

Dinámica familiar, envejecimiento y deterioro funcional en México¹

Verónica Montes de Oca
Mirna Hebrero

RESUMEN: *El presente documento se inscribe en la discusión sobre las transformaciones que han experimentado las familias en México en el siglo XX, y como se asoman algunas dinámicas al interior que son resultado del alargamiento en la esperanza de vida individual y de la presencia de limitaciones funcionales en los miembros en edad avanzada. Se reflexiona sobre los cambios sociales y demográficos en los hogares, las estrategias de apoyo y cuidado hacia las personas adultas mayores con presencia de enfermedades y limitaciones funcionales a partir de cálculos realizados con base en la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (2001). Si bien hay un esfuerzo de las instituciones de salud y de los arreglos familiares para atender esta situación, este artículo permite mostrar la fuerza y debilidad del sistema de protección social en la procuración de cuidados y apoyos hacia las personas en la vejez con limitaciones funcionales. Presenta algunos retos y áreas de acción relevantes para las instituciones gubernamentales y no gubernamentales. La idea que se propone, con base en este análisis, es reaccionar activamente entre instituciones, familias y sociedad para apoyar a la vejez que experimenta el deterioro progresivo de sus facultades físicas y mentales.*

Palabras-claves: *dinámica familiar; vejez; deterioro funcional.*

RESUMO: Este artigo apresenta as transformações vividas pelas famílias mexicanas no século XX e como algumas dinâmicas internas foram se apresentando com o aumento da expectativa de vida individual e presença de incapacidades funcionais nos membros de mais idade. Reflete sobre as mudanças sociais e demográficas nas famílias, as estratégias de apoio e cuidado para com as pessoas idosas enfermas e

1 Documento preparado para la II Conferencia intergubernamental sobre envejecimiento, Brasilia, Brasil, 4-6 de diciembre del 2007.

com limitações funcionais a partir de cálculos baseados na Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (2001). Embora haja esforços por parte das instituições de saúde e dos arranjos familiares para atender esta situação, este artigo mostra a força e debilidade dos sistemas de proteção social quanto a cuidados e apoios aos idosos com incapacidade funcional. Apresenta alguns desafios e áreas de ação relevantes para as instituições públicas e não públicas. Propõe, com base nesta análise, uma ação ativa entre instituições, famílias e sociedade para apoiar a velhice que experimenta a deterioração progressiva das faculdades físicas e mentais.

Palavras-chave: dinâmica familiar; velhice; incapacidade funcional.

***ABSTRACT:** This paper discusses the transformations undergone by Mexican families in the 20th century and how some internal dynamics unfolded with the increase in the individual life expectancy and the presence of functional incapacities in the older family members. It reflects on social and demographic changes in the families and on support and care strategies directed at elderly people who are ill and have functional limitations, based on calculations obtained from the Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (2001). Although there are efforts on the part of health institutions and family arrangements to deal with this situation, this paper shows the strength and the weakness of the social protection systems regarding care and support for aged people with functional incapacity. It presents challenges and relevant action areas for public and non-public institutions. It proposes, based on this analysis, that institutions, families and the society should take active actions to support the elderly individual who undergoes the progressive deterioration of physical and mental faculties.*

***Keywords:** family dynamics; old age; functional incapacity.*

Introducción

La familia en México ha experimentado cambios sustantivos que impactan su dinámica interna. Entre los cambios más sobresalientes se encuentran los económicos, políticos, sociales, culturales y demográficos. El aumento en la esperanza de vida en hombres y mujeres, es una de las más importantes transformaciones demográficas, pero también refleja un alargamiento en el ciclo de vida de los hogares. Es decir, los hogares mexicanos experimentan etapas más avanzadas y nuevos arreglos familiares en donde la presencia generacional se incrementa y el reto de vivir la vejez con calidad genera una nueva distribución de tareas, entre las que sobresale la provisión de cuidados ante situaciones de deterioro y episodios prolongados de enfermedad crónica (Montes de

Oca y Hebrero, 2006). Se entiende que la tarea de cuidar a un adulto mayor enfermo o dependiente procura resolver las necesidades del cuerpo biológico pero particularmente las del ámbito social.

Estas actividades en torno al cuidado son consideradas un trabajo cuya intensidad y dirección se ha centrado en el trabajo femenino por diversas causas culturales (Montes de Oca, 1999; Robles, 2001). A pesar de que hay una gran discusión sobre las dimensiones del trabajo de cuidar, en el sentido de que no sólo integran el progresivo deterioro en la realización de las actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD), en este trabajo nos hemos aproximado a la dimensión del cuidado a través de la población que sufre las limitaciones en dichas actividades (ABVD o AIVD). Coincidimos en pensar que el trabajo de cuidar no sólo debe centrarse en el cuerpo biológico, y menos desde una perspectiva medicalizada, sino que incluso implica un involucramiento en la vida social y una interacción psicológica entre quien cuida y quien es cuidado que en esta oportunidad es imposible abordar a partir de las fuentes secundarias utilizadas en este artículo.

Tomando esto en consideración, el envejecimiento de la población genera una dinámica familiar cuyas repercusiones reformulan la concepción de los deberes sociales, las formas tradicionales de proveer cuidado y los mecanismos en la distribución de responsabilidades (Kinsella, 1994). Este proceso de cambio en la dinámica familiar con respecto al envejecimiento no necesariamente debe representar una nueva problemática que enfrenten las mujeres solas al interior de las familias y de la sociedad. Algunas voces han planteado la necesidad de unir perspectivas multidisciplinarias sobre el tema salud y envejecimiento, donde el enfoque económico, cuantitativo, sociológico e institucional para hacer evolucionar las políticas hacia los ancianos frágiles, pero sin descuidar las políticas preventivas hacia la enfermedad en la vejez (Jacobzone, 1999). En México, la inexistencia de un programa nacional gerontológico genera que los esfuerzos gubernamentales se realicen aisladamente descuidando las repercusiones sociales, familiares y generacionales de los cambios demográficos, tanto en el tema de los apoyos sociales como especialmente en materia de cuidado.

