quítalos de aquí, guárdalos por un tiempo para no causarles y causarme problemas, porque aquí es donde haré mi humilde trabajo.

Voy a cultivar mis alimentos para pasar los días porque tengo que comer para sobrevivir; aquí es donde estarás a mi lado y permanecerás mi Dios. Tu vas a impedir y alejar aquellos malhechores, nahualeros y hechiceros para turbarlos y convertirlos en enemigos tuyos. Vas a utilizar tu majestuosa y antigua sabiduría como arma para protegerme de todos los peligros y males. Así es como te imploro mi Dios, para que me cuides en los días de trabajo, ya que aquí es donde van a caminar mis hijos, mis frutos, tus hijos, tus frutos durante el tiempo que viviremos sobre la tierra.⁶⁶

- **El viejo, como “principal”**

Ser viejo “principal” es el más alto *status* social que puede alcanzar exclusivamente el hombre. Se conquista gracias a una vida ejemplar en comunidad, observada en la carrera hacia la vejez. Su autoridad es estrictamente moral y se recurre a él o a ellos, para tratar asuntos de carácter civil como problemas de herencia, conflictos sobre la tierra, pedir consejos matrimoniales, etc., generalmente buscando conciliar las partes en conflicto, y como última instancia antes de ser turnadas a las autoridades municipales.⁶⁷

⁶⁶ Comunicación personal de Jaime Díaz Gómez, 14 de agosto de 1998

⁶⁷ En el capítulo III se desarrolla un ejemplo de la función de los “principales” en su papel de negociadores, que busca conciliar partes en conflicto sobre problemas de invasión de tierras.

El “principal” es el mediador de conflictos, es el que busca la convivencia pacífica en comunidad ante diversos problemas que le son confiados y consultados, sin remuneración económica alguna. El éxito de su empresa es compensada con reconocimiento social, traducida en *status* social alto. Un ejemplo más que nos ilustra la confianza depositada en un “principal” nos la ofrece Don Cirilo, quien le fue confiada el reparto de la herencia, al sufrir un accidente su vecino, y morir intestado. Su narración dice así:

Mi vecino... se hizo rico. Compró terrenos, ganado, propiedades, ejidos; ya estaba viejo... [le] tocó una desgracia. Chocó con otro carro; en el accidente quedó muy dañado... Me puso una confianza y me vinieron a buscar. Ya estaba para morir, y me dice: ‘te mandé llamar. Yo no voy a dejar ni mi hijo ni mi hija. Tengo confianza en ti de que hagas un testamento de mis bienes y tu vas a ser el albacea’.

Lo que hice es correrme al notario público [a la ciudad de Tuxtla Gutiérrez], tengo un yerno [que trabaja] en el registro público de [la] propiedad. [El notario me aconsejó:] Hay que hacer un testamento, pero allá en Copainalá, porque allá no hay notario público, y el testamento que va a hacer el licenciado lo tiene que llevar al juez... Cuando regresé a la clínica donde está el enfermo, él ya estaba agonizando, nomás de lejos me hablaba, que cómo quedó, que cómo le hiciste... Buscamos un licenciado, mientras está vivo le sacamos una huella [digital], no vayan a pensar que ya muerto lo hicimos firmar...

Los hijos metieron sus quejas, que ese hombre estando muerto lo hicimos firmar. Yo repartí [la herencia] conforme el acuerdo que tuve [con] el papá. Esto me dijo su papá: ‘a Rafael le va a tocar 21 hectáreas; Jeremías, que es hijo bastardo, le va a tocar 10 hectáreas; Marina es hija natural le va a quedar el centro donde vive; mi hija Victoria otro rancho en San Antonio y, lo que queda, cada quien parejo en partes iguales, pero va a quedar a nombre de mi mujer [y no podrán disponer de las propiedades] hasta su muerte.

[Ante la inconformidad de los hijos, señalé:] ‘yo hice tal como él me ordenó; ahora, si ustedes le quieren quitar lo que es de su mamá, es problema de ustedes, yo no me meto’. Pero los hijos le querían quitar todo a su mamá... De estas escrituras yo tenía un compromiso de repartir en cinco partes, y lo hice. Yo ya entregué, todos tienen su escritura; su mamá también tiene su escritura; ahora, si quieren pelear la parte [que le tocó a] su mamá, ¡ah!, pues demanden a su mamá, es problema de ustedes. (Entrevista, Sr. Cirilo, 1 de abril de 1997).

De acuerdo al testimonio, el “principal” dio cumplimiento a los deseos del moribundo, y se deslinda de cualquier responsabilidad sobre las inconformidades que genere el reparto de la herencia al interior de la familia; problema que deja en manos

de la justicia local.⁶⁸ Pero ante la comunidad, el “principal” queda con la imagen de neutralidad y como vehículo de haber cumplido con los últimos deseos que le fueron confiados.

El viejo “principal”, como vemos, tiene funciones también de depositario de extrema confianza, a manera de un notario, que se le encomiendan de fe del cumplimiento cabal de contratos, escrituras de compra y venta, testamentos y otros actos extrajudiciales. Sin embargo, cada vez van siendo desplazados los acuerdos “de palabra” (*tsap wəajkuɣ*, lit.: “palabra bien; acuerdo hablado”) y, dada la naturaleza de la validez de los documentos oficiales (*jayubə tsap wəajkuɣ*, lit.: “bien, acuerdo escrito; palabra escrita”) el concurso del viejo “principal” va siendo desplazado rápidamente, a menos de tratarse asuntos de extrema urgencia, como es el caso aquí referido, donde el solicitante de sus servicios estaba al borde de la muerte.

- **El viejo cínico “rabo-verde”⁶⁹**

Esta es la cara opuesta del viejo “principal”. Se trata del viejo que, abusando muchas veces de su poder económico, fuerza física, engaño y demás artimañas, logra comprar, burlar o abusar sexualmente de mujeres, principalmente menores de edad, generalmente cuando éstas bajan de los ranchos, al pueblo.

⁶⁸ Para comprender más a fondo el problema de la herencia y el despojo que sufren los viejos, principalmente la mujer cuando queda viuda, véase el capítulo V, específicamente el apartado 6, subtítulo, justamente, “el despojo”.

⁶⁹ “rabo-verde”, expresión aplicada a aquellas personas que por analogía son comparadas a las cebollas. Es decir, que no obstante de tener la cabeza blanca (canas, y su asociación a la vejez), tienen el “rabo verde” (cuzcos o cuscus, coquetos, ligeros, enamorados). En lengua zoque se utiliza la expresión *jowi achpə* (lit.: “viejo loco”), para referirse a aquellos que andan de enamorados, de “coscolinos”.

Esta realidad echa por tierra el mito de ver en forma homogénea únicamente al viejo protegido, respetado y venerado; de sabio, líder y consejero; de enfermo, débil y desprotegido. La vejez indígena se desarrolla en todo un complejo de amalgamas y condiciones socioculturales, donde se conjugan no sólo las virtudes sociales atribuibles a la vejez (sabiduría, humildad, bondad, etc.), sino también a su conducta delictiva, antisocial; es decir, el aspecto antagónico de la vejez idílica. Se ha olvidado “la otra cara” del viejo, aquél que actúa con cinismo, con dolo, en perjuicio de la comunidad. El que quebranta las reglas mínimas de urbanidad, el que desequilibra la vida pacífica para la convivencia social comunitaria. Quizás sean los menos, pero existen. El viejo, pues, debe verse en un espectro más amplio, más ambivalente.

Durante el trabajo de campo las mujeres se quejaron de “los viejos canijos”. Muchas entrevistadas, por razones obvias, no accedieron a ser filmadas en vídeo, pero aquí se presenta un testimonio valiente que evidencia el abuso sexual cometido por un viejo “rabo-verde”. La denuncia en referencia dice así:

...Yo le voy a decir una cosa, hay viejos que les gusta divertirse, les gusta reír, etcétera... pero hay unos que se equivocan, y echan fuera el respeto que se merecen... piensan que hay modo de cómo entrarle a las mujeres, y ahí viene ya el desorden. Yo veo mal ese desastre en ese aspecto. Tienen derecho de gritar, de brincar, pero que no falten al respeto...

En la era que estamos viviendo, ahorita ya no pueden ver una jovencita que nada más esté por ejemplo solita platicando, pero platicando decentemente, ¿verdad?... ahí viene de que ya no hay respeto, ¿por qué no la van a respetar?... al ratito ya están las pobres muchachitas embarazadas. Sí, ya están embarazadas, ya no pueden estudiar, ya dejó su estudio porque el viejo canijo ahí está duro y duro con la chamaca, hasta que se desmayó la chamaca.

...Que las ven que las están molestando y le dicen: ‘oye, ... necesito de ti... pero los señores grandes de 60, 70 años, ligando (enamorando) también... (señala a una muchacha, como de 14 años de edad y con un bebé de escasos tres meses de nacido). No se escapó, le acabó la ropa. [Ella venía del rancho, ahí nomás la atajó en el camino]. Fue obligada cuando venía del rancho, cuando venía de su casa, que se venía pa’ acá, pa’l pueblo. Y como no hay justicia, si hubiera justicia el viejo se apega a la ley, pero como saben (los viejos) que lo que vale es el dinero, van y pagan a las autoridades y ya no hay justicia... Algunos viejos todavía tienen energía, abusan, no sirven pa’ nada, pero ahí están molestando a las muchachitas (Entrevista, Doña Tere, 18 de marzo de 1997).

Testimonios como el anterior ponen al descubierto algunas de las actividades delictivas de los viejos y el contubernio de las autoridades locales. El viejo cínico, entonces, valiéndose del soborno a las autoridades, goza de impunidad a las atrocidades que pueda cometer en el pueblo. El cambio de sistema de gobierno, administrada por jóvenes y adultos ‘maduros’, finalmente adquiere o es envuelta por una atmósfera de corrupción donde la administración de justicia vela por los intereses personales y no tanto por los intereses de la vida comunitaria. Es decir, adquiere muchos de los vicios de la impartición de justicia que se da en comunidades mestizas o de las grandes ciudades.⁷⁰

Con los datos aquí referidos, todo parece indicar que con el nuevo sistema de poder y la forma de administrar justicia, las leyes pueden ser manipuladas más fácilmente de acuerdo a los intereses del mejor postor. Con el sistema de administración “tradicional” de justicia, la de los viejos, las decisiones eran tomadas en consejo, y no en forma unilateral.

- **El viejo enfermo crónico**

Mención especial requieren los enfermos crónicos, por la atención de que puedan ser objeto (véase *la carrera del enfermo viejo*, capítulo V), sin embargo, existe un padecimiento crónico-degenerativo que merece ser subrayado, por la desatención (por ser “natural” en la vejez, porque no tiene cura, por los costos

⁷⁰ Un estudio sobre la situación del anciano en la legislación chiapaneca, registró las principales conductas delictivas en la vejez, siendo las siguientes: homicidios, delitos sexuales, la estafa, el robo; las drogas. *Vid.*: Ruiz Utrilla (1998:107-116).

elevados de su atención o por la inaccesibilidad de los servicios especializados de salud, etc.) de los pacientes. Me refiero a la ceguera.

Cuando un viejo o una vieja padece ceguera, es su ruina. Sabe que está condenado a ser desatendido en el aspecto médico; asume de antemano que su enfermedad es propia de la vejez, y por tanto no tiene cura. En relación a la atención y cuidado que requiere para adaptarse a su nueva condición, es escasa. Al principio, se le presta ayuda, pero paulatinamente el enfermo tiene que ir valiéndose por sí mismo, salvo que requiera auxilio para satisfacer alguna necesidad de desplazamiento o de alimentación. El paciente ciego se vuelve dependiente y su sobrevivencia depende del escaso apoyo que pueda recibir de terceros, principalmente de familiares más cercanos.

El ciego, por otro lado, es despojado en gran medida por su discapacidad, del *status* social que gozaba y más bien es visto con lástima. Si aún posee algunas propiedades puede ser víctima fácilmente de despojo por parte de sus familiares más cercanos. Si es pobre, es subalimentado e incluso corre el riesgo de ser abandonado y, si eso sucede, vive de la caridad. Veamos un ejemplo de despojo de las propiedades a un ciego, en complicidad de las autoridades judiciales.

