

# ESTUDIOS DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA

VOLUMEN XX-I

Editores

Jorge Alfredo Gómez Valdés

Carlos Serrano Sánchez

Juan Manuel Argüelles San Millán



Instituto Nacional  
de Antropología  
e Historia

 **CONACULTA**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS  
INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA  
ASOCIACIÓN MEXICANA DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA  
MÉXICO 2022

# ENVEJECIMIENTO Y SALUD EN UNA COMUNIDAD HÑÄHÑU DE SAN ILDEFONSO, TEPEJI DEL RÍO, HIDALGO

Laura Delgado Vega,\* José Luis Nagore Tapia\*  
y José Luis Castrejón Caballero\*

\* *Escuela Nacional de Antropología e Historia*

## RESUMEN

El presente artículo tiene por objeto describir el contexto sociocultural y ecológico en el cual viven las personas de 60 años o más de edad de San Ildefonso, Tepeji del Río, Hidalgo, una comunidad *hñähñu* del Valle del Mezquital, y su relación con el proceso salud-enfermedad-atención. Se utilizó una metodología mixta, cualitativa –entrevistas a profundidad y observación directa entre 2011 y 2015– y cuantitativa con aplicación de una encuesta entre abril y mayo de 2015 a personas de 60 años o más, hombres y mujeres, quienes aceptaron participar voluntariamente en el estudio. El instrumento estuvo conformado por 44 reactivos orientados en cuatro ejes principales: datos sociodemográficos, contexto familiar, datos económicos y salud. Se realizaron seis entrevistas a profundidad y se aplicaron 33 cuestionarios, 21 a mujeres y 12 a hombres. El rango de edad fue de 60 a 98 años, con un promedio general de 70.18 años. Con respecto a los datos sociodemográficos, los hombres reportaron mayor nivel de escolaridad que las mujeres; la mayoría de las mujeres aún realizaban actividades económicas remuneradas, en comparación con los hombres. En cuanto a la seguridad social, tanto hombres como mujeres gozaban en su mayoría de Seguro Popular y Seguro Social. Los participantes manifestaron la existencia de riesgos potenciales a la salud asociados a la contaminación del agua y aire, así como al consumo de alcohol. Los principales problemas de salud fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus y cataratas. Existe un uso diferencial por las personas de 60 años o más de los distintos recursos terapéuticos, oficiales, alternativos o tradicionales, según el tipo y severidad de la enfermedad. El uso de la herbolaria sigue vigente y conforma parte del patrimonio biocultural de la comunidad.

PALABRAS CLAVE: *hñähñu*, envejecimiento, salud.

## ABSTRACT

The purpose of this paper is to describe the sociocultural and ecological context in which sixty years or older persons live, inhabitants of San Ildefonso, Tepeji del Río, Hidalgo, a *hnähñu* community of Valle del Mezquital in Mexico, and its relationship with health-disease-attention process. A mixed, qualitative and quantitative methodology was used. The field work was carried out between the years of 2011 and 2015. Seven interviews and thirty three questionnaires were applied. The subjects were 21 women and 12 men. The age range was 60 to 98 years old and the age average was 70.18 years. Everybody agreed to participate voluntarily. The evaluation instrument consisted of 44 reagents oriented in 4 main axes: sociodemographic data, family context, economic data and health. As relevant results it was found that men reported higher levels of schooling than women; most of women were still engaged in paid work compared to men; both men and women enjoyed mostly social security. Participants expressed potential health risks associated with environmental pollution and higher alcohol consumption rates. The main health problems were hypertension, diabetes and cataracts. In conclusion, there is a differential use by people sixty years or older of different therapeutic resources, including official, alternative and traditional medicine depending of the type and severity of the disease. The herbal medicine is still in use and confers part of biocultural heritage of the community.

KEYWORDS: *hnähñu*, aging, health.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento humano es un proceso complejo que involucra aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, los cuales no pueden comprenderse de manera aislada, sino en interacción dinámica, en un medio ambiente sociocultural y ecológico en continua transformación. Los avances científicos y tecnológicos en el último siglo, en el área de la salud, han permitido un aumento en la esperanza de vida de las poblaciones humanas; sin embargo, una mayor longevidad no necesariamente se asocia a mejores condiciones de vida debido al incremento de enfermedades crónico-degenerativas en este sector poblacional, como lo señala Salgado de Snyder (2006). De igual forma, las modificaciones en el estilo de vida, resultantes del cambio social y cultural, son factores que inciden en el binomio salud-enfermedad.