Las familias en México: sus transformaciones recientes

Las familias en México durante el siglo XX han experimentado cambios económicos, políticos, sociales, demográficos y culturales. Entre los cambios económicos imposibles de omitir se encuentra el proceso de urbanización del país y los consecuentes procesos migratorios (García, Muñoz y Oliveira, 1988). Otro cambio importante fue el paso de una economía centrada en la agricultura hacia una economía basada en la industria y los servicios o actividades del *sector terciario*. Junto a ello se ha dado también un proceso de flexibilización de los procesos productivos acompañado de una *precarización* del empleo lo que ha generado una devaluación de la fuerza de trabajo que coincide con el crecimiento de la demanda de empleo, pero también con el aumento en las horas invertidas a las actividades extradomésticas (García y Oliveira, 1994; García, 1996 y 1999). Frente a ello y las crisis de los ochenta, la *participación económica femenina* es otro gran cambio en lo económico y social que sin duda ha tenido efectos sobre la dinámica de las familias hoy en México (Pacheco, 1988; Pedrero, 1989; García y Oliveira, 1994; Pacheco, 1996).

Entre los cambios políticos que ha experimentado la familia hay que mencionar la legislación en torno a ella o a miembros de la unidad como la población infantil, con discapacidad y adultos mayores. Hay que recordar que en México los primeros organismos para la familia y para algunos miembros específicos (infancia y senectud), fueron creados en la década de los setenta (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, SNDIF), así como la aparición de una serie de programas sociales a nivel nacional y local. Cabe señalar que en México, el federalismo permite que cada gobierno estatal tenga su propia constitución política así como su estructura institucional. En la década de los noventa se creó el Instituto Nacional de las Mujeres, con sus replicas a nivel estatal. Hoy por hoy, se discute a nivel federal la aparición del Instituto Nacional de Envejecimiento y Salud o Instituto Nacional de Geriátrica. Como se puede apreciar estas dos instituciones se han creado con el fin de fomentar la capacitación e investigación tanto

de la situación de las mujeres como de la cuestión del envejecimiento en México. No obstante, aunque se ha fortalecido una noción de protección social en el ámbito de la familia incluyendo a sus miembros, todavía falta extender la cobertura a nivel nacional y homologar la protección de los derechos en las entidades federativas.

La familia en México también ha experimentado cambios cualitativamente relevantes en su interior, como son los efectos del control en los nacimientos, así como la certidumbre en la sobrevivencia de la descendencia, el incremento de la educación en niños y adolescentes, así como en la población femenina que redundará en una mayor participación en el mercado de trabajo lo que ha introducido cambios en el papel social de la familia y en las relaciones intrafamiliares (DIF, 2005).

Además en la segunda mitad del siglo XX, el flujo de información sobre la sexualidad, las formas de interactuar con una mayor cantidad de información ha hecho posible tomar decisiones sobre ciertos procesos sociales y problemáticas que involucran a las familias. Cada vez más la sociedad mexicana está dentro de los canales informativos. La vinculación entre la tecnología y la información está generando cambios cada vez más determinantes en el relacionamiento de los miembros de la familia, así como en la convivencia intergeneracional. Sin embargo, aunque hay desarrollo en esta materia en México, todavía existen espacios de gran rezago lo que advierte sobre los contrastes en materia de información en México para que las familias encuentren formas de apoyo en la toma de decisiones.

Sin duda estos cambios sociales, han tenido impacto en la cultura y en el significado que adquieren ciertos roles sociales como la maternidad y paternidad, así como el hecho de que las mujeres con mayor educación y autonomía económica, han cuestionado el rol de género y los condicionamientos hacia la población femenina, así como la estructura de oportunidades diferencial entre hombres y mujeres residentes en áreas rurales y urbanas. El conjunto de estos cambios han modificado el valor y significado de la familia, así como el papel social que representa actualmente en México.

Entre los cambios culturales que hoy asoman a la mesa sobre la dinámica familiar está la preocupación no sólo de las estrategias familiares para resolver la pobreza sino también está en discusión la calidad de la convivencia familiar, los procesos en que surgen los afectos dentro de la familia, el desarrollo y canalización de las emociones, la solución de conflictos, el cambio en las concepciones socioculturales de género, la comunicación e intercambio entre las parejas, las redes sociales de apoyo, los niveles de solidaridad y reciprocidad con los familiares ascendentes, descendientes y colaterales, así como los eventos de violencia intrafamiliar y malos tratos, por mencionar sólo algunos aspectos. Esta complementación de temáticas permite reflexionar sobre el giro en las preocupaciones relacionadas con las familias mexicanas, en donde no sólo la precariedad económica sigue teniendo relevancia sino también el bienestar de la población en un sentido amplio (García y Oliveira, 1994; Tuirán, 1996; Oliveira, 1996; Salles y Tuirán, 1996; Leñero, 1996; González de la Rocha, 1999; SNDIF, 2005).

Efectos del cambio demográfico en las familias y los hogares

Todos los factores sociales y culturales tienen una estrecha relación con las estrategias económicas, pero también con los procesos demográficos. Entre los fenómenos que resultan importantes de visualizar están los relacionados estrechamente con el proceso de envejecimiento demográfico, en especial, lo relativo al incremento en la esperanza de vida, el envejecimiento de los hogares, así como la presencia cada vez más de tres y hasta cuatro generaciones en las familias mexicanas (López, 2001; SNDIF, 2005). Los individuos tienden a vivir más tiempo, pero también las familias alargan su proceso de reemplazo y desaparición. El peso relativo de los hogares en la fase de reemplazo se ha incrementado de 14.8% en 1976 a 20% en 1997 (López, 2001: 39).