Cuando una familia posee no digamos una gran cantidad de terrenos, y si el padre [ciego] no decide [vender], pues los demás no pueden decidir por él, la Constitución lo protege. Si dentro de una familia aún vive el anciano, el mayor, el que está a cargo de esa propiedad, pues [teóricamente] debe respetar las decisiones del viejo. Pero yo vivo en un pueblo donde un anciano lo trajeron a la fuerza a la presidencia, para que firmara [la venta de un terreno] porque definitivamente ya no veía nada.

Ya le habían agarrado la mano [para que firmara], porque el [Agente del] Ministerio Público quiso operar así; sin embargo, el viejo dijo: 'a mí nadie me puede obligar [a firmar]'. Y uno de sus hijos mayores dijo: 'tiene razón, no lo pueden obligar, porque aún vive; nosotros no podemos tomar nuestras decisiones aún siendo mayores de edad en la familia, porque vive y todo está a nombre de él, no ha muerto, todavía habla, entiende, razona. No podemos tomar

esa decisión [de obligarle a firmar], debemos considerar su opinión cuando él diga, entonces sí; si la vida nos permite, pues a lo mejor nos toca [una porción de] terreno.

Pero hay mucho fraude en esas cosas, como falsificar firmas, como hacer firmar a los muertos. La toma de decisiones de los viejos [finalmente] no se respeta... Desgraciadamente estamos cargados de cuestiones negativas en el sentido de [interpretar y aplicar] las leyes... la sociedad está corrompida... (Grupo focal de discusión, 17 de marzo de 1997).

El viejo ciego, entonces, no sólo es despojado de *status*, sino también de sus posibles propiedades, y el problema se complica más aún si el despojo se hace en complicidad de las autoridades encargadas de impartir justicia, como lo señala el testimonio antes visto. El viejo entonces, generalmente es marginado dada su enfermedad crónica. No hay espacios sociales de acción de los viejos y las redes sociales de apoyo se debilitan toda vez que requieren atención de tiempo completo.

El viejo ciego, dada su condición, sólo espera morir para remediar su mal. Se siente como un estorbo en la familia, y las actividades que puede desempeñar se limitan a tareas como desgranar maíz, “cuidar” la casa, despulpar café, entre otros trabajos. La ceguera es catalogada como la peor de las enfermedades y quien la padece está condenado a sufrir una marginación no sólo familiar, sino también social. Uno de los grandes temores en la vejez es padecer ceguera, prefiriendo mil veces la mudez, la sordera e incluso la parálisis, que estar privado de la vista.

Hasta aquí, he hecho una especie de tipología de las principales *nuevas* formas de vivir la vejez en la comunidad indígena. Como habremos advertido, existe una diversidad de formas de vivir la vejez, dependiendo de las condiciones socioculturales y biológicas, en el que se desarrolla el individuo en la sociedad zoque. La vejez indígena no es homogénea, sino está llena de ambivalencias, de contradicciones, de antagonismos, de cambios en las diversas esferas sociales en que se mueve el viejo y la vieja

D) Conclusiones del capítulo

La *transición gerontocrática*, como vimos, es alimentada principalmente por la acción combinada, por un lado, de factores demográficos como la irrupción un tanto violenta y constante en el incremento del número de personas que sobrepasan la frontera etaria de 60 años que, por cuestiones estrictamente demográficas, consideramos “viejas”. En un periodo estimado de cuatro decenios la población de indígenas zoques “viejos” prácticamente se duplicó. Sólo en el decenio de 1990, la población de 60 años y más se incrementó en un 61.60% en relación al decenio anterior, y el crecimiento se mantiene constante. Por otro lado, se observa una lucha generacional de la población joven y adulta ‘madura’, que reúne un perfil sociocultural un tanto diferente a la de los “viejos”, pues las nuevas generaciones son ahora más alfabetas, más bilingües, más endoculturados; situación que facilita las condiciones para arrebatar el poder civil y cultural a los viejos, y cuando esto sucede, poco a poco se van debilitando y desmoronando la estructura “tradicional” donde descansa el poder de los viejos.

En esta *transición gerontocrática* es posible distinguir dos etapas que se encuentran en proceso de cambio respecto a la forma de vivir la vejez: La vejez indígena “tradicional”, a menudo calificada de idílica, fase donde el viejo es cubierto de poder, prestigio, sabiduría, protección, liderazgo, etc.; la segunda etapa ocurre cuando se debilitan las estructuras “tradicionales” del poder gerontocrático, dando paso a lo que aquí he denominado “la *nueva* forma de vivir la vejez”, donde el viejo poco a poco va cediendo los espacios de poder no sólo político, sino también son puestos en tela de juicio el conocimiento “tradicional” de los viejos.

Como hemos visto, la *nueva* forma de vivir la vejez en la comunidad indígena zoque no se remite sólo al aspecto homogéneo e idílico de una vejez “exitosa”, como tampoco a la parte catastrófica del viejo abandonado, débil y enfermo. La realidad es mucho más compleja, más heterogénea, llena de ambivalencias. No podemos, pues, hablar de una vejez zoque, sino la construcción de muchas vejezes que aquí tratamos de ejemplificar mostrando cómo se entretajan aspectos socioculturales que brindan una amplia gama de ser y vivir la vejez indígena, en la que consideramos la mezcla y oposición de valores como: estigmas contra virtudes, conquista y pérdida de *status*, diferencias económicas, oposición de filiaciones religiosas y políticas, valores culturales “tradicionales” contra “modernos”, *roles* sociales tanto masculinos como femeninos. Situaciones de salud y enfermedad, redes sociales de apoyo o marginación, conductas marcadamente antisociales que ponen en riesgo la convivencia comunitaria o acciones de respeto y cohesión social.

El *nuevo* viejo indígena zoque es el resultado de la compleja combinación de los factores antes listados. Así, es posible encontrar desde viejos perversos, hasta los más bondadosos; viejos abandonados hasta aquellos protegidos; viejos “principales” que gozan de gran prestigio social por su conducta ejemplar y que le son confiados problemas extrajudiciales para su mediación, hasta aquellos que gozan de impunidad por sus actos delictivos que ponen en riesgo la estabilidad social.

El siguiente cuadro muestra en forma comparativa los formas de vida que se dan en la *transición gerontocrática*.

Cuadro. No. 1/ cap.VI.

La vejez indígena zoque, según fase del modelo de la *transición gerontocrática*

La vejez indígena "tradicional"	La nueva forma de vivir la vejez
Se presume idílica y homogénea	Ambivalente; llena de contradicciones
El viejo (masculino) es sabio	Hay viejos(as) sabios(as), pero también pueden equivocarse
Goza de alto <i>status</i> social	El <i>status</i> social se conquista y también puede perderse
El viejo lleno de bondad	Los hay bondadosos, pero también perversos con conductas delictivas
Gozan de poder civil y cultural	Principalmente los analfabetas, monolingües, pobres y enfermos son despojados del poder civil
El viejo es protegido y venerado	El viejo tiene el temor de ser abandonado y vivir de la mendicidad
Sesiona en Consejo de Ancianos y en consenso emite su veredicto	Desaparece el Consejo de Ancianos y su opinión es emitida a título personal
La partera es la "abuela de pueblo" goza de alto <i>status</i> social	La partera es la "abuela del pueblo" goza de alto <i>status</i> social. Los partos de alto riesgo son canalizados a los servicios de salud.
El viejo es consejero	La opinión del viejo pocas veces son consideradas
El viejo es "principal"; mediador de conflictos	Sólo algunos viejos son "principales". Busca conciliar las partes en conflicto y evitar al máximo que el problema sea turnado al municipio
La vejez es "exitosa"	No siempre la vejez es "exitosa"
El viejo tiene resuelto sus problemas de atención en la vejez disfuncional. Goza de protección por parte de la familia y la comu-	El "seguro" de la vejez está en relacionado en buena medida a la capacidad que tenga éste en heredar sus propiedades para negociar su cuidado en la vejez disfuncional.

Fuente: Grupos focales de discusión. Ixtacomitán, Chiapas. 17 de marzo de 1997.

Hoy día, al menos entre los zoques del noroeste chiapaneco, la forma “tradicional” del poder de los viejos como máxima autoridad que dirige al pueblo gracias a su sabiduría, está siendo borrado rápidamente de varios espacios sociales, sobre todo en aquellos de decisión política. Ante el debilitamiento y el desmoronamiento de la estructura “tradicional” del poder gerontocrático, los viejos han buscado refugio principalmente en las esferas religiosas, en el campo de la medicina “tradicional”, en la práctica de los ritos ceremoniales tanto civiles como de ritos de fertilidad. Sólo unos cuantos han sido capaces de mantener su *status* social alto como son los viejos “principales” y, en el caso de las mujeres, en el ejercicio del oficio de partera, que les da el rango de “abuela del pueblo”. En la cara opuesta de los que gozan de alto *status* social están los viejos cínicos “rabo-verdes”, que son la antítesis de la vejez caracterizada como una etapa de mayor sabiduría, creatividad, bondad y madurez, entre otros calificativos atribuibles a la última fase del ciclo de vida .

En el modelo de la *nueva* forma de vivir la vejez, la sobrevivencia depende de sus redes de apoyo tanto familiares como comunitarias, el viejo trabaja hasta que las fuerzas le abandonen. En caso de enfermedades crónicas, muy en particular la ceguera, el viejo recibe escasa o nula atención y lo peor, es fácil víctima de despojo de sus propiedades.

Podríamos concluir que el cambio y control del sistema de gobierno “tradicional” al “institucional”, ha afectado no sólo en forma negativa a los viejos, sino a la comunidad en general, pues por testimonios aquí vertidos, se puede apreciar que en el nuevo sistema de impartición de justicia está permeado por actos

de corrupción e impunidad, anteponiendo los intereses personales y partidistas que los comunitarios.

CONSIDERACIONES FINALES

Introducción

Esta sección, la última del cuerpo central de la tesis, pretende hacer un recuento general del trabajo, señalando algunos de los hallazgos más importantes alcanzados en la presente investigación. No deberán tomarse como conclusiones definitivas, sino más bien, como preliminares. El trabajo refleja una realidad parcial de lo que está sucediendo o se observó en la región de estudio, por lo tanto los resultados no pueden ser generalizados para la etnia zoque, sino para una porción del grupo étnico con el cual se trabajó. Ejemplifica, sí, cómo se vive la vejez en la pobreza extrema, diferenciando los roles tanto masculinos como femeninos en diferentes etapas en que es clasificada la carrera hacia y en la vejez.

Esta última parte del trabajo la he dividido en cuatro partes, siendo: a) El contexto general, busca enmarcar el problema de estudio; b) *media vejez, vejez funcional y vejez disfuncional*, está orientado a hacer un resumen de cómo es percibida y clasificada la vejez indígena contemporánea, tomando como parámetros la combinación de factores tanto sociales como biológicos; c) *vejez idílica vs. nueva vejez*, confronta dos modelos de percibir la vejez y los factores sociales que intervienen para pasar de una fase de transición a otra; d) propuesta de atención a la vejez, brinda algunos lineamientos que buscan orientar con miras a encausar la atención de los principales problemas a corto y mediano plazo, en caso de instrumentarse programas de acción para que sean considerados en los planes de atención a la vejez en general e indígena en particular.

A) Contexto general

El envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico que se ha venido observando en ciertas regiones del mundo. Por ejemplo, durante el siglo XX algunos países altamente industrializados, el promedio de la esperanza de vida se vio incrementada hasta en un 100% (Pía, 1993:55). Este alargamiento de longevidad humana es atribuido a varios factores como los avances alcanzados en la atención sanitaria básica (higiene, alimentación, control de enfermedades infecciosas, etc.), hasta el tratamiento de padecimientos llamados crónico-degenerativos, asociados a la vejez (enfermedades cardíacas, cerebro-vasculares, diabetes, cáncer, disminución de las funciones sensoriales, etc.). Sin embargo, hay que considerar otros factores de orden socioeconómico como la mayor escolaridad, los servicios de urbanización, servicios médicos especializados, los trabajos mejor remunerados, las redes familiares, sociales y/o institucionales de apoyo en la vejez , entre otros.