La antropología física como ciencia social, con visión holística del ser humano, cuyo objetivo es integrar, tanto en sus formulaciones teórico-metodológicas como en la praxis, el conocimiento de los grupos humanos

actuales y antiguos en relación con su medio ambiente físico, social y cultural, ha tomado elementos tanto de las ciencias biológicas como de las ciencias sociales, a la vez que ha generado un corpus de conocimiento propio. Este campo ofrece muy diversas perspectivas para abordar el estudio del envejecimiento humano: la antropología demográfica nos permite esclarecer en qué forma se modifican las poblaciones humanas a través del tiempo en función de una serie de variables de índole social y cultural, la antropología ecológica se centra en la relación entre los grupos humanos y su medio ambiente físico y cultural y la antropología médica se ocupa del estudio del conjunto de representaciones, ideas, creencias y prácticas culturales en torno al proceso salud-enfermedad-atención.

Este trabajo tiene por objeto integrar aspectos socioculturales, demográficos y ecológicos del envejecimiento y su relación con el proceso salud-enfermedad-atención en la comunidad otomí –autodenominada *hñähñu*– de San Ildefonso, Tepeji del Río, Hidalgo, a través del análisis cuantitativo y cualitativo de la información obtenida en esta área del conocimiento antropológico.

Resulta relevante el análisis del contexto histórico, económico, sociocultural y ecológico en torno a la comunidad de estudio, pues en esta región se han observado grandes transformaciones en estos aspectos en las últimas décadas, al pasar de una composición tradicionalmente agrícola y con un alto grado de marginación a constituirse en poblaciones cada vez más urbanizadas e industrializadas cuyos habitantes han vivido cambios profundos en su estilo de vida, hábitos de alimentación y actividad física, así como en su entorno físico, ecológico y social.

### *Antecedentes*

Entre las investigaciones de índole antropológica asociadas al envejecimiento y salud destaca el estudio de Arganis (2001), en el que se aborda la experiencia del padecer, esto es, la forma en que el enfermo percibe, clasifica, explica y responde a la enfermedad, en un grupo de doce adultos mayores de 60 años, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y residentes de la entonces denominado Distrito Federal delegación Iztapalapa. En él la autora utilizó una metodología cualitativa, con entrevistas y observación de sus condiciones de vida, donde destacó la importancia de la familia y el grupo social en la forma en que el anciano representa y vive su enfermedad.

Entre los autores que han estudiado el envejecimiento en poblaciones indígenas se encuentra Reyes (2002), quien plantea el significado social de ser viejo en el contexto de la marginación y la pobreza. Contrasta la imagen tradicional del viejo sabio y respetado, que el imaginario social ha construido, con las condiciones reales de vulnerabilidad social, salud-enfermedad y muerte en esta población indígena en particular; establece que la vejez no es homogénea y que las transformaciones sociales que sufren las culturas indígenas se ven reflejadas en las concepciones sobre aquélla y el rol asignado a los viejos.

Uno de los antecedentes más recientes se encuentra en el trabajo de Gutiérrez (2011), el cual plantea como objetivo principal averiguar las experiencias, condiciones de vida y expectativas de personas mayores de sesenta años que viven en un contexto rural, para conocer sus ideas respecto a factores biológicos, cómo mantienen sus relaciones sociales y describir hasta dónde conservan sus capacidades para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Castrejón (2010) analiza las características demográficas de la población indígena mexicana mayor de 50 años a partir de los siguientes ejes principales de análisis: la funcionalidad, condiciones desiguales de salud y redes de apoyo familiar. Finalmente, enfoca su estudio en una comunidad indígena náhuatl donde indaga los significados, percepciones y representaciones del envejecer y ser viejo a partir de lo expresado por los propios sujetos.

Por otra parte, Alvarado y Mendoza (2006), en un estudio cuantitativo transversal, estimaron la prevalencia y factores de riesgo de polifarmacia –definida como el uso de cuatro o más medicamentos– en una muestra de 311 adultos mayores del Valle del Mezquital y encontraron una prevalencia del 18 %. Asimismo, 99 sujetos (32 %) reportaron a su vez el uso de herbolaria.

En el mismo sentido, uno de los trabajos más recientes que tratan sobre el proceso salud-enfermedad-atención en el Valle del Mezquital es el estudio etnográfico realizado por Bautista (2014) en dos comunidades rurales indígenas, El Decá y Cieneguillas, del municipio de Cardonal, Hidalgo. Se centró en describir las creencias y significados en torno a diversos padecimientos, así como la acción curativa que llevan a cabo los pobladores *hñähñu* en respuesta a la experiencia de enfermedad. De acuerdo con esta autora, la noción de salud para las dos comunidades estudiadas alude a un estado de equilibrio entre los diferentes elementos que conforman el organismo y a la vez entre el sujeto y el entorno. La enfermedad ocurre,

por lo tanto, cuando se rompe esta condición y es atribuida tanto a causas naturales como sobrenaturales. En ambas comunidades, la autoatención se constituyó en el primer nivel real de atención, mientras que la asistencia del médico institucional representó la última opción de tratamiento. Concluye que el estudio del proceso salud-enfermedad-atención implica la comprensión y análisis de contextos y realidades sociales, económicas y culturales que influyen y configuran la experiencia de enfermedad en la persona en todas sus dimensiones.