En esa lógica, de los factores demográficos podemos mencionar que con la menor fecundidad se espera una reducción en el número de menores de 15 años, pero como consecuencia del envejecimiento demográfico se espera un aumento en el número de personas con 65 años

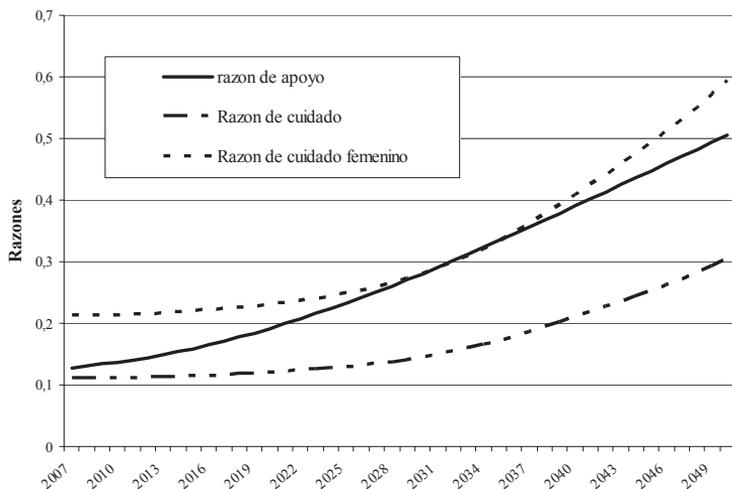
y más. López (2001) señala que hay una disminución en el porcentaje de los hogares con menores de 5 años entre 1992 y 1997, mientras se observa un aumento en el peso relativo de los hogares con personas que tienen 65 años y más en este mismo periodo (López, 2001).

Otra forma de observar estos efectos es a través de las razones de apoyo que muestra la relación de los mayores de 60 años entre quienes tienen de 15 a 59 años. Por efecto de la reducción de la fecundidad y la mayor longevidad, la razón de apoyo a la vejez se incrementará en el futuro. Algo similar sucede con la razón de cuidado² que muestra la relación de cuidado potencial en la vejez para los mayores de 80 años de edad, entre sus hijos con 50 a 64 años, este indicador puede refinarse aún más si se incorpora en el cálculo sólo a la población femenina, es decir, a las hijas y esposas que tradicionalmente realizan el trabajo de cuidar. Una revisión de las tres razones muestra que es mucho más alta la razón de cuidado femenino, pero la tendencia de incremento es mucho mayor en la razón de apoyo (Gráfica 1). La razón que integra únicamente población femenina, en realidad, no refleja el impacto que tiene esas actividades en la calidad de vida de esas mujeres pues comienzan su propia etapa de vejez y además deben fungir como cuidadoras de sus propios padres.

También por el descenso de la mortalidad hay más probabilidad de tener mayor presencia generacional en las familias mexicanas lo que directamente implica estrategias para ayudar a los familiares adultos mayores en las diferentes modalidades de apoyo o cuidado. De acuerdo con la Encuesta Nacional para la Dinámica Familiar (2005) en más de la mitad de los hogares extensos conviven tres generaciones (63.1% en áreas rurales y 58.4% en áreas urbanas). Mientras que en estos hogares la presencia de cuatro generaciones representa el 2% (SNDIF, 2005).

2 Este cálculo tiene que refinarse para poblaciones rurales y urbanas. Además el descenso de la fecundidad tardío en áreas menos urbanizadas hace que se encuentren tres o cuatro generaciones juntas porque los primeros nacimientos se realizaron en edades tempranas. Así que hay situaciones donde la nieta cuida a sus hijos (bisnietos), la madre cuida a la abuela, en donde la sobrevivencia femenina propicia una mayor confianza y tarea entre mujeres.

Gráfica 1 – México. Razones de cuidado y apoyo entre población anciana y sus descendientes, 2007-2050



Fuente: Cálculos propios con base en las Proyecciones de Población de Conapo, 2003.

Aunque estos resultados no precisan la edad de esas generaciones es posible suponer que los efectos de una mayor esperanza de vida se reflejen en la organización de los miembros del hogar ante la presencia de una persona en edad avanzada.

Algunos cambios demográficos que impactan la estructura y composición de las familias, así como su dinámica interna, se reflejan en modificaciones en el estado civil de las parejas, con su consecuente impacto también en los adultos mayores. Aunque es una tendencia que hay más viudas que viudos por las diferencias en la edad al matrimonio, lo cierto también es que los varones al enviudar vuelven a contraer matrimonio más que las mujeres adultas mayores, lo que genera otras configuraciones familiares.

Otro cambio importante es el tamaño de los hogares, pero también la distribución de los diferentes tipos de hogar. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (1982) y la Encuesta Nacional de la Dinámica Familiar (2005) los hogares nucleares siguen

siendo predominantes en el conjunto de la población mexicana, aunque se observan disminuciones en su presencia relativa y un aumento en los hogares extensos y unipersonales (SNDIF, 2005). La disminución de los hogares nucleares y el aumento de los no nucleares ya se había reportado previamente (López, 2001) (Cuadro 1).

Estas tendencias y cambios reflejan modificaciones en la estructura y composición de los hogares con población anciana en México. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (2001), entre la población con 60 años y más, los hogares unipersonales se han incrementado porcentualmente a 11.3% en 2001 en contraste con el 7.5% que eran en 1990 de acuerdo con el XI Censo General de Población y Vivienda. Asimismo se observa un incremento de los hogares ampliados al menos en lo referente a la población con 60 años y más (Cuadro 1).

Cuadro 1 – México. Distribución de la población nacional y con 60 años y más por tipo de hogar, varios años (relativos)

Tipo de Hogar	Población nacional		Población con 60 y más	
	1982a	2005b	1990c	2001d
Unipersonales	3.5	5.9	7.53	11.3
Nucleares	68.8	67.9	50.8	43.4
Ampliados	26.5	25.5	37.08	40.7
Otros (comp. y cor.)	0.4	0.6	4.59	4.6
Total	100.0	100	100	100

Fuente: Conforme a los datos de INEGI, (1997), SNDIF (2005) y ENASEM (2001).

Notas: a) Tuirán, 2001 con base END (1982); b) SNDIF (2005) con base en ENDIFAM (2005); c) XI Censo General de Población y Vivienda (1990); d) ENASEM (2001).

El cambio epidemiológico y las familias mexicanas

A la par de las transformaciones mencionadas, los patrones epidemiológicos anuncian la presencia de enfermedades crónicas entre las principales causas de muerte de la población. Aunque como resultado de la desigualdad social y la falta de extensión de los servicios

médicos en México se registra en las estadísticas de defunción de la población mexicana la interacción entre causas de muerte por patologías transmisibles y crónico-degenerativas (polarización epidemiológica). De acuerdo con el Sistema Nacional de Información en Salud para 2005, las principales causas de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y las neoplasias malignas (SINAIS, 2006). Pero dentro de los primeros diez padecimientos de la población con 60 años y más se encuentran en los primeros tres lugares las enfermedades respiratorias, las infecciones de vías urinarias e infecciones por otros organismos. En el cuarto lugar se encuentran úlceras, gastritis y duodenitis; y en el quinto y sexto lugar se ubican las enfermedades crónicas dentro de las que destacan la hipertensión y la diabetes mellitus tipo II, las cuales son las principales causas de muerte de este segmento de la población (Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, 2006).