México no ha sido la excepción en cuanto al inicio del proceso de envejecimiento de su población. Es a partir de 1960 cuando empieza a experimentar un crecimiento importante de la población de 65 y más años. Pasó de menos 1% anual en 1960 al 4% en 1990, y el crecimiento se ha mantenido en este nivel desde entonces (*Programa Nacional de Población...*:5). Sin embargo, matizando la información, específicamente para grupos indígenas, y muy en particular para población zoque, la población “vieja” (considerada de 60 y más años) en números absolutos, a partir de 1960 a 1980 viene creciendo en forma lenta, pero constante. Es sólo a partir de 1980 cuando la población indígena de “viejos” experimenta un crecimiento sin precedentes. Las razones que pueden explicar este fenómeno tardío en las comunidades indígenas son varias:

Es ampliamente conocido que Chiapas guarda los más altos índices de marginación y pobreza de toda la república, y que las comunidades más marginadas son justamente las poblaciones indígenas, con el consecuente impacto en el bajo desarrollo socioeconómico de estos pueblos. La categoría nutricional ha sido clasificada como *muy mala*, con desnutrición crónica mayor al 25% de su población (Roldán, *et al.*, 1988:IV).

A partir de 1980 se inicia la atención oficial en materia de salud de primer nivel de atención. La vigilancia epidemiológica está dirigida principalmente a la atención materno-infantil por considerarse un gran sector de riesgo. Programas como esquemas de vacunación, planificación familiar, atención de enfermedades infecto-contagiosas y medidas de prevención y control de epidemias, son dirigidas no sólo a las comunidades indígenas, sino a la población en general. A pesar de que los programas están orientados a dar solución a los problemas de salud, su atención está encaminada más bien a atender el problema inmediato: la enfermedad, más no lo que la origina, volviéndose así un círculo vicioso. Dado el esquema de atención primaria a la salud, los servicios especializados para otro sector poblacional, como es el caso específico de la vejez, son prácticamente un sueño.

También en la década de los ochenta sólo algunas comunidades indígenas son comunicadas por carretera, conectadas a la red de energía eléctrica, agua entubada y, en menor medida, al sistema de drenaje. Con todos estos y otros efectos “modernizadores”, causan un impacto importante en la población que se ve reflejada, por ejemplo, en conquistar más años de vida. Aún así, la población indígena, en general, está por abajo del promedio estatal de la esperanza de vida.

No está por demás decir que los problemas tanto de pobreza como de marginación persisten, y la situación se complica por la violencia y estado de guerra que vive Chiapas. A raíz de la insurrección de la guerrilla zapatista y las devaluaciones que ha sufrido el peso desde 1994, han sido dos detonadores muy importantes que han propiciado de manera significativa la migración internacional de población joven zoque, con destino al país vecino: los Estados Unidos. Las remesas económicas que envían los migrantes tanto nacionales como internacionales constituyen, de alguna manera, un apoyo para la vejez.

La irrupción de viejos y viejas en la comunidad indígena, combinada con otros factores sociales como la migración, la educación escolarizada, el acceso a relaciones laborales en empresas privadas u oficiales, la posibilidad de acceder a los servicios médicos de primer nivel de atención, los sistemas de comunicación y todo lo que implica relacionarse con el mundo exterior de la cultura zoque, vino a modificar la vida “tradicional” de los zoques, entre ellos, la relación y trato hacia los viejos.

Por ejemplo, el aumento un tanto repentino de viejos provocó una competencia activa entre generaciones y las evidencias empíricas muestran que la lucha se está saldando a favor de las generaciones jóvenes, principalmente en el campo político y económico. Al conjugarse por un lado un incremento en el número de viejos generalmente analfabetas, monolingües en lengua indígena, enfermos y sobre todo pobres, pero que ostentan el poder a través de un órgano político conocido como Consejo de Ancianos, y por otro lado, el surgimiento de generaciones de jóvenes y adultos “maduros” con un perfil cultural que obedece más a las exigencias que requieren las relaciones con el mundo exterior de la cultura “tradicional” zoque, muy en especial en el ámbito político (más alfabetas, más bilingües, que ostenten el

poder económico, y sobre todo de filiación partidaria oficial), da como resultado una lucha generacional que disputa el control del poder político de la comunidad.

La confrontación de intereses políticos y económicos por un lado y el incremento de viejos por otro, permiten un campo propicio para que se geste lo que aquí hemos llamado *transición gerontocrática*, que en resumidas palabras es la disputa generacional del poder, a favor de generaciones mejor preparadas para hacer frente al mundo mestizo. Cuando la lucha se gesta a favor de los jóvenes –como es el caso-, los viejos van siendo desplazados del poder y se va conformando un nuevo estilo de vida en la vejez, muchas veces desprovista de *status* social alto y el problema se torna más grave si añadimos el detonante que confina al viejo no sólo socialmente, sino también, por causas biológicas. Estoy refiriéndome a la combinación de enfermedades crónicas, la soledad, la pobreza, el despojo, el maltrato y la inducción al suicidio, entre otros factores que inducen a la marginación y olvido del viejo.

Esta *nueva* forma de vivir la vejez en los *roles* tanto masculinos como femeninos es el centro de atención en el presente trabajo, pues al trastocarse las estructuras tradicionales en las que descansaba el poder de los viejos, muchos de los problemas que hipotéticamente tenían resueltos en el modelo “tradicional”, como son el cuidado y atención en la decrepitud, ahora los tiene que conquistar por medio de redes de apoyos que pudieran brindarle tanto en el seno familiar, como en el social. En la *transición gerontocrática* las relaciones sociales entre los jóvenes y los viejos son más de las veces de fricción, toda vez que es cuestionada la autoridad del viejo, puesta en duda su sabiduría, manejar la tradición oral como única fuente de

aprendizaje, y calificar a los viejos como de ideas atrasadas en donde no encuentran respuesta los jóvenes a sus inquietudes.

B) Media vejez, vejez funcional y vejez disfuncional

Generalmente los estudios de envejecimiento hacen referencia a la clase trabajadora asalariada, que por cesantía de edad avanzada o pensionada, reciben algunos beneficios que tienen derecho de acuerdo a la legislación laboral. Este trabajo, dada sus características, se refiere a otra población de viejos, al otro México, a la vejez indígena de un grupo étnico específico. Un mundo que muestra una realidad muy diferente a la clase trabajadora asalariada, al viejo urbano, al jubilado y pensionado. En el caso de la vejez indígena chiapaneca la mayoría son campesinos pobres que sobreviven a una economía campesina “tradicional”, donde más del 83% de ellos es analfabeta, predominando el analfabetismo en la mujer.

Los viejos indígenas zoques constituyen un grupo marginado, pobre, sin cobertura prácticamente de servicios de salud, cuya característica principal que la distingue de los viejos “urbanos” es que no guardan una relación laboral asalariada con el Estado o la iniciativa privada, situación que los pone en seria desventaja por estar más desprotegidos no sólo en cuanto a cobertura de salud, sino también de los esquemas de pensiones y otras prestaciones que ofrece la legislación laboral. El mundo que viven los campesinos pobres en México es paradójico, pues el sistema de seguridad social nace de una revolución agraria, que al concluir su etapa armada inicia las transformaciones sociales requeridas y planteadas en los planes políticos y sociales de sus líderes y del compromiso con las mayorías de campesinos y obreros, actores principales de lucha (*Diagnóstico de salud...*:17), sin embargo, son los más

desprotegidos, es decir, no se han visto beneficiados de los ideales revolucionarios. Hoy día los pueblos indios hacen serios reclamos al gobierno por el olvido en que han vivido.

Dada las particularidades socioculturales del grupo, los zoques no conciben una sola categoría de vejez, sino que el criterio genérico la subdividen, a la vez, en cuando menos tres fases muy importantes que componen el proceso de envejecimiento dentro del ciclo de vida: el *inicio a la vejez* (aprendiendo a ser viejo, media vejez, semivejez, “asomarse” a ser viejo, etc.), la vejez completa funcional y la vejez completa disfuncional. Cada una de las etapas etarias está estimada, delimitada o combinada por criterios tanto sociales como biológicos. Sin ánimos de repetir información señalada en el capítulo III, podemos sintetizar los siguientes criterios para cada subfase de la cultura zoque de la vejez:

El inicio de la carrera hacia la vejez

La primera fase de edad “madura” (columna vertebral de la casa en el hombre y columna vertebral del hogar en la mujer) se estima que inicia la carrera hacia la vejez a partir de los 30 y 49 años de edad. De acuerdo al ciclo individual de vida y su asociación al ciclo solar diurno, el individuo ha alcanzado la fase solar *tsaia*, es decir, que el sol, en su recorrido diurno ha alcanzado la fase de “inicio de la tarde”. En la mujer, la menopausia marca de lleno su entrada de *inicio* a la vejez. El individuo hace su debut como abuelo y los nietos son apenas recién nacidos. Aquellos que tan sólo se “asoman o aprenden a ser viejos”, trabajan con todo su potencial, y son los encargados de la productividad, el sustento y el cuidado de la familia. Si desean ganar *status* social alto en el futuro, deberán conquistarlo de acuerdo al perfil trazado de vida ejemplar en la vida comunitaria.

La siguiente etapa de madurez etaria y su asociación al sol, es la edad “maciza”, “sazona”, se conquista entre los 50 y 55 años de edad. Los nietos son ahora adolescentes. El viejo, a partir de esta edad, y de acuerdo al comportamiento social observado en la carrera hacia la vejez, el hombre puede alcanzar la distinción social de ser “principal”; la mujer, de reconocerse como *oko* (abuela, en términos reverenciales). Los viejos continúan trabajando con todas sus fuerzas, siguen siendo los responsables de la familia.

La tercera etapa de la edad “madura” marca en buena medida dejar de ser “macizo”, y señala el umbral que delimita el *inicio* de la vejez y prepara las condiciones de entrada a la vejez completa. La edad estimada es entre los 56 y 59 años de edad. Los nietos seguramente estarán preparándose para el matrimonio e incluso los primeros ya habrán contraído matrimonio, pero aún no tendrán, a su vez, hijos. Los viejos continúan trabajando con todo su potencial que la salud les pueda brindar.

La vejez completa funcional

Es la segunda fase del ciclo en el proceso de envejecimiento. Se estima que puede ser alcanzado entre los 60 y 75 años de edad. Sin embargo, hay muchas razones de diversos órdenes para negarse alcanzar y asumir el segundo peldaño de la vejez. La vejez completa funcional está llena de tabús y realidades; por un lado, se deja de ser “macizo”, “maduro”, por otro, es el periodo en que empieza a declinar la “fuerza” para dar paso a la “debilidad”. La salud, entonces, da signos de flaqueza y el

rendimiento en el trabajo productivo disminuye considerablemente poniendo en riesgo el dejar de asumir la responsabilidad sobre la familia.

Ser bisabuelo, por otro lado, declara de lleno la vejez completa, así lo evidencia la nomenclatura de parentesco: *kanan bət* en el hombre (lit.: hombre con descendientes) y *chu'e yomo* en la mujer (lit.: mujer que avecina la noche). La frontera generacional está marcada por los bisabuelos, en lengua zoque no existe nomenclatura de parentesco para los tatarabuelos, mucho menos para los chosnos, son terrenos aún desconocidos que requieren ser descubiertos. El viejo completo funcional se vale aún por sí mismo; con su arduo trabajo puede sobrevivir y mantener a su familia, pero teme a las enfermedades discapacitantes, en especial las crónicas degenerativas, pues de padecer una de ellas, puede obligarlo a pasar a la última fase de vejez y del ciclo de vida.

La vejez completa disfuncional

La vejez completa disfuncional se alcanza a partir de los 76 años de edad o antes, si una enfermedad crónica discapacitante obliga a guardar reposo absoluto en forma definitiva al individuo que lo retira de la actividad productiva.