González (2006) señala que el proceso de industrialización del municipio de Tepeji del Río de Ocampo inicia hacia las décadas de 1950 y 1960, con la instalación de diversas industrias, principalmente del ramo manufacturero y textil. Anteriormente, la actividad económica primaria era la agricultura de temporal, en especial, cultivo de maíz. En menor grado se desarrolló la ganadería de pastoreo (cabras y ovejas). Hacia la década de 1980, Tepeji del Río y el colindante Tula de Allende destacaban como dos de los municipios con mayor desarrollo industrial en Hidalgo.

Como apunta Mora (2012), la llegada de la refinería Miguel Hidalgo trajo a los habitantes de la región la expectativa de obtener empleo en la paraestatal Pémex y con ello mejorar sus ingresos económicos, sin embargo, los habitantes locales no contaban con la capacitación técnica para trabajar en la misma, por lo que fueron contratados muchos profesionistas, técnicos y obreros procedentes de Tamaulipas y Veracruz. En contraparte, la refinería significó para los habitantes de la región un sinnúmero de problemas sociales, económicos y ambientales.

El marcado desarrollo industrial de la zona conocida como Corredor industrial Tula-Tepeji, aunado al crecimiento poblacional y actividad agrícola con uso de aguas residuales para riego de cultivos y consumo animal y humano, han deteriorado la calidad del aire, agua y suelo, con afectación de los ecosistemas y daños potenciales a la salud de sus habitantes. En este sentido, en el informe del estudio “Diagnóstico de compuestos volátiles y H<sub>2</sub>S ambiente en la zona de Tula-Vito-Apaxco” (2008), realizado por el Instituto Nacional de Ecología y la Universidad Autónoma Metropolitana, se señala la presencia de altos niveles de compuestos orgánicos volátiles (benceno, tolueno, parafinas, etcétera) y dióxido de azufre, cuyas fuentes en la región son muy diversas e incluyen industriales (refinería, termoelectrónica, petroquímica, gaseras, fábrica de carbón activado), vehiculares y naturales.

Cabrera y colaboradores (2003) realizaron un inventario de contaminación emitida en diversos municipios del estado de Hidalgo. Sus resultados reportan que en Tepeji del Río de Ocampo la contaminación de origen industrial emitida al agua alcanzó un total de 1 051.859 ton/año. En tanto, la contaminación del agua de origen doméstico es del orden de 3 233.80 ton/año. Para el mismo municipio, las emisiones al aire por fuentes móviles a base de gasolina alcanzaron 2 757.031 ton/año y a base de diésel, las 546.327 ton/año. A lo anterior habrá que agregar 39 558.062 ton/año de emisiones al aire de origen industrial y 15 487.50 ton/año de residuos sólidos municipales. Los riesgos a la salud incluyen irritación de nariz y garganta, diversos tipos de cáncer y efectos neurológicos.

Aunado a lo anterior, autores como Mora (2012) han señalado la magnitud de la problemática ambiental en la región y los efectos perniciosos que tanto contaminantes biológicos (microbianos) como químicos (incluidos metales pesados, ácidos y compuestos orgánicos volátiles) ejercen en la salud. Apunta que la Agencia Alternativa de Comunicación Ciudadana Desde Abajo, el Centro de Derechos Humanos Económicos, Sociales y Culturales A. C. de la región Tula-Tepeji-Apaxco, así como algunos miembros del Consejo Consultivo Ciudadano (CCC-Tula) han mencionado que entre 2002 y 2005 la UNESCO declaró que Tula es la segunda ciudad más contaminada del mundo y que en 1974 el corredor Tula-Vito-Apaxco fue declarado como “zona de desastre” debido a la alta concentración de contaminantes.

Aun con las reservas del caso, los datos anteriores ponen de manifiesto la gran preocupación que ha generado en diversos sectores de la sociedad civil el alto grado de contaminación en la zona y los riesgos potenciales para la salud de sus habitantes. La gravedad de la problemática ambiental también ha permeado los medios de comunicación. Así, las declaraciones de funcionarios gubernamentales a la prensa escrita dan testimonio de los riesgos a la salud para los pobladores de la región.

## MATERIALES Y MÉTODO

Se diseñó un estudio con metodología mixta, cuantitativa y cualitativa, para lo cual se llevó a cabo un estudio de caso; se utilizó el método etnográfico y el método estadístico para la recolección y análisis de la información. El estudio se realizó en las siguientes etapas:

- 1) Diseño de instrumentos de evaluación: guion de entrevista y encuesta.
- 2) Gestión de permisos y autorizaciones, en caso necesario.
- 3) Localización de informantes clave.
- 4) Aplicación de los instrumentos de evaluación.
- 5) Elaboración de una base de datos y análisis de la información cuantitativa.
- 6) Análisis cualitativo.