En los hogares mexicanos, la presencia de miembros en edad avanzada en las familias aumenta la probabilidad de iniciar la lucha contra alguna enfermedad de larga duración, cuya aparición propicia el incremento de las limitaciones funcionales y la dependencia hacia otros miembros del hogar para consumir ciertas actividades de la vida diaria (ABVD y AIVD). El evento crucial que representa la enfermedad se convierte en un proceso que impulsa la reorganización de las actividades internas de la familia. Como parte de las estrategias domésticas, una gran parte de las personas con malas condiciones de salud tienden a vivir en hogares con 2 o 3 generaciones y un 48% de los que manifiestan un mucho peor estado de salud física y mental se concentran en hogares de estructura ampliada con otros parientes e hijos. Los más jóvenes, que tienen mucha mejor salud, se concentran en los hogares nucleares (Montes de oca y Hebrero, 2006).

En México, existen varias aproximaciones al papel de las familias con respecto a la aparición de alguna enfermedad o la manifestación de limitaciones en las actividades de la vida diaria. No obstante, en este documento trataremos de visualizar el papel que tiene la familia frente a este tipo de procesos. Para ello realizaremos un estudio descriptivo que intenta ser antecedente para un análisis más amplio que se realizará

posteriormente. En ese sentido, este documento intenta conocer ¿cómo se distribuye la presencia de limitaciones funcionales entre la población con 60 años y más? y ¿cuál es la distribución que guarda con respecto a los diferentes tipos de hogares en donde el miembro en edad avanzada reside?.

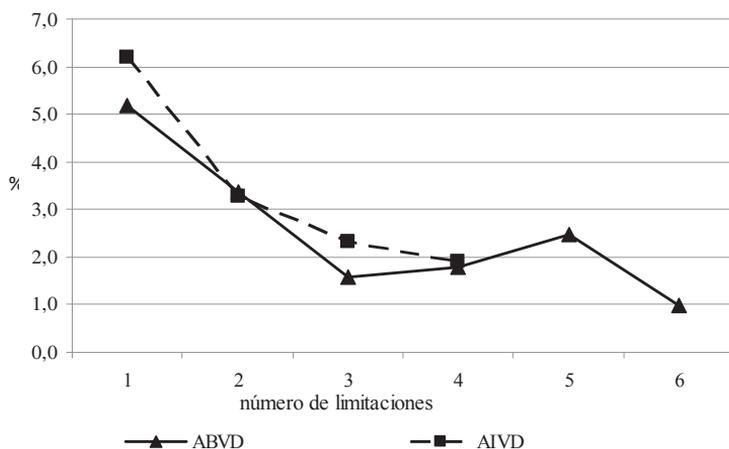
Las limitaciones funcionales en la población anciana en México

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (2001)³ entre la población seleccionada con 60 años y más, casi el 15% tiene por lo menos una limitación para realizar actividades básicas de la vida diaria (caminar, bañarse, comer, ir a la cama, usar el excusado, entre otros), mientras que el 13% tiene esa condición con al menos una actividad instrumental (preparar comida caliente, ir de compras, tomar sus medicamentos, manejar su dinero, entre otros). Sin embargo, muchas veces en la vejez se tienen limitaciones simultáneas tanto en ABVD como en AIVD, por lo que de acuerdo con la encuesta, el 6% manifiesta tener sólo limitaciones en AIVD y el 7.7% sólo en ABVD, otro 7% adicional tiene limitaciones en ambas actividades (Gráfica 2).

Entre la población con 60 años y más, la presencia de estas limitaciones tiende a concentrarse en la población femenina en edad avanzada. Además es una situación que aumenta con la edad, sólo 47% de quienes tienen 80 años y más manifiesta no tener ninguna limitación en AVD, mientras que casi una cuarta parte de la población

3 La Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001 (ENASEM, 2001) contiene información de las personas que tenían 50 años y más al momento de hacer la encuesta. En total se realizaron 15 230 entrevistas a personas seleccionadas o sustitutos (cuando el seleccionado no podía contestar) y cónyuges. Es representativa a nivel nacional y por tipo de localidad menos urbanizadas (menos de 100 mil habitantes) y más urbanizadas (100 mil habitantes y más). Está dividida en 17 secciones y entre los principales temas que incluyen se cuentan: datos demográficos, medidas de salud, familia, transferencias, aspectos económicos, ambiente de la vivienda y medidas antropométricas. Para este artículo sólo utilizamos la información de la población seleccionada con 60 años y más lo que significa una N de 5 892 personas.

Gráfica 2 – México. Proporción de la población de 60 años y más por número de limitaciones en ABVD y AIVD, 2001



Fuente: Cálculos propios con base en la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento, INEGI, 2001.

octogenaria dice tener limitaciones en ambas actividades. Esta situación refleja posibles grados de dependencia que muestran su aparición justo en esta etapa del curso de vida.

En cuanto al estado civil, la información arroja que entre los separados y divorciados existe una mayor presencia de personas con limitaciones funcionales (24.6%). Esta situación es más pronunciada entre los viudos (27.8%). La ausencia del cónyuge por muerte o separación deja asomar el debilitamiento de algunas piezas fundamentales de las redes familiares que fungen como el vínculo primario de las personas en situaciones de dependencia. La ENASEM muestra que conforme avanza la edad las personas mayores comienzan a experimentar limitaciones en la realización de su vida cotidiana, en un contexto de pérdida del cónyuge y esta situación la experimentan principalmente las mujeres (Cuadro 2).