En lengua zoque existen dos etapas que distinguen la fase de vejez disfuncional. En el hombre, la primera es conocida como *achpø* (lit.: el hermano mayor encorva), en la mujer, *chu'e* (lit.: se hace noche); evento que se calcula entre los 76 y 84 años de edad. Se caracteriza porque el cuerpo se encorva, se vuelve tembloroso y dependiente de la ayuda de terceros para algunas actividades mayores; la segunda etapa masculina es conocida como *makamga'e achpø* (lit.: "se oculta el

hermano mayor encorvado”), y la femenina *makamga’e chu’e* (lit.: “se oculta la noche”), caracterizado porque para sobrevivir depende totalmente de la ayuda de terceros, hay demencia senil y prácticamente la persona sólo espera morir.

La presencia de tataranietos también declara la entrada directa a la vejez disfuncional. Es la etapa de mayor crisis de *status*, pues el viejo al esperar sólo morir, ya no es escuchado, sus opiniones no son del todo consideradas. Por el contrario, corre el riesgo de sufrir despojo y ser abandonado a su suerte. Muchas veces el viejo decrepito, ante tales circunstancias, recurre al suicidio o acelera su padecimiento para dejar de sufrir.

C) *Vejez idílica (tradicional) vs. nueva vejez*

En el modelo de la vejez “tradicional”, que aquí hemos considerado también como vejez indígena “tradicional”, se ha pecado de ver y clasificar este periodo de la vida como homogéneo y armónico en cuanto a *roles* y *status*, los cuales están muy sesgados a la vejez masculina (llenos de prestigio, autoridad, sabiduría, liderazgo, bondad, amor, paciencia, facultado de poderes extraordinarios en el plano civil y religioso, etcétera). Asimismo la vejez tradicional no diferencia etapas en que pudiera estar, a la vez, subdividida considerando, por ejemplo, la salud, la edad u otros criterios sociales, y su incidencia en la capacidad para el trabajo o el retiro de la actividad productiva.

Dada las características del modelo de la vejez “tradicional”, garantizaba de hecho una vejez “exitosa”, un mundo donde el viejo, principalmente al alcanzar la decrepitud, gozaría de un trato preferencial no sólo de la familia sino de toda la

comunidad en actitudes llenas de protección, veneración, cuidados especiales, respeto, obediencia, y a su muerte, ser recordado con profundo cariño.

El debilitamiento de las estructuras “tradicionales” que dan soporte a la vejez idílica da paso, poco a poco, a la fase de *transición gerontocrática*, modelo en el cual el viejo y la vieja, al ser desfasados de algunos *roles* y *status* social alto, construyen una *nueva* forma de vivir la vejez, muchas veces desprovistos de poder real y simbólico.

La *nueva forma de vivir la vejez* es construida gracias a una amalgama de factores socioculturales donde la vejez puede ser o no “exitosa”. Se desarrolla en un ambiente heterogéneo, ambivalente. Es posible observar una diversidad de *modos* o estilos de vivir la vejez indígena tanto masculina como femenina dependiendo de las redes sociales de apoyo tanto familiares como sociales, de las condiciones de salud, de la economía del viejo y la vieja, de la historia individual trazada en las relaciones sociales y familiares en la carrera hacia la vejez, del “grado” de vejez alcanzado, del *status* social conquistado o perdido, de la capacidad que se tenga para el trabajo principalmente productivo, y una infinidad de condiciones emotivas, relaciones afectivas que se practique hacia los viejos.

En la *nueva* forma de vivir la vejez, creo que la época de mayor crisis de *status* se da justamente cuando se alcanza la decrepitud, es decir, en la vejez disfuncional, pues el viejo se vuelve dependiente de la ayuda de terceros para sobrevivir. Al encontrarse más cerca de la muerte, débil y acabado, se vuelve llorón, quejumbroso en demanda de atención, corriendo el riesgo de importunar con sus

achaques y ser ignorado y en el peor de los casos, despojado de sus escasos bienes, abandonado y/o inducido al suicidio.

En medio social pobre, y sabiendo de antemano que su mal no tiene “cura”, y que por el contrario está propenso a desarrollarlo, el viejo y la vieja se resignan a morir o aprenden a convivir con su enfermedad, bajo la atención que pueda recibir de los suyos o sobrevivir de la caridad pública. Esta es una realidad de cómo se vive la vejez indígena. La evidencias empíricas así lo señalan. Aquella imagen idílica del viejo respetado, protegido y venerado, al menos entre los zoques contemporáneos del noroeste chiapaneco, es ya sólo un mito.

D) Propuesta de atención a la vejez

En 1953, en el editorial de la revista *América Indígena* señala la preocupación del por qué, principalmente las mujeres indígenas envejecían prematuramente. Entre otros factores atribuibles a tal fenómeno, se señala que el desarrollo psicológico, cultural y biológico de la población indígena femenina es generalmente aún más desfavorable que la del hombre, quienes viven en condiciones insatisfactorias. La mujer indígena pobre puede mantenerse sana y bella hasta la pubertad; después de eso se casa y su salud y belleza empiezan a declinar. Las principales causas de muerte son desconocidas y por consiguiente, imposibles de combatir. Estos factores adversos son causa de que la mujer indígena envejezca prematuramente. Para aliviar ésta triste situación –propone el documento en referencia-, es necesario primero que grupos de mujeres especialistas en ciencias sociales y ciencias complementarias como la biológica y ecológica, investiguen los factores que gobiernan la vida de la mujer en grupos indígenas representativos (*América indígena*, 1953:241-142).

Hoy día, 45 años después de la publicación del editorial, la situación y preocupaciones son prácticamente las mismas. Los pueblos indígenas siguen sumidos en la pobreza extrema y los servicios de salud apenas son incipientes. El perfil epidemiológico de estos pueblos corresponde a la patología de la pobreza, donde las enfermedades infecto-contagiosas como las infecciones respiratorias agudas, enfermedades gastrointestinales y parasitarias, la sarna, las tiñas y la tuberculosis pulmonar, principalmente, causan estragos no sólo en la población infantil, sino en la vieja también, sectores que son población de riesgo a contraer y desarrollar enfermedades. En buena medida, el nivel de pobreza de sus habitantes y del abandono en que viven, motivó la insurrección indígena armada en enero de 1994.

En las pláticas de paz sostenidas entre el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) y el Gobierno Federal, se discutieron ampliamente las relaciones sociales de desigualdad, discriminación, segregación y subordinación, que les han permitido mantener a los indígenas en “una situación estructural de pobreza, explotación y exclusión política” (*Acuerdos de San Andrés*, 1996:6) del resto de los mexicanos. Ante tal situación, específicamente el punto seis de los *acuerdos*, en relación a garantizar las satisfacciones de necesidades básicas a los pueblos indígenas por parte del Estado, señala:

El Estado debe garantizar a los pueblos indígenas condiciones que le permitan ocuparse de su alimentación, salud y servicios de vivienda en forma satisfactoria y por lo menos un nivel de bienestar aceptable. La política social impulsará programas prioritarios para que la población infantil de los pueblos indígenas mejore sus niveles de salud y alimentación, y de apoyo a la actividad y capacitación de las mujeres indígenas (*op. cit.*:10).

Como era de esperarse, el Gobierno aunque firmó los *acuerdos*, se valió de artimañas para no dar cumplimiento a lo pactado en San Andrés, bajo el argumento de

que el único órgano oficial de modificar la Constitución es el Congreso, y no los representantes oficiales en las negociaciones de paz, quienes tan sólo emiten “iniciativas de ley”. Por el contrario, el Gobierno respondió con más hostilidades castrenses y guerra de “baja intensidad” que aún perdura en el estado de Chiapas.

A lo más, se han dado paleativos, pero no se tocan los problemas de fondo. Ante tal circunstancia, esta sección del trabajo busca orientar algunas acciones que se podrían emprender sea por parte de organismos no gubernamentales o bien de parte de programas oficiales de salud, de alfabetización, de servicio social para la atención principalmente a la población envejecida. Veamos.

- **Organización de viejos**

Por principio de cuentas los viejos están solos. Una de las razones puede ser explicada por cuestiones de percepción y marginación. La vejez, entre los zoques, es percibida como un fenómeno individual, y no es vista como un fenómeno que tiene implicaciones sociales. Quizás esta percepción de individualidad de respuesta a muchos de los problemas que los aquejan hoy día. Por ejemplo:

Los viejos y viejas indígenas deben organizarse en un sólo bloque para hacer frente a los problemas comunes, como antaño lo hacían bajo la estructura de Consejo de Ancianos. En la actualidad, tras desmoronarse la estructura política tradicional afrontan los problemas en la vejez a título personal. Como viejos, no tienen ninguna presencia ni representación en la comunidad, ni espacios de acción o convivencia social. La opinión de viejos organizados sería sustancial para instrumentar programas

de acción en la vejez, de lo contrario serían impuestas en forma unilateral sin considerar las necesidades y su participación activa justamente como viejos.

Pienso que en la comunidad indígena ya existen las condiciones sociales necesarias para que los viejos reclamen sus necesidades sentidas como grupo. Que hagan sentir su presencia y no pasen desapercibidos en la estructura social comunitaria. Aunque ahora todavía hay relativamente pocos viejos, su número va en aumento. En este sentido, instituciones oficiales como el INSEN (Instituto Nacional de la Senectud) tiene todo un campo de acción que atender.

- **En materia de alfabetización**

Los mismos viejos zoques reclaman: “bueno, si conocen tanto los jóvenes, ¿por qué no utilizan ese conocimiento para ayudar a otros, digamos los que no conocen, para ser enseñados?” (Grupo focal de discusión, 19 de marzo de 1997). Los viejos analfabetas equiparan la habilidad de la lecto-escritura, como el dominio de una especie de “magia” exótica que permite plasmar las ideas en forma escrita. De hecho, éste tipo de lenguaje –el escrito- , es conocido en lengua nativa como *jayubø tsap wøajkuy* y se entiende por ello como “bien, acuerdo, palabra escrita”. Lo ideal sería que aprendieran a leer y a escribir en forma bilingüe, sin embargo, el material didáctico y los métodos pedagógicos hasta ahora existentes están en lengua castellana. La mujer, en éste rubro, no debe ser descuidada, pues son ellas las que sufren mayor analfabetismo.

Los prestadores de servicios social en diversos campos tanto de las ciencias como de las artes, encuentran aquí un campo fecundo para el desarrollo de sus

actividades. Los viejos, con su conocimiento “tradicional” podrían intercambiar experiencias y ambas partes estarían en posibilidades de aprender uno del otro, a manera de retroalimentación. Es un tabú la idea de que los viejos “no aceptan ideas nuevas”. En el caso específico de la alfabetización, por ejemplo, los viejos reclaman dominar la magia exótica de la lecto-escritura. Otra área de conocimiento al que están deseosos es el aprendizaje de español, como segunda lengua.

- **Hospitales sobre ruedas**

Los viejos, con la edad, desarrollan enfermedades propias o asociadas a la vejez. Es un hecho que los servicios de atención primaria a la salud no pueden atender este tipo de padecimientos, por lo que el viejo si tiene la fortuna de contar con el apoyo necesario, se ve obligado a desplazarse a centros urbanos para recibir atención. Ante tal circunstancia, los hospitales rodantes serían de gran ayuda para prestar servicio en la comunidad del paciente, sin sentirse “arrancado” de su aldea y los suyos.

Uno de los problemas a que se enfrenta el viejo cuando recibe atención en la ciudad, es la barrera del idioma. Así sucedió, por ejemplo, en el Hospital del IMSS de Bochil, Chiapas, cuando fue internado por parte de familiares un paciente de 75 años de edad. Ante la necesidad de los familiares de seguir trabajando sus tierras, estos tuvieron que ausentarse dejando al enfermo solo en el hospital. El señor se quejaba de dolores intensos señalando su pie izquierdo; se sospechaba posible fractura de tarso. Los doctores y las enfermeras conocían al paciente de la cama 8, como “El Mudo”. Cuando visité el pabellón de ancianos grande fue mi sorpresa descubrir que “el mudo” en realidad hablaba tzotzil, lengua que reconocí por algunos sonidos que

relacionaba con la lengua maya de los Altos de Chiapas. Hice saber la necesidad de un traductor para superar la barrera del idioma. Historias como ésta sufren algunos viejos, y sobre todo las mujeres, quienes son menos bilingües que los hombres.