### *La Comunidad*

San Ildefonso es la única comunidad otomí de la región del Valle del Mezquital. Antiguamente era conocido como Chantepec que significa “en las faldas del cerro”. Se localiza a unos 10 km de su cabecera municipal, Tepeji del Río, y a igual distancia de Tula de Allende. Se encuentra situada hacia el suroeste del estado de Hidalgo, tiene una superficie aproximada de 16 km<sup>2</sup>. Limita al norte con Cerro Blanco y Tula, al sur con Cerro de Santa Ana, Santa María Magdalena y Cerro de la Mesa; al este con Santa María Ilucan y San Lucas y al oeste con el Cerro de la Cruz y el estado de México (Zambrano 2003) (figura 1).

### *Datos sociodemográficos*

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 (INEGI), la población total de San Ildefonso es de 4 423 habitantes, de los cuales el 50.1 % son hombres y el 49.9 %, mujeres. La población de 60 años o más es de 287 habitantes, lo cual representa 6.5 % de la población total de la comunidad.

En cuanto a su origen, del total de la población de San Ildefonso, 97.2 % nacieron en la misma localidad. De éstos, 97.6 % corresponden a los hombres y 96.8 % a las mujeres. Estos datos sugieren que casi la totalidad de la población permanece a lo largo de su vida dentro de la comunidad, es decir, existe poca movilidad hacia otras entidades dentro y fuera del país.

Por otra parte, del total de hogares censales, en el 97.1 % el jefe del hogar habla una lengua indígena. Por lo que respecta a la escolaridad, 7.6 % de la población de 15 años o más es analfabeta, valor ligeramente superior al promedio nacional (6.9 %); existe una diferencia notable por



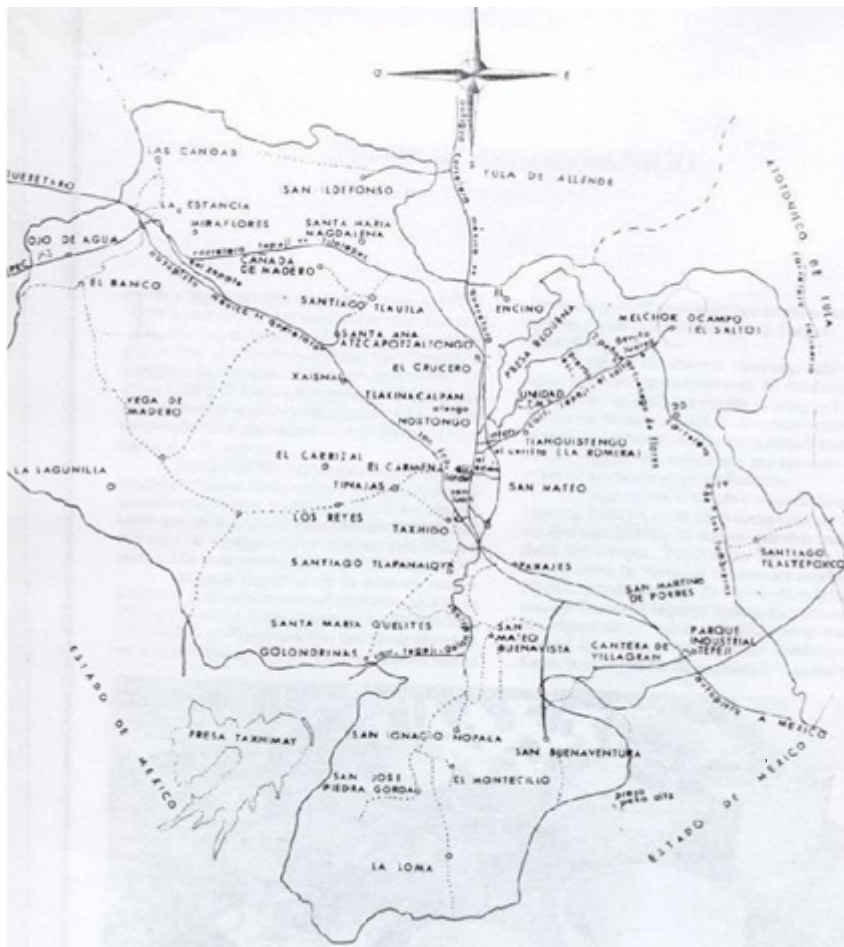


Figura 1. Mapa de Tepeji del Río de Ocampo, por localidades.

género ya que sólo 3.2 % de los hombres de 15 años y más son analfabetas mientras que las mujeres representan el 12 %, es decir, casi cuatro veces mayor que los hombres.