Por otro lado, cuando se presentan enfermedades de larga duración y dificultad para realizar actividades de la vida diaria de un integrante

de la familia al interior de los hogares se presenta una situación de vulnerabilidad, el apoyo por las instituciones de salud se reduce en su mayoría a proporcionar atención curativa, cuando en muchos casos se requieren cuidados paliativos, de respiro al cuidador, entre otros servicios socio-médicos que aún no se tienen disponibles en el país en las instituciones públicas. Además existe una población en condiciones más adversas, que son quienes no tienen derecho a servicios de salud y una cuarta parte de éstos tienen limitaciones en sus actividades de la vida diaria. Lo que nos permite preguntarnos cuáles son los alicientes gubernamentales para apoyar a las mujeres y en especial a las familias cuando un miembro anciano sufre deterioro en sus funciones básicas. La compra de medicamentos, las terapias de rehabilitación y la consulta médica se realizarán probablemente en establecimientos privados o en instituciones para población abierta sin derecho a la salud. Cabe señalar que no existen diferencias significativas en la distribución de la población rural y urbana, en ambos contextos hay una distribución muy similar de personas con deterioro funcional, la cuestión es que en las áreas rurales el acceso a servicios médicos de apoyo tanto para el enfermo hombre o mujer adulto mayor como para su cuidador primario es prácticamente inexistente.

Otra parte de aspectos que es importante mencionar tiene que ver con la presencia de enfermedades junto con el deterioro funcional en las personas con 60 años y más en México. Entre las principales enfermedades que la ENASEM capta se encuentran: diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades respiratorias, artritis y reumatismo, por mencionar las que resultaron con mayor prevalencia entre la población de estudio. La información de esta base de datos muestra que hay una fuerte correspondencia entre ambas situaciones (Gráfica 3). El 26% de quienes reportan la presencia de por lo menos una enfermedad crónica tienen limitaciones funcionales, en contraste con 14% de quienes no reportan tenerla. Sin embargo, en este segmento demográfico de la población existe una repartición homogénea en la distribución de las limitaciones funcionales que llaman la atención.

Cuadro 2 – México. Porcentaje de la población con 60 años y más con la presencia de alguna limitación en las AVD con respecto a algunas variables sociodemográficas, 2001

Variables Independientes	Sin limitaciones	Sólo limitación en AIVD ^a	Sólo limitación en ABVD ^b	Limitaciones en ambas (AVD ^c)	Total
N	4629	356	453	454	5892
Total	78,6	6,0	7,7	7,7	100
Sexo					
Hombres	84,1	3,4	5,7	6,9	100
Mujeres	73,9	8,3	9,4	8,4	100
Grupos de edad					
60-69 años	87,9	3,9	5,0	3,2	100
70-79 años	78,5	6,2	8,0	7,3	100
80 y más años	47,6	13,0	16,1	23,3	100
Estado civil					
Unido	84,0	5,6	5,5	4,9	100
Soltero	84,9	3,5	5,5	6,1	100
Divorciado o separado	75,4	3,2	7,9	13,5	100
Víduo	72,2	8,3	9,8	9,7	100
Derecho a servicio médico					
Ninguno	75,3	6,1	8,7	9,9	100
Con derecho	81,3	6,0	6,9	5,9	100
Tamaño de localidad					
Urbano	78,3	5,7	8,3	7,6	100
Rural	78,9	6,4	6,8	7,8	100
Enfermedad crónica**					
Ninguna	85,9	4,0	4,9	5,2	100
Al menos una	74,0	7,1	9,6	9,3	100
Tipo de ayuda familiar*					
Sin ayuda	87,9	3,8	4,9	3,4	100
Sólo ayuda económica	81,3	4,8	6,5	7,4	100
Sólo ayuda no económica	71,8	7,3	11,5	9,3	100
Ayuda económica y no económica	72,3	7,2	9,9	10,6	100

a Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) consideradas en el trabajo fueron bañarse, vestirse, levantarse y acostarse, ir al baño, deambular y comer

b Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) consideradas en el trabajo fueron ir de compras, preparar comida, uso de medicamentos y uso de dinero

c Las Actividades de la Vida Diaria (AVD) considera las AIVD y las ABVD

* Esta variables contiene un 9.8% de datos no especificados

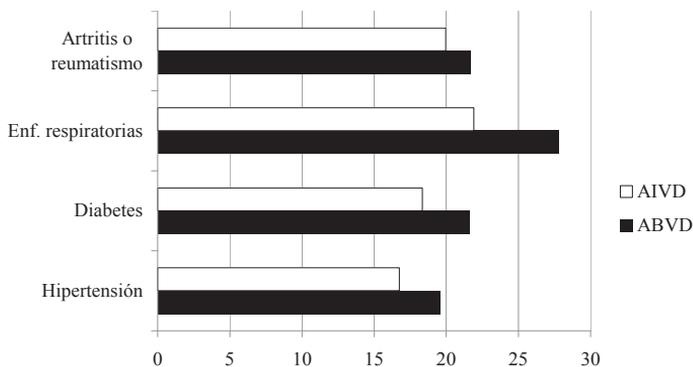
** Hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar, enfermedad del corazón, embolia cerebral o artritis.

Fuente: Cálculos propios con base en la ENASEM, 2001.

Sin duda el punto central es constatar como la existencia de por lo menos una enfermedad crónico-degenerativa se ve acompañada de los efectos colaterales en el deterioro en las funciones básicas de la vida diaria, lo cual sugiere que hay un doble esfuerzo por mejorar

o mantener la calidad de vida del anciano. Por un lado, atender los costos emocionales y económicos derivados de la enfermedad crónico-degenerativa, lo cual también está dependiendo del tipo de enfermedad que es y de los apoyos institucionales con que se cuenta. Pero también las implicaciones del trabajo intensivo de cuidado y apoyo que dependen de los cuidadores y redes primarias (Robles, 2001 y 2006). La literatura ha mostrado insistentemente como el peso del cuidado recae en las mujeres hijas y esposas, con las consecuencias que tiene la organización de estas actividades y simultáneamente la conservación del espacio para el desarrollo humano y social de quienes fungen como miembros fundamentales de esa red de apoyo.

Gráfica 3 – México. Proporción de la población de 60 años con alguna limitación en ABVD o AIVD según condición de padecer alguna enfermedad crónica de las seleccionadas, 2001



Fuente: Cálculos propios con base en la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento, INEGI, 2001.

La pérdida de funcionalidad va minando la autonomía de las personas en la vejez y en esa medida el ámbito de acción para las actividades sociales y familiares se comienza a debilitar. Para mitigar este efecto las redes familiares y sociales actúan aportando insumos económicos y no económicos, pero ¿cómo llegan estos apoyos a los ancianos con limitaciones funcionales?