Si el viejo es atendido en su comunidad se sentirá menos desplazado de su medio cultural y, por otro lado, sus familiares podrían seguir atendiendo sus labores agrícolas que es la actividad de la cual dependen económicamente. El tener hospitales rodantes permitiría cubrir amplias zonas de atención hasta en los lugares más apartados. Los servicios de la medicina moderna son muy bien aceptados por los viejos zoques. Las evidencias empíricas así lo demuestran.

- **En relación a los derechos humanos**

Uno de los problemas que sufre muy a menudo el viejo es el despojo de sus bienes. Esta “costumbre” está enraizada en la cultura del grupo, y se tolera porque está enmarcada por la ley tradicional de “usos y costumbres”, contraviniendo con lo establecido en la normatividad jurídica, que lo tipifica como delito. En este sentido, los viejos deben recibir protección contra el despojo y ser orientados para que se respeten sus derechos sobre la propiedad de sus bienes. El viejo, una vez que ha sido despojado de sus bienes ya no representa ningún interés económico, entonces el riesgo de ser abandonado a su suerte o ser maltratado por parte de sus familiares se potencializa. El mayor temor del viejo es alcanzar la vejez enfermo, solo y pobre. Cuando éstas tres causas se conjugan los viejos son vistos como “inservibles”. Bajo esta perspectiva, los derechos humanos tienen una tarea muy importante que cumplir en esta fase de la vida, donde los viejos están prácticamente desprotegidos y sufren maltratos de diversa naturaleza.

- **Valoración del conocimiento tradicional**

Los viejos son depositarios de una gran riqueza cultural; conocimiento ancestral que debe ser revalorado, para lo cual deben ser superadas ideas tales como: “los viejos no tienen nada nuevo que enseñarnos”. Las Casas de la Cultura, los programas de radio bilingüe, la misma escuela, por ejemplo, serían espacios idóneos para instrumentar programas de recuperación del conocimiento “tradicional”, y los viejos en este caso tendrían un papel protagónico, se sentirían útiles y valorados culturalmente.

- **Ayuda no condicionada**

Algunos programas de “ayuda” a los ancianos, como la experiencia del DIF (Desarrollo Integral de la Familia) en el reparto de despensas básicas, no deben ser condicionadas con fines partidistas, pues lejos de prestar ayuda a los viejos, los distancian por filiaciones políticas, y lo peor aún, les retiran el apoyo oficial ofrecido si no votan por el partido en el poder. El apoyo debería estar dirigido, principalmente, a las ancianas viudas, pues lamentablemente son las más desprotegidas y están más expuestas a sufrir todo tipo de abusos.

- **Crear unidades de atención y convivencia para ancianos**

Sería ideal la creación de unidades de atención en diversas áreas de apoyo a personas de edad avanzada no sólo para que constituya un espacio de encuentro y convivencia, sino también de auxilio y autogestión del grupo, ante el embate de los abusos a los que son sujetos, o bien, para hacer frente a las relaciones de convivencia comunitaria. Que el anciano tenga el derecho a una vejez digna.

- **Creación de Universidades de Estudios Gerontológicos**

En la medida que conozcamos a mayor profundidad un problema pienso que podría pensarse en mejores soluciones. México requiere de la creación de centros de investigaciones gerontológicas y geriátricas. Para ello es preciso contar con espacios académicos donde se formen estudiosos de estas especialidades. Las condiciones demográficas de México exigen ya, la creación de este tipo de universidades, pues la población esta envejeciendo a un ritmo constante, y la población indígena no se queda al margen de este fenómeno, donde lamentablemente lleva la peor parte.

Finalmente, los viejos –principalmente indígenas- tienen muy claro que ahora pueden alcanzar edades más avanzadas, pero también la disyuntiva que plantean es la siguiente: ¿qué calidad de vida les depara afrontar la vejez en la pobreza extrema, sobre todo si no cuentan con redes sociales e institucionales de apoyo geriátrico?. La responsabilidad debemos compartirla todos y asumir compromisos para ofrecer una vejez digna.

ANEXO 1

El acopio y procesamiento de la información

El trabajo de campo se centró en seis municipios de la región noroeste de Chiapas, siendo estos: Ixtacomitán, Tapalapa, Tecpatán, Copainalá, Ocoatepec y Juárez. Lamentablemente no fue posible trabajar en otros seis municipios aledaños, en virtud de que la región en estudio atraviesa por un clima de violencia generalizada, que va desde guerra de “baja intensidad” por parte de diversos grupos armados tanto militares como paramilitares, en contra de los pueblos indios (violación de derechos humanos como secuestros, desapariciones, tortura, intimidación, etc.), hasta acciones castrenses de hostilidad.

A pesar de que las condiciones sociales no fueron las óptimas para el buen desarrollo del trabajo de campo, se logró realizar el siguiente material grabado en vídeo: dos grupos focales de discusión, uno de la percepción de los jóvenes hacia los viejos, y otra más, de la autopercepción de la vejez, y veinte entrevistas a profundidad, según formato de entrevista (ver anexo No.2).

Contrario a lo augurado, el 97% de los viejos accedieron a que las entrevistas fueran filmadas en vídeo, con el compromiso contraído de respetar no editando o grabar las secciones que en su opinión consideraban mostrar una imagen de debilidad o compromiso (llantos, angustias, quejas, derrotas, confidencias). Trabajar con viejos fue relativamente fácil; sin embargo, hubieron obstáculos (principalmente de salud) que impedía trabajar en forma grupal con ellos. Problemas de sordera, parálisis, confinamiento, costumbres de siesta, diferencias partidarias, religiosas, etc., dificultaba trabajar en grupos focales de discusión. En

cambio, las entrevistas individuales a profundidad no constituían mayor problema, salvo el de ser campo fértil de dispersión. Generalmente el viejo o la vieja viven solos y deseosos de hablar con alguien.

El material de entrevistas a profundidad y grupos focales de discusión se encuentra grabado en catorce vídeo cassettes, con una duración aproximada de dos horas y media cada uno, haciendo un total de 35 horas de entrevista. La película original fue grabada en formato de 8mm y posteriormente copiado a formato VHS. Tanto los vídeos como las transcripciones de las mismas, se encuentran en poder del Departamento de Salud Pública, de El Colegio de la Frontera Norte, en Tijuana, Baja California. Prácticamente el 95% de las entrevistas está en lengua castellana, sólo cuando había necesidad de escudriñar la fineza de algún dato, se hacía uso de la lengua nativa.

Además del material en vídeo, realicé tres entrevistas escritas a personas que no accedieron a ser filmadas, pero brindaron sus testimonios para ser consideradas como notas de campo, bien en lengua castellana, bien en lengua nativa (zoque). Complemento mi información etnográfica con observaciones directas con el actor social, es decir, los ancianos y ancianas indígenas zoques.

Durante el recorrido realicé una visita al Hospital Regional de Campo del IMSS, en Bochil, Chiapas, que brinda atención a la zona norte de la entidad, visitando el pabellón de ancianos. En dicho hospital me fue brindada información estadística epidemiológica de la población envejecida que ocurre a atención médica hospitalaria. Por otro lado, realicé una visita a la Casa-Hogar para ancianos que se encuentra ubicada en la cabecera municipal de Juárez, Chiapas, lugar donde hice

observación de campo, pues lamentablemente las autoridades de la institución no autorizaron la filmación de las instalaciones, como tampoco de las entrevistas.

Respecto al análisis de la información, ésta se discriminó en dos partes: en lengua nativa y en lengua castellana. Como quedó asentado antes, la mayoría de la información fue recabada en español, sólo en los casos que exigía mayor fineza del dato cultural se recurrió al uso de la lengua zoque. La lengua nativa fue tratada a través del análisis del discurso, pues generalmente provenía del habla culta y requería de agudeza lingüística para su comprensión y explicación aproximadas.

Las entrevistas realizadas en español fueron divididas por temas y analizadas para ser incluidas a veces como testimonios, otras como síntesis en los reportes de investigación.

En un segundo momento todas las entrevistas fueron transcritas para ser sometidas posteriormente, por archivos, al análisis computarizado del programa QSR Nud.Ist (*Qualitative Data Analysis Software for Research Professionals*), el cual auxilia en la elaboración de diagramas de árbol, que permite cruzar información por temas afines y funciona como guía para la redacción y presentación de resultados. Bajo éste análisis está trabajado principalmente el capítulo III, considerando sólo los grupos focales de discusión. Los capítulos restantes vierten síntesis de testimonios que buscan dar voz directamente a los viejos, para que sean ellos mismos quienes narren su experiencia de cómo perciben y viven la vejez indígena hoy día.

ANEXO 2

GUIA DE ENTREVISTA

1/6

Objetivo: Detectar los grandes eventos que marcan el umbral del paso de la adultez, a la vejez.

Comunidad _____ fecha: _____

Nombre _____ edad _____ Sexo M F

Edo. Civil _____ ¿Habla español? Sí No

¿Sabe leer y escribir? Sí No Escolaridad _____ Religión _____

1- ¿Ud. piensa que es viejo(a)? SI NO ¿Por qué?

2- ¿Ud. se siente viejo? SI NO ¿Por qué?

3- ¿A qué edad una persona es ya vieja?

4- ¿Cuándo empezó Ud. a sentirse viejo(a)?

5- ¿Qué es lo que lo hizo sentirse viejo(a)?

6- ¿En qué momento una persona deja de ser adulta y pasa a ser vieja?

7- ¿Qué es lo que hace que una persona sea vieja?

8- ¿Cómo podemos reconocer una persona como vieja?

9- ¿Desde cuándo es usted viejo(a)?

10- ¿Qué suceso marcó definitivamente su paso de adulto a viejo(a)?

11- ¿Cuándo se llega a viejo?

GUIA DE ENTREVISTA

2/6

Objetivo: detectar el *status* social del viejo en la comunidad indígena

Comunidad _____ fecha: _____

Nombre _____ edad _____ Sexo M F

Edo. Civil _____ ¿Habla español? Sí No

¿Sabe leer y escribir? Sí No Escolaridad _____ Religión _____

1- Actualmente, ¿desempeña algún puesto político en el municipio? Sí No Por qué?

2- Es Ud. miembro de algún consejo de ancianos? Si No Por qué

3- ¿Consultan su opinión ante un problema de interés, sea de carácter familiar o político?

4- ¿Sus opiniones son tomadas en cuenta en la toma de decisiones?

5- ¿Es Ud. respetado(a) en la comunidad? Sí No ¿Por qué?

6- ¿Qué trabajos especiales le encomienda la comunidad? (danzas, religiosos, discursos, consejos, etc.)

7- ¿Desempeña algún cargo honorífico en la iglesia?

8- ¿Está exento de algún trabajo obligatorio para los demás miembros de la comunidad? (trabajo comunal, trabajo ejidal, etc.)

9 Según Ud. ¿cuál es el mayor prestigio que la comunidad le reconoce?

10- ¿Qué importancia tiene para Ud., llegar a viejo(a)?

11 ¿Cuál es el mayor orgullo que tiene de su vejez?

- 12- ¿Continúa Ud. trabajando porque quiere hacerlo o porque tiene que hacerlo?
- 13- ¿La gente del pueblo recurre a Ud. para pedirle algún consejo?
- 14- Como viejo(a), ¿se siente útil a la comunidad o lo(a) mantienen un tanto marginado?
- 15- Si siente que ha perdido poder de liderazgo en la comunidad, ¿a qué se lo atribuye?
- 16- Si aún mantiene poder de liderazgo en la comunidad, ¿a qué se debe?
- 17- ¿Cómo trataban Uds. a sus papás, y cómo sus hijos los tratan a Uds.?
- 18- ¿Cómo se tratan entre mayores?