Respecto a la población económicamente activa, ésta constituye el 52 % para San Ildefonso frente al 52.6 % del promedio nacional; tenemos que son valores prácticamente similares. En cuanto a la seguridad social, la población sin derechohabencia a alguna institución de salud

registrada en San Ildefonso es el 27.1 %, contra un 33.8 % del promedio nacional; por tanto, la población derechohabiente corresponde al 72.9 % y al 66.2 %, respectivamente, la cual en San Ildefonso se distribuye de la siguiente manera: 37.9 % al IMSS, 59.6 % al Seguro Popular y 1.6% al ISSSTE, mientras que a nivel nacional las cifras corresponden al 48.8 %, 36.2 % y 8.7 %, respectivamente.

## RESULTADOS

### *Análisis cualitativo*

El trabajo etnográfico incluyó tanto la observación directa como la realización de entrevistas a informantes clave en la comunidad. En el cuadro 1 se presentan los datos generales de las personas entrevistadas.

*Cuadro 1.* Datos generales de los entrevistados.

Nombre*	Sexo	Edad (años)	Estado civil	Ocupación	Lengua que habla
Matilde	Mujer	68	Viuda	Artesana textil	Hñāhñu, español
Salomón	Hombre	85	Viudo	Campesino	Hñāhñu, español
Adrián	Hombre	66	Viudo	Campesino	Hñāhñu
Sebastián	Hombre	75	Casado	Campesino	Hñāhñu, español
Gregoria	Mujer	60	Casada	Comerciante	Hñāhñu, español
Mercedes	Mujer	72	Casada	Campesina	Hñāhñu, español

\*Nota: En resguardo de la identidad de los entrevistados, sus nombres fueron modificados.

Entre las problemáticas de salud en la comunidad detectadas por los entrevistados se encontraron: desabasto de agua potable, contaminación de aire, agua y suelo; alcoholismo de inicio a más temprana edad; presencia de enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, hipertensión arterial y cáncer) y otras, como cataratas, cálculos renales y padecimientos asociados a riesgos en el trabajo.

Respecto a los servicios de salud, en la comunidad se ubica el Centro de Salud que ofrece atención de primer nivel y urgencias las 24 horas del día, al menos un médico privado y varios establecimientos farmacéuticos donde pueden adquirirse medicamentos genéricos y de patente. A unos

10 km de distancia se encuentra el Hospital General de Tula que ofrece consulta de especialidad, hospitalización y urgencias a población abierta; adyacente a éste se encuentra en construcción el Hospital de Oncología. Asimismo, la relativa cercanía con la Ciudad de México y amplias vías de comunicación terrestre facilitan a los habitantes de la comunidad transportarse hasta la capital del país para recibir atención médica.

En cuanto a las creencias y representaciones en torno al proceso salud-enfermedad se detectó: la persistencia de pensamiento mágico (magia por contigüidad y similitud), síndromes de filiación cultural, aires, susto o espanto y daño o maldad, dualidad frío/caliente y creencia en el nahualismo.

En el rubro de las prácticas terapéuticas refirieron el uso de la medicina oficial (institucional y privada) tanto dentro como fuera de la comunidad; el uso de la medicina alternativa, como acupuntura, homeopatía, huesero o quiropráctico y camas coreanas; la incorporación de creencias religiosas, como el espiritualismo trinitario mariano, en el tratamiento de algunas enfermedades y el uso de la medicina tradicional, incluidos la herbolaria, el baño de temazcal, limpias, asistencia por curandero y por partera.

### *Análisis cuantitativo*

Se realizó un estudio descriptivo transversal. Para tal fin, se diseñó y aplicó una encuesta por los mismos autores, con un tiempo de aplicación de 10 a 20 minutos cada una. Se incluyó a personas de 60 años o más, hombres y mujeres, elegidas de manera aleatoria, contactadas en San Ildefonso, Tepeji del Río, Hidalgo, durante los meses de abril y mayo de 2015, que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y a quienes se les comunicó que la información proporcionada sería totalmente confidencial, con resguardo de su identidad y para uso exclusivamente académico.

Se diseñó un cuestionario de respuestas cerradas, tomando como guía la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (Enasem 2015). El instrumento consta de 44 reactivos orientados en cuatro ejes principales: 1) Datos sociodemográficos, 2) Contexto familiar, 3) Datos económicos y 4) Salud. Este último rubro a su vez incluyó los siguientes: 1) Derechohabencia a servicios de salud, 2) Autopercepción de la salud, 3) Morbilidad (enfermedades médicamente diagnosticadas), 4) Síndromes de filiación cultural, 5) Limitaciones físicas y cognitivas, 6) Conductas de

riesgo para la salud, 7) Modelos de atención a la salud, 8) Calidad de la atención y 9) Uso de la medicina tradicional (herbolaria).

La aplicación de este instrumento tuvo por objeto brindar un panorama general del contexto sociodemográfico y familiar de las personas de 60 años o más, habitantes de San Ildefonso, Tepeji del Río, Hidalgo, así como identificar los principales problemas de salud que aquejan a este grupo poblacional, los servicios de salud a los cuales acuden y los recursos terapéuticos tradicionales con los que cuentan para hacerles frente.