De acuerdo con la ENASEM de quienes reciben sólo apoyo no económico el 28% tiene alguna limitación en sus actividades instrumentales y básicas de la vida diaria. Un porcentaje muy similar se reporta entre quienes reciben apoyo económico y no económico. Mientras que de los que reciben apoyo económico sólo 18% tienen alguna limitación. Se puede observar que hay una leve tendencia a incrementar el apoyo entre quienes tienen mayor limitación en actividades básicas e instrumentales. Sin embargo, la misma fuente de información arroja un aspecto interesante entre quienes no reportan ninguna forma de apoyo familiar (los cuales representan el 25% de la muestra) 12% tiene alguna forma de limitación (Cuadro 2).

Adicionalmente, vale la pena señalar que de acuerdo con la Encuesta sobre Malos Tratos en Personas Adultas Mayores, realizada en el Área Metropolitana de la Ciudad de México (EMPAM-DF, 2005), las limitaciones funcionales en las personas adultas mayores que se presenta con mayor fuerza a edades muy avanzadas son un factor asociado a la existencia de malos tratos (Giraldo, 2006).

Las limitaciones funcionales en los hogares con miembros en edad avanzada

Las tareas de cuidado y los apoyos que requieren los miembros en la vejez con dependencia funcional generan dinámicas al interior de las familias. También propicia que los hogares cambien de configuración al menos en su estructura y composición. Del total de personas adultas mayores residentes en hogares ampliados poco más de la cuarta parte tienen deterioro funcional, siendo mayor la presencia de quienes tienen limitaciones en ABVD. Los ancianos en hogares nucleares presentan un porcentaje de 18% con alguna restricción en su funcionalidad, situación que refleja que los adultos mayores de estos hogares todavía no experimentan etapas más avanzadas de su ciclo familiar (Montes de Oca y Hebrero, 2006). Llamamos la atención los ancianos residentes solos en hogares unipersonales que en un 17% dicen tener alguna o ambas limitaciones en su funcionalidad (Cuadro 3). Este tipo de hogares

unipersonales deben de ser apoyados mediante servicios comunitarios de atención al adulto mayor que no tiene familia o no cuenta cercanamente con ella. Actualmente se están realizando algunos programas en la ciudad de México buscan organizar un sistema de apoyo en las proximidades a la vivienda del mayor con el fin de que vecinos, tenderos y tiendas puedan suministrar servicios pagados por el estado. Adicionalmente los vecinos monitorean el hogar del anciano que vive solo y supervisan su bienestar (Comunidad Participativa de Tepito, Comparte, A.C). Otras iniciativas se están diseñando por el Gobierno del Distrito Federal que ha mostrado un gran compromiso y es vanguardia en los servicios sociales hacia la población adulta mayor.

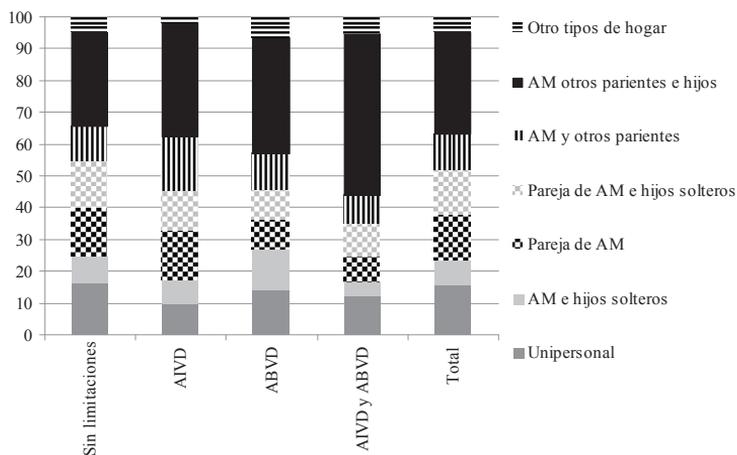
Cuadro 3 – México. Tipo de hogar de la población con 60 años y más por tipo de limitación en sus actividades básicas de la vida diaria, 2001

Tipos de hogar detallado	Sin limitaciones	Sólo limitación en AIVD	Sólo limitación en ABVD	Limitaciones en ambas	Total
Unipersonal	83,1	3,9	7,0	6,1	100,0
Adulto mayor e hijos solteros	78,4	5,6	12,0	3,9	100,0
Pareja de adultos mayores	84,1	6,4	5,0	4,5	100,0
Pareja de adultos mayores e hijos solteros	83,8	5,5	5,2	5,5	100,0
Adulto(s) mayor(es) y otros parientes	76,1	9,3	8,1	6,4	100,0
Adulto(s) mayor(es), otros parientes e hijos	72,5	6,6	8,8	12,1	100,0
Otro tipos de hogar	78,7	2,8	10,1	8,4	100,0
Total	78,6	6,0	7,7	7,7	100,0

Fuente: Cálculos propios con base en la ENASEM, 2001

Por otro parte, la información permite ver otra cara de este fenómeno familiar. Si centramos la atención en la población con limitaciones en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, poco más de la mitad se concentra en hogares ampliados (60%), en dichos hogares los adultos mayores residen con parientes e hijos. Cabe volver a señalar el porcentaje significativo de quienes tienen serias

Gráfica 4 – México. Distribución de la población con deterioro funcional de acuerdo con su tipo de hogar, 2001



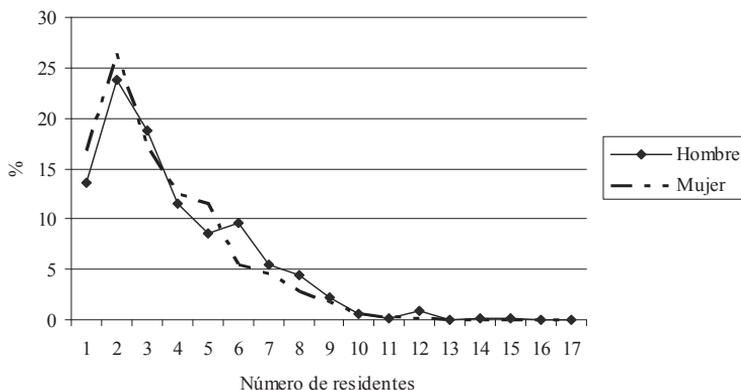
Fuente: Elaboración propia con base en la ENASEM, 2001

limitaciones y viven solos (12%). El cambio en la organización doméstica surge sin duda con la presencia de deterioro en algún miembro en edad avanzada. Cuando los adultos mayores no presentan limitaciones residen en menor medida en hogares ampliados (40%) y se conservan en los nucleares (38.4%) o unipersonales (16.3%) (Gráfica 4).