GUIA DE ENTREVISTA

3/6

Objetivo: detectar los principales problemas y enfermedades que sufre la población envejecida

Comunidad _____ fecha: _____

Nombre _____ edad _____ Sexo M F

Edo. Civil _____ ¿Habla español? Sí No

¿Sabe leer y escribir? Sí No Escolaridad _____ Religión _____

- 1- Actualmente, ¿se encuentra enfermo(a)?
- 2- Qué enfermedad(es) padece?
- 3- ¿Desde cuándo sufre _____ (tal enfermedad)?
- 4- ¿Su enfermedad lo(a) obliga a guardar reposo? ¿Por cuánto tiempo?
- 5- ¿Recibe tratamiento médico? Si No ¿Por qué?
- 6- ¿A dónde ocurre para recibir tratamiento médico?
- 7- ¿Cada cuándo visita al médico?
- 8- ¿Quién se hace cargo de los gastos médicos?
- 9- ¿Ha sufrido accidentes últimamente?
- 10- ¿Qué tipo de accidentes ha sufrido?
- 11- ¿Ha sido operado alguna vez?
- 12- (En caso afirmativo) ¿de qué lo(a) han operado?

13- La enfermedad que tiene actualmente, según el médico, ¿requiere operación?

14- ¿Piensa Ud. someterse a la operación? Sí No ¿Por qué?

15- Aparte de atenderse con el médico, ¿recurre a los servicios del curandero?

16- ¿Qué tipo de padecimientos se atiende con el curandero?

17- ¿Cómo califica su salud?: buena, regular o mala

GUIA DE ENTREVISTA

4/6

Objetivo: detectar los sistemas de apoyo familiares y sociales con los que cuentan los viejos, ante problemas de enfermedad

Comunidad _____ fecha: _____

Nombre _____ edad _____ Sexo M F

Edo. Civil _____ ¿Habla español? Sí No

¿Sabe leer y escribir? Sí No Escolaridad _____ Religión _____

- 1- Cuando usted enferma, ¿quién se hace cargo de atenderle en casa?
- 2- Si existe la necesidad de ir al doctor, ¿quién lo(a) lleva?
- 3- ¿Quién se hace cargo de los gastos médicos?
- 4- Si necesita de la atención del curandero, ¿quién lo(a) lleva?
- 5- Cuando Ud. o algún otro anciano de la comunidad enferma, ¿se ayudan entre ustedes?
- 6- ¿Qué tipo de ayuda se prestan entre viejos?
- 7- ¿Recibe servicios de salud gratuitos?, ¿por parte de quién?
- 8- Cuando Ud. enferma, ¿a quién ocurre para atención médica?
- 9- Cuando Ud. enferma, ¿dónde ocurre para su atención médica?
- 10- ¿Recibe ayuda de parte de sus hijos para su atención médica?
- 11- ¿Recibe visitas de sus familiares cuando Ud. está enfermo?. Frecuencia.
- 12- ¿Asiste a servicios religiosos?, ¿quién lo lleva?
- 13- ¿Cada cuando asiste a servicios religiosos?

GUIA DE ENTREVISTA

5/6

Objetivo: detectar conductas migratorias, principalmente hacia los Estados Unidos, como parte de las estrategias de apoyo ante el envejecimiento

Comunidad _____ fecha: _____

Nombre _____ edad _____ Sexo M F

Edo. Civil _____ ¿Habla español? Sí No

¿Sabe leer y escribir? Sí No Escolaridad _____ Religión _____

- 1- ¿Tiene familiares que viven fuera de la comunidad?
- 2- (En caso afirmativo) ¿Qué familiar –parentesco- es de Ud.?
- 3- ¿En dónde vive?
- 4- ¿Desde cuándo vive ahí?
- 5- A qué se dedica (la persona que vive fuera de la comunidad)?
- 6- (Si trabaja) ¿Le envía dinero a Ud.?
- 7- ¿Sabe Ud. de alguna persona del pueblo que esté trabajando en los Estados Unidos?
- 8- ¿Sabe Ud. de alguna persona que esté pensando ir a trabajar fuera, principalmente a los Estados Unidos?
- 9- (En caso negativo) ¿Por qué cree que la gente no va a trabajar a los Estados Unidos?
- 10- ¿Cuáles son las principales ciudades donde la gente va a trabajar (en México)?
- 11- ¿A qué edad empieza la gente a salir a trabajar a las ciudades (en México)?

- 12- ¿Salen las mujeres también a trabajar a las ciudades (en México)?
- 13- ¿A qué edad salen las mujeres a trabajar a las ciudades (en México)?
- 14- ¿En qué trabaja su familiar?
- 15- ¿Piensa Ud. que la gente algún día empiece a interesarse en ir a trabajar a los Estados Unidos? Sí No ¿Por qué?

GUIA DE ENTREVISTA

6/6

Objetivo: detectar los estigmas que los jóvenes y adultos tienen de la vejez

Comunidad _____ fecha: _____

Nombre _____ edad _____ Sexo M F

Edo. Civil _____ ¿Habla español? Sí No

¿Sabe leer y escribir? Sí No Escolaridad _____ Religión _____

- 1- ¿Cuáles son las principales desventajas de llegar a ser viejo(a)?
- 2- ¿Conoces algún dicho o refrán que hable mal de la vejez?
- 3- ¿Qué términos despectivos existen para hacer referencia a la palabra “viejo”?
- 4- ¿Son capaces los viejos de aceptar ideas nuevas?
- 5- ¿Ud. cree que los viejos de hoy son tan respetados como los viejos de antes?
Sí No ¿Por qué?
- 6- ¿Ud. cree que los viejos de hoy tengan algo nuevo que enseñar a los jóvenes?
- 7- ¿Qué ideas antiguas piensa usted que tiene los viejos y que deben ser superadas?
- 8- ¿Son consideradas las opiniones de los viejos en la toma de decisiones?
- 9- ¿Le gustaría llegar a viejo?
- 10- ¿Deben los viejos ocupar puestos directivos en el municipio?

Bibliografía

Adams McAleavey, Frances, "The Role of Old People in Santo Tomás Mazaltepec", en: *Agin and Modernization*, New York, Edited by Donal o Cowgill & Lowell D. Holmes, Appleton-Century-Crofts, 1982.

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

Aguirre Beltrán, Gonzalo, *Regiones de refugio. El desarrollo de la comunidad y el proceso dominical en mestizoamérica*, México, Instituto Nacional Indigenista, Colección INI, Núm. 17. 1973

Aguirre Beltrán, Gonzalo, "La asistencia médica primaria y el entorno a la medicina popular", en: *Medicina tradicional y atención primaria. Ensayos en homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán*, México, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, No. 159, pp. 9:17. 1973b.

Aguirre Beltrán, Gonzalo, *Programas de salud en la situación intercultural*, México, IMSS, 1980.

Aguirre Beltrán, Gonzalo, *Lenguas vernáculas. Su uso y desuso en la enseñanza: la experiencia de México*, México, Ediciones de la Casa Chata, CIESAS, 1983.

Aramoni Calderón, Dolores, 1992 *Religiosidad, conflicto y resistencia entre los zoques de Chiapas*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1992.

Arias, Jacinto, "Algunos recuerdos de los indios sobre Alfonso Villa Rojas", en *Antropología Mesoamericana. Homenaje a Alfonso Villa Rojas*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (México), Consejo Estatal de Fomento a la Investigación y Difusión de la Cultura, Serie Nuestros Pueblos, pp. 45-54, 1992.

Báez-Jorge, Félix, "La mujer zoque: pasado y presente", en: *Los zoques de Chiapas*, México, Serie de Antropología Social, Colección sep-ini, No. 39, Instituto Nacional Indigenista, pp.233-259, 1975.

Báez-Jorge, Félix, Armando Rivera B. y Pedro Arrieta, *Cuando ardió el cielo y se quemó la tierra*, México, Serie Investigaciones Sociales, No.14, INI, 1985.

Barkin, David, *Desarrollo económico regional*, México, Siglo XXI, 1986.

- Barth Frederik, *Los grupos étnicos y sus fronteras*, México, Frederik Barth (compilador), Fondo de Cultura Económica, 1976.
- Bartolomé, Miguel A. Y Alicia M. Barabas, “La herencia olvidada: los pueblos zoques de Oaxaca”, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (México), en *Anuario*, Departamento de Patrimonio Cultural e Investigación, Instituto Chiapaneco de Cultura, pp. 126-149.1993
- Bonfil Batalla, Guillermo, *México profundo. Una civilización negada*, México, CIESAS-SEP, 1987.
- Bonfil Batalla, Guillermo, *Pensar nuestra cultura*, México, Alianza Editorial, 1991.
- Cabré, Anna, “Algunas consideraciones sobre el envejecimiento demográfico en España y su evolución futura”, España, en: *Sociedad y población*, Pedro Sánchez Vera (ed.), Universidad de Murcia, pp.17:20, 1993.
- Caso, Alfonso, *La comunidad indígena*, México, Sepsetentas-Diana, 1971
- Castañeda, Mario, *Envejecimiento: la última aventura: preocupación humana, desinterés biológico y oportunidades eugéricas*, México, FCE, SSA, 1994.
- Clark, Margaret and Barbara Gallatin Anderson, *Culture and Aging. Anthropological Study of Older Americans*, USA, Charles C. Thomas Publisher, 1967.
- Clark, M. Margaret, “Contributions of Cultural Anthropology to the Study of the Aged”, en: *Cultural Illness and Health*, Washington, D.C., Laura Nader y Thomas W. Maretzki (editores), Anthropological Studies, No. 9, pp. 78-88, 1973.
- Collado Ardón, Rolando, Catalina Gougain Olivia y Patricia Pastor, “Panorama histórico y actual de la vejez”, en: *Aging, Demography and Well-Being in Latin America*, USA, International Exchange Center on Gerontology, Center for Gerontological Studies, University of Florida, pp.149-153, 1989.
- Cordry Donald B. y Dorothy M., *Trajés y tejidos de los indios zoques de Chiapas, México*, México, Gobierno del Estado de Chiapas, Miguel Angel Porrúa editores, traducción de Andrés Fábregas Puig, 1988.
- Córdoba O., Francisco R., “Ciclo de vida y cambio social entre los zoques de Ocotepec y Chapultenango, Chiapas”, México, en: *Los zoques de Chiapas*, Instituto Nacional Indigenista, pp.187-217, 1975.

- Cowgill, Donald O., "A Theory of Aging in Cross-Cultural Perspective", *Aging and Modernization*, New York, Cowgill, Donald O. & Lowell D. Holmes (editores), Appleton-Century-Crofts, pp. 1-13, 1982.
- Chávez Zamora, Isabel G., *Tomás Garrido. De líder carismático a líder institucional*, México, Gobierno del Estado de Tabasco, Serie Historia, 1987.
- Chesnais, Jean-Claude, *El proceso de envejecimiento de la población*, Chile, CELADE, 1990
- De Beauvoir, Simone, *La vejez*, México, Editorial Hermes, 1983.
- Del Carpio Penagos, Carlos Uriel, "La actividad política en Ocoatepec", en: *Anuario 1991*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (México) Instituto Chiapaneco de Cultura, Departamento de Patrimonio Cultural e Investigación, pp.75-95, 1992.
- Fábregas Puig, Andrés, "Una interpretación de la estructura de poder entre los zoques", *Antropología Mesoamericana. Homenaje a Alfonso Villa Rojas*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (México), Consejo Estatal de Fomento a la Investigación y Difusión de la Cultura, Serie Nuestros Pueblos, pp. 289-297, 1992.
- Fericgla, Josep M., *Envejecer: Una antropología de la ancianidad*, España, Anthropos, 1992.
- Ferrera Sarmiento, Oscar, "Uso tradicional de las plantas en una comunidad mestiza de origen zoque de Jiquipilas, Chiapas", México, en: *Cultura y etnicidad zoque*, Dolores Aramoni, Thomas Lee y Miguel Lisbona (coordinadores), Universidad de Ciencias y Artes del Estado de Chiapas, Universidad Autónoma de Chiapas, pp. 218-230, 1998.
- Foster, George M., "Prólogo", al *Vocabulario mixe de Totontepec*, México, de Alvin Louise Schoenhals, No. 14, Instituto Lingüístico de Verano, 1982.
- Freyermuth Enciso, Graciela, *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (México), CIESAS-SURESTE, Gobierno del Estado de Chiapas, Instituto Chiapaneco de Cultura, 1993.
- Fry, Christine L., "Toward an Anthropology of Aging", *Aging Culture and Society: Comparative Viewpoints and Strategies*, New York, Christine L. Fry and Contributors, Bergin Publisher, pp. 1:20, 1980.