Se aplicaron 33 cuestionarios, 21 a mujeres y 12 a hombres. El rango de edad fue de 60 a 98 años, con un promedio general de 70.18 años. El promedio para mujeres fue de 68.61 años mientras que para hombres fue de 72.91 años. La gran mayoría de los encuestados nacieron y han vivido la mayor parte de su vida en San Ildefonso. Llama la atención que ninguno de ellos es separado o divorciado, lo cual sugiere permanencia de la estructura familiar tradicional. De los 33 encuestados solamente un hombre no tuvo hijos; el número promedio de hijos fue 5.9 tanto para hombres como para mujeres. Un caso sobresaliente fue el de una mujer que tuvo 18 hijos. Estos datos indican una elevada fecundidad en este grupo poblacional.

En cuanto a la escolaridad, el nivel máximo de estudios de los encuestados fue de un hombre con secundaria. Las diferencias de género fueron muy marcadas puesto que las mujeres tuvieron menor grado de estudios que los hombres y casi una cuarta parte de éstas no recibieron educación formal. Lo anterior indica que este grupo de edad perteneciente a generaciones anteriores ha vivido en un contexto sociocultural diferente al actual, con menor acceso a la educación escolarizada (cuadros 2 y 3).

En el contexto familiar destaca que la mayoría de los encuestados vive con alguna otra persona, principalmente los hijos. Esto es más notorio para las mujeres, ya que más de tres cuartas partes de ellas viven con sus hijos y son visitadas regularmente por éstos y por sus nietos. En cambio, los hombres son visitados más frecuentemente por hermanos y amigos. Estos hallazgos sugieren la persistencia de roles de género asignados socialmente (cuadros 4 y 5).

Respecto a las características económicas de los encuestados, sobresale que casi la mitad de las mujeres realizan una actividad remunerada, mientras que sólo un bajo porcentaje de los hombres aún trabaja. Para ambos sexos la actividad predominante ha sido como campesino; sin

Cuadro 2. Datos generales de personas encuestadas de 60 años y más, San Ildefonso.

Característica	Categoría	Hombre		Mujer		Total	
		n	%	n	%	n	%
¿Nació en San Ildefonso?	No	1	8.3	1	4.8	2	6.1
	Sí	11	91.7	20	95.2	31	93.9
	Total	12	100	21	100	33	100
¿Siempre ha vivido en San Ildefonso?	No	2	16.7	6	30.0	8	25.0
	Sí	10	83.3	14	70.0	24	75.0
	Total	12	100	20	100	32	100
Actualmente usted es:	Soltero	1	8.3	1	4.8	2	6.1
	Casado	3	25.0	8	38.1	11	33.3
	Unión libre	4	33.3	4	19.0	8	24.2
	Divorciado	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Separado de un matrimonio	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Separado de una unión libre	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Viudo	4	33.3	8	38.1	12	36.4
	Total	12	100	21	100	33	100
¿Tuvo hijos?	No	1	8.3	0	0.0	1	3.0
	Sí	11	91.7	21	100.0	32	97.0
	Total	12	100	21	100	33	100
Nivel Escolaridad	Sin estudios	0	0.0	5	23.8	5	15.2
	Primaria	11	91.7	16	76.2	27	81.8
	Secundaria	1	8.3	0	0.0	1	3.0
	Bachillerato	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Licenciatura	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	12	100	21	100	33	100	

Fuente: Elaboración propia. Trabajo de campo. Abril-mayo 2015.

Cuadro 3. Edad y tiempo de residencia en San Ildefonso de los encuestados.

Característica	Hombre				Mujer			
	n	Mín.	Máx.	Media	n	Mín.	Máx.	Media
Edad al momento de la encuesta	12	60	98	70.7	21	60	91	69.9
Años de vivir en San Ildefonso	11	25	98	68.2	20	20	82	64.9

Fuente: Elaboración propia. Trabajo de campo. Abril-mayo 2015.

Cuadro 4. Contexto familiar de los encuestados de San Ildefonso.

Característica		Hombre		Mujer	
		n	%	n	%
¿Tuvo hijos?	No	1	8.3	0	0
	Sí	11	91.7	21	100
Vive con hijos	No	4	33.3	3	14.3
	Sí	8	66.7	18	85.7
Vive con esposo(a)	No	5	41.7	10	47.6
	Sí	7	58.3	11	52.4
Vive con nietos	No	10	83.3	16	76.2
	Sí	2	16.7	5	23.8
Hermanos	No	12	100	21	100
	Sí	0	0	0	0
Vive solo	No	11	91.7	19	90.5
	Sí	1	8.3	2	9.5
Otros	No	11	91.7	21	100
	Sí	1	8.3	0	0
¿Alguien en el pueblo lo visita con regularidad?	No	1	8.3	1	4.8
	Sí	11	91.7	20	95.2
Hijo(a)	No	3	25	2	9.5
	Sí	9	75	19	90.5
Nieto(a)	No	10	83.3	12	57.1
	Sí	2	16.7	9	42.9
Hermano(a)	No	8	66.7	16	76.2
	Sí	4	33.3	5	23.8
Amigos	No	8	66.7	18	85.7
	Sí	4	33.3	3	14.3

Fuente: Elaboración propia. Trabajo de campo. Abril-mayo 2015.