Una situación que resulta por demás aproximativa es el número de residentes en los hogares con adultos mayores. La configuración de hogares ampliados o nucleares no necesariamente evidencia el número de familiares, y muchos menos cuántos están responsabilizados al trabajo de cuidar. Por tal motivo es de llamar la atención que la media del número de residentes en los hogares de adultos mayores sea alrededor de 3.6 integrantes (Gráfica 5).

En México todavía falta mucha investigación sobre el deterioro funcional del adulto mayor a través del impacto que tiene en la vida familiar. Sin duda la organización familiar no debe ser la única responsable de cuidado y apoyo a los mayores con limitaciones en su funcionalidad o con padecimientos crónico-degenerativos de corta o larga duración.

Gráfica 5 – México. Número de residentes en los hogares con personas adultas mayores, 2001



Fuente: Elaboración propia con base en la ENASEM, 2001

Si bien las instituciones en México se han dado a la tarea de apoyar la atención (predominantemente curativa) en materia de salud este se ha restringido para quienes cuentan con derecho a la atención médica (derechohabiencia), pero inclusive en ellos las instituciones de seguridad social no asumen actitudes de cuidado y apoyo a quienes ya presentan un deterioro progresivo. Las familias implícitamente han sido y son las encargadas de suministrar el cuidado que no es provisto por las instituciones de salud o de rehabilitación. Igualmente las hijas y esposas son las encargadas dentro de la familia de realizar este trabajo. No obstante, también se ha argumentado que esta situación propicia que las mismas mujeres, especialmente las hijas, se marginen de sus actividades laborales y familiares al cuidar a sus familiares ascendentes en progresivo deterioro o ante la aparición de alguna enfermedad. Esta situación es una condición previa para tener similar vulnerabilidad cuando ellas lleguen a la vejez, aspecto que es necesario identificar para no reproducir las mismas condiciones de dependencia en la vejez de las mujeres que actualmente son hijas y esposas.

Reflexiones finales

Las familias en México han experimentado cambios sociales, políticos, culturales y demográficos especialmente en la mitad del siglo XX. La estructura de los hogares ha cambiado paulatinamente como resultado del envejecimiento demográfico. Si bien los individuos alargan su esperanza de vida también las familias experimentan etapas más avanzadas de su ciclo familiar. Esto no tendría mayor relevancia si a la par de esta transición demográfica no existiera una transición epidemiológica, con lo cual se evidencia un progresivo deterioro de la población a edades muy avanzadas que impacta la dinámica familiar. La estructura institucional no satisface las necesidades de la población anciana especialmente se pierde protección a mayor edad (80 y más). En ese contexto de inseguridad institucional, la familia intenta proveer los cuidados y apoyos ante la presencia de dependencia y fragilidad. El reto que representa apoyar a los familiares con deterioro funcional requiere de procesos de cuidado y apoyo familiar que han recaído en las mujeres, especialmente en hijas y esposas. Las evidencias muestran que sin duda la organización familiar se configura de tal manera que se facilite la atención pero el número de integrantes es reducido lo cual concentra las actividades de cuidado y atención al adulto mayor con deterioro en una o dos personas.

El deterioro funcional entre la población con 60 años y más se expresa en 15% en las AIVD y 13% en ABVD, lo experimentan principalmente mujeres, viudas, divorciadas o separadas con 80 años y más. Las limitaciones funcionales propician cambios en la estructura y composición de los hogares, pero el número de residentes es reducido y en segmentos importantes se carece de apoyos familiares e institucionales. Existen personas con limitaciones en AB e IVD sin derecho a la atención médica por una institución de salud, viven solos y carecen de apoyo familiar, incluso extradoméstico.

Robles (s/f) haciendo una revisión exhaustiva de las posiciones políticas entorno al cuidado propone que “una política social en torno al cuidado a largo plazo debe partir de una posición que reconozca al cuidado como un asunto de responsabilidad social. Lo cual significa,

primero, partir del reconocimiento de que la familia ha asumido esta responsabilidad hasta el momento como suya y con poca ayuda del exterior, pero la sociedad no puede mantenerse al margen y *debe* asumir también su papel en esta responsabilidad social. Segundo, su papel no debe quedar en los márgenes, es decir, de ser el *último recurso social* cuando la familia no pueda o no exista, sino por el contrario deberá tener un papel activo apoyando a la familia, y especialmente a las mujeres cuidadoras. La única posibilidad de garantizar la sobrevivencia del individuo dependiente es que la familia pueda continuar otorgando el cuidado en el largo plazo y para ello es necesaria la participación del Estado, a través de políticas sociales dirigidas expresamente a ello”.

Una propuesta adicional señala la necesidad de hacer converger los diferentes programas de vivienda, exención de impuestos, apoyos económicos a través de pensiones contributivas y no contributivas, así como el cuidado a la salud a fin de que las familias cuenten con recursos indirectos para hacer frente a los procesos de cuidado a ancianos en condición de dependencia. Una mejor situación económica en las familias permite tener una actitud más participativa y mayor capacidad de resolución ante situaciones difíciles como la enfermedad (González de la Rocha, 1999; SNDIF, 2005).

Este consenso debe ser incorporado en la agenda pública y continuar su proceso en la legislación mexicana. El mito sobre la desaparición del papel de la familia ante el apoyo gubernamental debe leerse en sentido inverso: una mayor participación gubernamental propiciará una mejor distribución de la tarea de cuidar entre los miembros y permitirá conservar la salud física y mental sobre sus miembros. Asimismo, una mayor cobertura en servicios médicos propiciará un mejor cuidado de la salud y un mejor bienestar en la población.

Referencias

ARIZA, M. y OLIVEIRA, O. de (2001). “Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición”. In: *Papeles de Población*. México, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de Población, UAEM.