Goffman, Erving, *Estigma. La identidad deteriorada*, Argentina, Amorrortu, Editores, 1989.

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

Ham-Chande, Roberto, *The Elderly in Mexico: Another Challenge for a Middle-Income Country*, Malta, International Institute on Aging, 1995.

Ham-Chande, Roberto, "Envejecimiento y desarrollo en Latinoamérica: una relación bidireccional", en: *Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después de El Cairo-94*, México, Carlos Welti (coordinador), Fondo de las Poblaciones Unidas, The John D. and MacArthur Foundation e Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, pp. 249-279, 1997.

Harrison, Roy y Margaret, *Diccionario zoque de Copainalá*, México, Instituto Lingüístico de Verano, Serie Vocabularios Indígenas, No. 23, 1981.

Hernández Castillo, Rosalva Aída, "Invención de tradiciones: encuentros y desencuentros de la población mame con el indigenismo mexicano", en: *Anuario 1994*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (México), Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Gobierno del Estado, pp. 146-171, 1995.

Isidro Vázquez, María Antonieta, "Etnobotánica de los zokes de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas", en: *Cultura y etnicidad*, México, Dolores Aramoni, Thomas Lee y Miguel Lisbona (editores), Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Universidad Autónoma de Chiapas. Pp. 231-246, 1998.

Krassoievitch, Miguel, "La sexualidad en la tercera edad", en *Antología de la sexualidad humana*, México, vol. II, 3 vols., Porrúa, CONAPO, pp.763-781, 1994.

Kuroda, Etsuko, *Under Mt. Zempoaltépetl. Highland Mixes Society and Ritual*, Japón, National Museum of Ethnology, Osaka, 1984.

Lassonde, Louise, *Los desafíos de la demografía ¿Qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?*, México, UNAM, CRIM, PUEG, FCE, IIS, 1979.

Legorreta Díaz, María del Carmen, "Chiapas", en: *Marginación y pobreza en México*, México, Gloria Vázquez R, y Jesús Ramírez L (coordinadores), Divulgación, pp. 61-78, 1995.

Lewis, Oscar, *Life in a Mexican Village: Tepoztlán Restudied*, USA, University of Illinois, Press, 1963.

Lisbona Guillén, Miguel, “Religión en Ococtepéc, Chiapas”, en: *Anuario 1991*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (México), Instituto Chiapaneco de Cultura, Departamento de Patrimonio Cultural e Investigación, Gobierno del Estado de Chiapas, pp., 37-74, 1992.

Lisbona Guillén, Miguel, “El valor de la deuda. Territorio e intercambios simbólicos entre los ‘chimas’ oaxaqueños”, en: *Cultura y etnicidad zoque*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (México), Dolores Aramoni, Thomas A. Lee y Miguel Lisbona (coordinadores), Universidad de Ciencias y Artes del Estado de Chiapas, Universidad Autónoma de Chiapas, pp.,188-202, 1998.

López Austin, Alfredo, *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, México, 2 vols., UNAM, 1983.

López Arellano Olivia y José Blanco Gil, “Las necesidades de salud y las propuestas de solución. Notas para la discusión”, en: *Mortalidad, salud y discurso demográfico*, México, García Molina H. y Héctor H. Bringas (coordinadores), CRIM-UNAM, 1996.

López Nodarse, Mérida Dra., “La sexualidad en el adulto mayor”, en: *Salud reproductiva en Cuba*, Cuba, Vol. I, Centro de Estudios Demográficos, Instituto Nacional de Endocrinología, Universidad de la Habana, 1997.

Lowe Gareth W., “Los olmecas, mayas y mixe-zoques”, en *Antropología e historia de los mixe-zoques y mayas*, México, Lorenzo Ochoa y Thomas Lee Jr. Editores, Universidad Nacional Autónoma de México-Brigham Young University, pp. 125-129, 1983.

Manrique Castañeda, Leonardo, *La población indígena mexicana*, México, vol.III, INEGI, INI, IIS-UNAM., 1995

Margulis, Mario “Envejecimiento y pobreza”, en: *La transición demográfica en América Latina y El Caribe*, México, IV Conferencia Latinoamericana de Población, Vol. I, segunda parte, INEGI, IISUNMA, pp.887-904, 1994.

Martínez Coria, Ramón, *Etnografías jurídicas de zoques y popolucas*, México, Cuadernos de Antropología Jurídica, Núm. 10 , Instituto Nacional Indigenista, 1994.

Martínez Coria, Ramón, *Etnografías Jurídicas de Huaves y Mixes*, México, Cuadernos de Antropología Jurídica, Núm. 12, Instituto Nacional Indigenista,1994b.

Menéndez, Eduardo L., "Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo", en: *Medicina tradicional y atención primaria. Ensayos en homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán*, México, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, No. 159, pp. 19-57, 1987.

Menéndez, Eduardo L., *Alcoholismo II. La alcoholización, un proceso olvidado... patología, integración funcional o representación cultural*. México, Cuadernos de la Casa Chata, No. 150, 1987b.

Menéndez, Eduardo L., *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, No. 179, 1996.

Modiano, Nancy, *La educación indígena en los Altos de Chiapas*, México, INI-SEP, 1974.

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

Nivón Bolán, Amalia, *Rostros de mujeres zoques. Un acercamiento de la práctica educativa*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (México), Universidad Autónoma de Chiapas, H. Congreso del Estado, 1994.

Ortiz Pedraza, José Francisco, *Envejecimiento: ¿programa genético o desgaste?*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Colección Científica, 1995.

Östör, Ákos, "Chronology, Category, and Ritual", *Age and Anthropological Theory*, London, Edited by David I. Kertzer and Jennie Keith with a Foreword by Matilda White Riley, Cornell University Press, 1983.

Page Pliego, Jaime Tomás, *Religión y política en el consumo de prácticas médicas en una comunidad tzotzil*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (México), Instituto de Estudios Indígenas, UNACH, 1996.

Pérez Tamayo, Ruy, "Prólogo" de la obra de Mario Castañeda, *Envejecimiento: la última aventura: preocupación humana, desinterés biológico y oportunidades eugénicas*, México, FCE, SSA, pp.7:9, 1994.

Pía Barenys, María, "el significado sociológico de la vejez y de las residencias de los ancianos", en: *Sociedad y población anciana*, España, Pedro Sánchez Vera (ed.), Universidad de Murcia, pp. 55-76, 1992.

Prat, Joan, Joan J. Pujadas y Josep M. Comelles, "Sobre el contexto social del enfermar", en: *La antropología médica en España*, España, Michael Kenny y Jesús M. De Miguel (compiladores), Anagrama, 1979.

Redfield, Robert, *Tepoztlán. A Mexican Village. A Study of Folk Life*, USA, The University of Chicago Press, 1930.

Reyes Gómez, Laureano, "El papel del sueño entre los zoques de Tapalapa, Chiapas", en: *Anuario*, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (México), Vol I, Centro de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, 1986.

Reyes Gómez, Laureano, *Introducción a la medicina zoque, una aproximación etnolingüística*, en *Estudios recientes en el área zoque*, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (México), en Susana Villasana y Laureano Reyes, Centro de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, 1986.

Reyes Gómez, Laureano, "Notas sobre 'alcoholismo' entre los zoques de Chiapas", en: *Prácticas e ideologías "científicas" y "populares" respecto del "alcoholismo" en México*, México, Eduardo L. Menéndez (editor), CIESAS, Colección Miguel Othon de Mendizábal, pp. 63-77, 1992.

Reyes Gómez, Laureano, *Antropología de un volcán. Migración y nutrición de comunidades zoques, a diez años de la erupción del Chichonal*, México, Tesis de maestría, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 1995.

Reyes Gómez, Laureano, "Costumbres alimentarias entre los zoques", en: *Anuario IEI V*, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas ("México), Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, pp.293-304, 1995b.

Riesco Vázquez, Emilia, "La ancianidad, un producto social", en: *Sociedad y población anciana*, España, Pedro Sánchez Vera (ed.), Universidad de Murcia, pp. 111-158, 1993.

Robles Silva, Leticia y Nora Cristina Moreno Leal, "El anciano, la enfermedad crónica y su familia", en: *Dinámica demográfica y cambio social*, México, Carlos Welti (coordinador), XX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, pp. 37:53, 1996.

Rohrbach-Viadas, Cecilia, *Regard autre sur la vieillesse, San José de Gracia (Michoacan, Mexique)*, France, Payot, 1992.

Roldán, Antonio, *et al*, *Geografía del hambre en México. Redefinición de zonas críticas en desnutrición*, México, Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", Monografía L-79, División de Nutrición de Comunidad, 1988.

Ruiz Utrilla, María Luisa, *Situación del anciano en la legislación chiapaneca*, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (México), Tesis de licenciatura en Derecho, Facultad de Derecho, Universidad Autónoma de Chiapas, 1988.

S/a., *Notas de cultura zoque*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (México), Instituto Chiapaneco de Cultura, 1988.

San Martín, Hernán, *Salud y enfermedad*, México, La prensa médica mexicana, S.A, 1981.

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

Segatore, Luigi y Gianangelo Poli, *Diccionario médico*, España, Teide, 1983.

Simmons, Leo, *The Role of the Aged in Primitive Society*, USA, Yale University Press, 1945.

Siverts, Henning, *Oxchuc*, México, Ediciones especiales No. 52, Instituto Indigenista Interamericano, 1969.

Sokolovsky, Jay & Joan Sokolovsky, "Familial and Public Contexts for Aging: Growing Old in a Rapidly Changing Mexican Village", *Aging and the Third World: Part II, Regional and Ethnographic*, USA, Perspectives, Studies in the Third World Societies, Publication, Number Twenty-Three, Williamburg, Virginia, 1982.

Susser, Mervyn W. y William Watson, *La sociología en la medicina*, México, IMSS, 1982.

Terris, Milton, *La revolución epidemiológica y la medicina social*, México, Siglo XXI, 1982.

Thomas, Norman D., *Envidia, brujería y organización ceremonial. Un pueblo zoque*, México, SEPTENTAS, No.166, 1974.

Thompson, S J. Eric, *Historia y religión de los mayas*, México, Siglo XXI, 1980.

Timio, Mario, *Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial*, México, Nueva Imagen, 1981.

Valenzuela Arce, José Manuel (coordinador), *Decadencia y auge de las identidades sociales: cultura nacional, identidad cultural y modernización*, Tijuana, B.C. (México), El COLEF, Programa Cultural de las Fronteras, 1992.

Villasana Benítez, Susana, *Organización social de los zoques de Tapalapa, Chiapas: un análisis de la identidad sociocultural*, en: *Estudios Recientes del Area Zoque*, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (México), Susana Villasana B. y Laureano Reyes G., Centro de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, pp.1-157, 1988.

Villasana Benítez, Susana, *Identidad étnica entre los zoques de Chiapas. Estudio comparativo*, México (tesis de maestría), Escuela Nacional de Antropología e Historia, 1995.

Weber, Max, *Economía y sociedad*, México, Fondo de Cultura Económica, 1978.

Weitlaner, R. J. y S. Hoogshagen, "Grados de edad en Coatlán, Mixe", en *Fuentes Etnológicas para el Estudio de los Pueblos Ayuuk (Mixes) del Estado de Oaxaca*, México, Salomón Nahmad Sitton (editor y compilador) CIESAS-OAXACA e Instituto Oaxaqueño de las Culturas, pp. 507-521, 1994.

While Riley, Matilda, "On the Significance of Age in Sociology", *Social Structures & Humans Lives*, London (Matilda While Riley, ed.) SAGE Publications, pp.24:45, 1987.

Willis, David P. & Kenneth G. Manton, "Disability and Mortality Among the Oldest Old: Implications for Current and Future Health and Long-term-Care Service Needs", *The Oldest Old*, USA (edited by Richard M), Oxford University Press, 1992.

Hemerografía

Artículos en revistas

América Indígena, "Premature Old Age in Indian Woman", en: *América Indígena*, (Editorial), No. 4, México, Vol. XIII, Octubre, 1953, pp. 141-142.

Barros Lezaeta, Carmen, "Envejecer en Chile", en: *Estudios Sociales*, No. 60, México, No.60, trimestre 2, 1989, pp.41-101.