Cuadro 5. Descendencia y contexto familiar de los encuestados.

Característica	Hombre				Mujer			
	<i>n</i>	Mín.	Máx.	Media	<i>n</i>	Mín.	Máx.	Media
¿Cuántos hijos tuvo?	12	0	9	5.9	21	1	18	5.9
¿Cuántos de sus hijos aún viven?	12	0	8	5.6	21	0	9	5.1
¿Cuántos de sus hijos viven con usted?	12	0	4	1.3	21	0	6	1.6

Fuente: Elaboración propia. Trabajo de campo. Abril-mayo 2015.

embargo, un número importante de mujeres también se ha dedicado al trabajo doméstico fuera de la comunidad. Prácticamente la mitad de los encuestados recibe ayuda económica de los hijos y tres cuartas partes por algún programa gubernamental. Para ambos sexos, un porcentaje bajo refirió recibir ayuda no económica, principalmente en alimentos y cuidados. Cabe señalar que la ayuda recibida en medicamentos es muy baja (cuadro 6).

En relación con la derechohabencia, la gran mayoría de los encuestados refirió contar con un servicio de asistencia médica, principalmente Seguro Popular y, en menor porcentaje, Seguro Social. En cuanto a la autopercepción de la salud, en general las mujeres refirieron gozar de mejor salud que los hombres. Igualmente percibieron su salud igual o mejor que hace dos años, mientras que los hombres refirieron percibirla igual o peor (cuadro 7).

Los principales problemas de salud diagnosticados médicamente en los encuestados fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus y cataratas. Tanto la hipertensión arterial como la diabetes fueron más frecuentes en hombres que en mujeres; en cambio, las cataratas fueron seis veces más frecuentes en mujeres que en hombres. Resulta relevante que las enfermedades que padecen los encuestados sean principalmente crónico-degenerativas y en mucho menor grado infecciosas, lo cual pone de manifiesto los cambios en el perfil epidemiológico en este grupo poblacional (cuadro 8).

Por otro lado, aunque en los sujetos estudiados los síntomas respiratorios fueron poco frecuentes, sería recomendable realizar un estudio con un número mayor de individuos y analizar las causas de mortalidad en la comunidad para evaluar de forma más precisa el impacto de la

Cuadro 6. Características económicas de los encuestados.

Característica <i>n</i>		Hombre		Mujer	
		%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
¿Realiza usted alguna actividad por la cual reciba un pago?	No	10	83.3	11	52.4
	Sí	2	16.7	10	47.6
¿Qué actividad realiza?	Campesino	0	0.0	4	40.0
	Artesano	0	0.0	0	0.0
	Comerciante	2	100.0	5	50.0
	Peón	0	0.0	0	0.0
	Obrero calificado	0	0.0	0	0.0
	Otra	0	0.0	1	10.0
	Campesino	9	75.0	14	66.7
¿Qué actividad realizaba anteriormente?	Artesano	0	0.0	0	0.0
	Peón	1	8.3	0	0.0
	Obrero	2	16.7	0	0.0
	Otro	0	0.0	7	33.3
¿Recibe usted ayuda económica de alguna persona?	No	7	58.3	9	42.9
	Sí	5	41.7	12	57.1
	Hijos	5	41.7	11	52.4
	Hermanos	0	0.0	0	0.0
	Espos(a)	0	0.0	1	4.8
¿De quién?	Conocidos	0	0.0	0	0.0
	Nietos	1	8.3	1	4.8
	Otros	0	0.0	0	0.0
	No	3	25.0	6	28.6
	Sí	9	75.0	15	71.4
¿Recibe usted ayuda económica de algún programa gubernamental?	Prospera	2	16.7	1	4.8
	70 y más	6	50.0	13	61.9
	Procampo	1	8.3	0	0.0
¿Cuál programa?	Oportunidades	0	0.0	1	4.8
	Otros	0	0.0	0	0.0



Cuadro 6 (continuación). Características económicas de los encuestados.