- GARCÍA, B. (1996). "Las implicaciones del nuevo modelo de desarrollo". In: DEMOS. *Carta Demográfica sobre México*. México, 15-16.
- (1999). Los problemas laborales de México a principios del siglo XXI. *Papeles de Población*, n. 21, CIEAP/UAEM. México, pp. 9-19.
- GARCÍA, B. y OLIVEIRA, O. de (1994). *Trabajo Femenino y vida familiar en México*. México, El Colegio de México.
- GARCÍA, B.; MUÑOZ, H. y OLIVEIRA, O. de (1988). *Hogares y trabajadores en la Ciudad de México*. México, El Colegio de México y IIS-UNAM.
- GIRALDO, L. (2006). *Malos tratos hacia las personas adultas mayores: una caracterización sociodemográfica en la ciudad de México*. Tesis de maestría en Demografía, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales. México, El Colegio de México, 222 pp.
- GOMES, C. y MONTES DE OCA, V. (2004). "Ageing in Mexico. Families, Informal Care and Reciprocity". In: LLOYD-SHERLOCK, P. (ed.). *Living Longer. Ageing, Development and Social Protection*. ZED Books, 230-248.
- GONZÁLEZ DE LA ROCHA, M. (1999), "La reciprocidad amenazada. Un costo más de la pobreza humana". In: ENRÍQUEZ ROSAS, R. (1999). *Hogar, pobreza y bienestar en México*. Centro de Investigación y Formación Social, ITESO. México, Guadalajara, 13-36.
- HUENCHUAN, S. (2004). *Tendencias del crecimiento de la población adulta mayor en América Latina y sus efectos en los sistemas de cuidado*. Documento presentado en el primer Encuentro Nacional de Instituciones de Bienestar Social que atienden a la persona adulta mayor. San José, Costa Rica, 10 y 11 de septiembre.
- JACOBZONE, S. (1999). *Ageing and Care for Frail Elderly Persons. An Overview of International Perspectives*. Labor Market and Social Policy. Occasional Papers n. 38. France, Paris, OECD Publishing.
- LEÑERO, L. (1996). "La familia y sus respuestas organizacionales ante la crisis". *La familia: Investigación y Política Pública*. México, DIF, 13-24.

- LÓPEZ RAMÍREZ, A. (2001). *El perfil sociodemográfico de los hogares en México, 1976-1997*. México, CONAPO, 44 p.
- (2006). *Migración, arreglos residenciales de los adultos mayores en México*. Ponencia presentada en la VIII Reunión Nacional de la SOMEDE, Guad. Jalisco. México, 6-9 de septiembre, mimeo.
- LÓPEZ, BARAJAS, Ma. De La PAZ y IZAZOLA, H. (1994). *El perfil censal de los hogares y las familias en México*. México, INEGI, IIS-UNAM.
- MONTES DE OCA, V. (1999). Diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México. *Papeles de Población*. Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, Nueva época Año 5, n. 19, enero-marzo, pp. 149-172.
- (2004) “Envejecimiento y Protección Familiar. Límites y Potencialidades del apoyo al interior del hogar”. In: ARIZA, M. y OLIVEIRA, O. de (coords.). *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. México, IIS-UNAM, 519-563.
- MONTES DE OCA, V. y HEBRERO, M. (2005). “Transferencias intergeneracionales y apoyos económicos y no económicos en México y Guanajuato: aproximaciones macro y micro”. In: *Notas de Población*. Celade-División de Población Cepal, n. 80, año XXXII, octubre.
- (2006). Eventos cruciales en ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares en México. *Papeles de Población*. Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Población/UAEM, n. 50, pp. 97-116.
- PACHECO GÓMEZ MUÑOZ, E., (1988). *Población económicamente activa femenina en algunas áreas urbanas de México en 1986*. Tesis de Maestría en Demografía, CEDDU. México, El Colegio de México.
- (1996). *Participación femenina en el mercado de trabajo y seguridad social*. Ponencia presentada en el Seminario Análisis y reflexión sobre las reformas a la seguridad social en México, evento organizado por El Colegio Nacional, El Colegio de México, El Colegio de Actuarios, la Sociedad Mexicana de Demografía y el Instituto de Investigaciones Sociales, el 29 de marzo. México.

- PEDRERO, M., (1989). La evolución de la participación económica femenina en los ochentas. *Revista Mexicana de Sociología*. México, IIS-UNAM, D.F.
- ROBLES, L. (2001). El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento. *Estudios Demográficos y Urbanos*. México, El Colegio de México, 561-585.
- (2006). [en línea] “La Vejez. Nuevos Actores, Relaciones Sociales y Demandas Políticas”. Guadalajara: Universidad de Guadalajara. Disponible em: <http://www.colmich.edu.mx/relaciones/105/pdf/LeticiaRoblesSilva.pdf> (Página consultada el 1/12/2007).
- (s/f). [en línea] “Necesitamos políticas sociales para el cuidado a largo plazo?” Disponible em: www.debate.iteso.mx/Numero12/Articulos/Nec.htm (Página consultada el 30/11/2007).
- ROBLES, L.; VÁZQUEZ, F.; REYES, L. y OROZCO, I. (2006). *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*. México, El Colegio de la Frontera Norte y Ed. Plaza y Valdez.
- SALLES, V. y TUIRÁN, R. (1996). “Vida familiar y democratización de los espacios privados”. In: *La familia: Investigación y Política Pública*. México, DIF, 47-55.
- SNDIF (2005). *Diagnóstico de la Familia Mexicana. Encuesta Nacional de la Dinámica Familiar*, SNDIF, IISUNAM, 153 pp.
- TUIRÁN, R. (1993). Vivir en familia: hogares y estructura familiar en México, 1976-1987. *Revista de Comercio Exterior*, v. 43, n. 7, julio, pp. 662-676.

Data de recebimento: 15/12/2007; Data de aceite: 23/1/2008.

Verónica Montes de Oca – Socióloga y demógrafa. Investigadora titular del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). E-mail: monteso@servidor.unam.mx

Mirna Hebrero – Actuaría y demógrafa. Investigadora de la Secretaría de Salud (SSA). E-mail: mhebrero@colmex.mx