Bazo, María Teresa, "La nueva sociología de la vejez", en *Reis*, No. 60, España, Revista Española de Investigaciones Sociológicas, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1992, pp. 65:90.

Bazo, María Teresa y Carmen Domínguez-Alcón, "Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales", en: *Reis*, No. 73, España, enero-marzo 1996, pp. 43-56.

Behm, Hugo, "Determinantes socioeconómicos de la mortalidad en América Latina", *Boletín de Población de las Naciones Unidas*, No. 13, México, 1980, pp. 1:16.

Cifuentes Enrique, Norma E. Limón y Jesús J. Flores, "La hambruna en la población zoque: antes y después del Chichonal. Informe del perfil antropométrico realizado en el albergue 'La Feria', Tuxtla Gutiérrez, Chiapas", en: *Cuicuilco*, No. 16, Revista de la ENAH, México 1985, pp.17-22.

Coheto, Cándido, "La organización tradicional", en: *México Indígena*, No. 10, México 1986, mayo-junio, pp. 3-4.

Cornman, John M. and Eric R. Kingson, "Trends, Issues, Perspectives, and Values for the Aging of the Baby Boom Cohorts", *Gerontologist*, Number 1, vol. 36, USA, 1996, February, pp. 15:26.

De la Serda, Silva, "Los zoques", en: *Revista Mexicana de Sociología*, No.4, México 1940, Vol. II, Núm. 4:23-96.

Fábregas Puig, Andrés, "La transformación de las formas de poder entre los zoques: una hipótesis", en *México Indígena*, No. 10, México 1986, mayo-junio, pp. 9-12.

Fábregas Puig, Andrés, "Las transformaciones del poder entre los zoques", Número 1, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en: *ICACH* (México), Tercera época, julio-diciembre, 1987, pp. 33-45.

Ham-Chande, Roberto, "El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México", en *Salud Pública de México*", No. 6, México 1996, vol. 38, noviembre-diciembre, pp. 409-418.

Menéndez, Eduardo L., "Antropología médica: Espacios propios, campo de nadie", en: Revista *Nueva Antropología*, No. 51, México, 1996, pp. 83-103.

Ramírez Tamayo, Zacarías, "Chiapas. No todo es un pasamontañas", en: *Stylus*, No. 711, México, 1997, vol XXIX, pp.20-25.

Rosenblueth, Ingrid, "Envejecimiento, salud y enfermedad; patrones diferenciales", en: *Nueva antropología*, No. 28, México 1985, vol. II, pp. 51:73.

Sánchez Vera, Pedro, "Bases y fundamentos para una aproximación sociológica a la vejez, en *Papers, Revista Sociología*, España, No. 40, *Envelliment I Societat*, Universidad Autónoma de Barcelona, pp. 99-120, 1992.

Villasana Benítez, Susana y Laureano Reyes, "Visitas eclesiásticas a la cofradía de San Agustín de Tapalapa, 1691-1838", Xalapa, Veracruz, en: *La palabra y el hombre*, No. 80, Revista de la Universidad Veracruzana (México), 1990, Octubre-Diciembre, pp.259-273.

Leyes, reglamentos y documentos

Acuerdos de San Andrés (México), Centro de Información y Análisis de Chiapas, A.C., 1996

Anuario Estadístico del Estado de Chiapas, México, INEGI- Gobierno del Estado de Chiapas, México, 1996.

Beaucage, Pierre, "Después de los ancianos: La justicia local en un pueblo nahua en la Sierra Norte de Puebla (1870-1992)" (México), ponencia presentada en el Coloquio Internacional "Los Retos de la Etnicidad en los Estados-Nación del Siglo XXI. Homenaje a Guillermo Bonfil", 27 al 29 de mayo de 1998, Oaxaca, Oax.. 28 pp.1998.

Brown Doress, *et al*, "Las mujeres que envejecen", San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (México), en: *Our Lives, Ourselves*: [Versión actualizada y ampliada en los 90], traducción y adaptación para Latinoamérica, de Graciela Freyermut Enciso y Gabriel Torres, COLEM-Grupo de Mujeres de San Cristóbal, A.C., CIESAS-SURESTE y Grupo de Mujeres COLEM. Ms. pp. 1-66, 1992.

VIII Censo General de Población, 1960, Chiapas, México, Dirección General de Estadística, 1963.

IX Censo General de Población, 1970, Chiapas, México, Dirección General de Estadística, 1971.

X Censo General de Población y Vivienda, 1980, Resultados Nacionales, México, INEGI, 1984

XI Censo General de Población y Vivienda, 1990, Resultados Nacionales, México, INEGI, 1991.

Compendio histórico. Estadísticas vitales 1983-1993, Chiapas, México, SSA, s/f.

Chiapas, Resultados definitivos, tabulados básicos, México, tomo I, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990, INEGI, 1991.

Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1983.

Encuesta de salud, Chiapas, México, SSA, 1988.

Estadísticas históricas de México, México, tomo I, INEGI, 1994.

Estudio sociodemográfico del estado de Chiapas, México, CONAPO, 1985.

Grajales, Victórico R., *Tercer Informe de Gobierno que rinde el C. Gobernador Constitucional del Estado de Chiapas*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (México), H. Congreso del Estado, 1935.

Hablantes de lengua indígena, México, XI Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 1990, 1993.

Ham-Chande, Roberto, "Cambios y perspectivas en la salud frente al envejecimiento", Tijuana, B.C. (México), Seminario COLEF IV, 23-25 de octubre de 1996.

Hübner Schmid, Katherine *et al*, *Migración dirigida, salud y nutrición. El caso de los zoques damnificados*, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (México), Tercer Informe. Ms, marzo de 1988.

La tercera edad en México, México, INEGI, 1990.

La mujer en México, México, INEGI, 1993.

La población hablante de lengua indígena en México, México, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990, INEGI, 1993.

Los municipios de Chiapas, México, 2 vols., Secretaría de Gobernación, Gobierno del Estado de Chiapas, 1998.

Oaxaca, Resultados definitivos, tabulados básicos por distrito, México, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990, INEGI, 1991.

Programa Nacional de Población 1995-2000, México, Poder Ejecutivo Federal, s/f.

Sánchez Vera, Pedro, "Aproximación teórica al concepto vejez", Cap. 2:19-124. Ms., s/f.

Tabasco, Tabulados básicos, resultados definitivos, México, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990, INEGI, 1991.

Todo México. Compendio enciclopédico 1985, México, Enciclopedia de México, MCMLXXXV, 1983.

Un planeta que envejece, México, Organización Mundial de la Salud, s/f.

Welti Chanes, Carlos y Verónica Montes de Oca, "Envejecimiento: nuevos escenarios para los servicios de salud y seguridad social", Ponencia presentada en el Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Cocoyoc de Morelos (México), del 2 al 6 de junio de 1997.

Artículos en periódico

Carrillo Aguado, José Luis, "El maltrato del anciano", Suplemento Investigación y Desarrollo, *La jornada*, No. 63, México, D.F., Año VI, 11 de agosto de 1998.

"Primer informe de la Secretaría de la Defensa Nacional sobre estragos del Chichonal", en: *Número Uno*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (México), abril 16 de 1982.

Base de datos

Base de datos SIMM90. Sistema Automatizado de Información sobre la Marginación en México, México, CONAPO, 1990, 1993

Concentrado estadístico. Hospital de Campo, Bochil, Chiapas (México), 1997.

Entrevistas grabadas en vídeo

1- Grupo focal de discusión: “Entre el estigma y la virtud de la vejez indígena zoque. El punto de vista de jóvenes maestros zoques”. Ixtacomitán, Chis., marzo 17 de 1997.

2- Entrevista a profundidad. Doña Marcelina Lucas Mesa, 91 años. A su edad insiste en no sentirse vieja. Quiere trabajar. Ixtacomitán, Chis., 18 de marzo de 1997.

3- Entrevista a profundidad. Róbinson Morales Vázquez, 18 años. “De los EU me regresó la ‘migra’, pero voy a volver”. Tapalapa, Chis., marzo 18 de 1997.

4- Entrevista a profundidad. Doña Teresa Sorian Castellanos, 63 años. “Los viejos de hoy no son respetados”. Ixtacomitán, Chis., 18 de marzo de 1997.

5- Grupo focal. “Los viejos no tenemos tierras, tampoco poder, y la mujer no tiene derecho a la herencia”. Colonia Nuevo Linda Vista, Ixtacomitán, Chis., marzo 20 de 1997.

6- Visita al Sr. Mauro Aguilar Núñez, 65 años aproximadamente. Viejo abandonado; ciego. “Mi esposa y mis hijos me abandonaron. Vivo de la caridad”. Juárez, Chiapas, marzo 20 de 1997.

7- Entrevista a profundidad. Don Miguel Díaz Jiménez, 57 años. “De acuerdo a la costumbre, mi trabajo es propia de viejos (maestro danzante, curandero, rezador), pero no me siento viejo”. Tapalapa, Chiapas, marzo 23 de 1997.

8- Entrevista a profundidad. Don Teófilo Díaz Gómez, 78 años. “La enfermedad grave y recurrente hace vieja a la persona”. Tapalapa, Chis., marzo 24 de 1997.

9- Entrevista a profundidad. Sr. Enoc Hernández Morales, 29 años. “Vivir en los EU es una aventura. No conozco lo que es la ‘migra’ ”. Tapalapa, Chis., marzo 25 de 1997.

10- Visita al “trabajadero” (solar) del Sr. Régulo González Díaz, 93 años. “Los jóvenes piensan que los viejos no servimos para nada”. Tapalapa, Chis., marzo 25 de 1997.

11- Entrevista a profundidad. Sr. Francisco Morales Vázquez, 65 años. “A pesar de mi parálisis, no me siento viejo”. Tapalapa, Chis., marzo 25 de 1997.

12- Entrevista a profundidad. Sr. Mariano Morales Vázquez, 73 años. “Mi embolia cerebral no me hace sentir viejo”. Tapalapa, Chis., marzo 26 de 1997.

13- Entrevista a profundidad . Don Teófilo Díaz Gómez, 78 años. “La edad - en la visión zoque- se mide en relación al ciclo solar. Desde que nace (alumbramiento), hasta que se oculta, entra a la tierra (muerte)”. Tapalapa, Chis., marzo 26 de 1997.

14- Entrevista a profundidad. Don Pedro Villarreal Morales, 73 años. “Los viejos no son respetados por los jóvenes; están marginados”. Tapalapa, Chis., marzo 27 de 1997.

15- Visita a un viejo abandonado (sordo). Sr. Luis Hernández, 73 años. Tapalapa, Chis., marzo 27 de 1997.

16- Entrevista a profundidad. Profr. Rosario Calderón Reyes, 36 años. “El Consejo de Ancianos, sólo como ‘bulto’ político; no es una instancia de toma de decisiones”. Copainalá, Chis., abril 1 de 1997.

17- Entrevista a profundidad. Maestros “costumbristas”: Cirilo Mesa Gómez, 60 años, y Luis Hernández Aguilar, 67 años. “Se es viejo cuando la debilidad nos invade, y sólo se espera morir”. Copainalá, Chis., abril 1 de 1997.

18- Entrevista. Justino García Valencia , 33 años y Víctor Valencia Muñoz, 32 años. “Los viejos son despreciados, negados”. Copainalá, Chis., abril 2 de 1997.

19- Entrevista. Néctar Espinoza, 32 años. “El Consejo de Ancianos prácticamente ha desaparecido”. Copainalá, Chis., abril 2 de 1997.

20- Entrevista (trunca). Sr. Amalio Vázquez, 64 años. “Soy rico. Trabajo por deporte, no por necesidad”. Copainalá, Chiapas, 11 de abril de 1997.

21- Entrevista a profundidad. Srs. Benjamín Eleria López , 66 años y Silvina Guzmán Alegría, 66 años. “Viejos abandonados hay por montones”. Rivera Hidalgo, Zacalapa, Chiapas, abril 11 de 1997.

22- Entrevista a profundidad. Don Atilano Jiménez, 66 años. Soltero. “La vejez es accidental (sufrir accidentes graves que produzcan invalidez) y [es causada también] por autoabandono en la salud”. Tecpatán, Chis. 12 de abril de 1997.