Característica <i>n</i>		Hombre		Mujer	
		%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
¿Recibe usted ayuda no económica de algún programa gubernamental?	No	7	58.3	12	57.1
	Sí	5	41.7	9	42.9
¿Qué tipo de ayuda?	Alimento	3	25.0	6	28.6
	Medicamento	2	16.7	2	9.5
	Ropa	0	0.0	2	9.5
	Cuidados	2	16.7	5	23.8
	Otra	0	0.0	0	0.0

Fuente: Elaboración propia. Trabajo de campo. Abril-mayo 2015.

Cuadro 7. Servicios de salud y autopercepción de los encuestados.

Característica <i>n</i>		Hombre		Mujer	
		%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
¿Tiene usted derecho a algún servicio médico?	No	1	8.3	2	9.5
	Sí	11	91.7	19	90.5
¿Cuál servicio?	IMSS	2	16.7	6	28.6
	ISSSTE	0	0.0	0	0.0
	Pémex	1	8.3	0	0.0
	Sedena	0	0.0	0	0.0
	Seguro Popular	10	83.3	13	61.9
	Seguro médico privado	0	0.0	0	0.0
	Otro	0	0.0	1	4.8
	Excelente	0	0.0	0	0.0
	Buena	3	25.0	10	47.6
Diría que su salud es	Regular	6	50.0	9	42.9
	Mala	3	25.0	2	9.5
	Muy mala	0	0.0	0	0.0
En comparación con hace dos años, usted diría que su salud es	Mejor	1	8.3	4	19.0
	Igual	7	58.3	12	57.1
	Peor	4	33.3	5	23.8

Fuente: Elaboración propia. Trabajo de campo. Abril-mayo 2015.

*Cuadro 8.* Enfermedades diagnosticadas por un especialista médico.

Enfermedad diagnosticada	Hombre		Mujer	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Diabetes mellitus	3	25.0	4	19.0
Hipertensión	5	41.7	7	33.3
Artritis	0	0.0	1	4.8
Gastritis	1	8.3	0	0.0
Infección en vías urinarias	1	8.3	0	0.0
Enfermedades de la piel	1	8.3	1	4.8
Cálculos renales	1	8.3	0	0.0
Cataratas	1	8.3	6	28.6
Dolores de espalda, cintura, rodillas y en los pies	0	0.0	1	4.8
Dolores de huesos	1	8.3	0	0.0
Fatiga	1	8.3	0	0.0
Fibrosis pulmonar	0	0.0	1	4.8
Apendicitis	0	0.0	1	4.8
Osteoporosis en los pies y en las rodillas	0	0.0	1	4.8
Tos	1	8.3	0	0.0

Fuente: Elaboración propia. Trabajo de campo. Abril-mayo 2015.

contaminación ambiental en la salud de sus habitantes. Asimismo, es probable que en individuos más jóvenes los daños a la salud asociados a la exposición crónica a contaminantes ambientales sea mayor que en sujetos de generaciones anteriores, ya que vivieron en dos contextos diferentes, rural e industrial.

Para cada uno de los principales problemas de salud registrados, los encuestados reportaron preferir diferentes opciones de tratamiento. De los 12 individuos que refirieron padecer hipertensión arterial, 6 acudieron sólo al Centro de Salud de la comunidad, 3 se atendieron con médico particular, uno exclusivamente con herbolaria, otro se trató con herbolaria y a la vez acudió al Centro de Salud y uno acudió a médico militar.

De los 7 individuos que refirieron padecer diabetes mellitus, 3 se atendieron en el Centro de Salud, uno se atendió con médico particular

y en el IMSS, otro sólo con médico particular, otro acudió al IMSS y con farmacéutico y uno más se trató con herbolaria. De los que refirieron padecer cataratas, 2 se atendieron con médico particular, uno se atendió en el Hospital General de México, uno en el Hospital de la Luz y otro en el IMSS. Los datos anteriores indican que un número importante de los encuestados prefirieron más de una opción de tratamiento, tanto dentro como fuera de su comunidad, a la vez que incorporaron a los tratamientos prescritos por la medicina oficial el uso de la herbolaria.

De los síndromes de filiación cultural reportados, los más frecuentes fueron mal de ojo, aires y espanto. Cabe señalar que para algunos de los encuestados “mal de ojo” significa padecer cataratas. El mal de ojo fue más frecuente en las mujeres (cuadro 9).

*Cuadro 9.* Algunas enfermedades de filiación cultural.

Enfermedad	Hombre		Mujer	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Susto	1	8.3	0	0
Espanto	1	8.3	2	9.5
Aires	2	16.7	2	9.5
Mal de ojo	1	8.3	5	23.8

Fuente: Elaboración propia. Trabajo de campo. Abril-mayo 2015.

En lo relativo a las limitaciones físicas y cognitivas, llama la atención que las mujeres, en una proporción de cuatro a uno con respecto a los hombres encuestados refirieran haber sufrido una caída que requirió tratamiento médico. En tanto, las limitaciones visuales, auditivas y cognitivas no mostraron diferencias importantes entre ambos sexos (cuadro 10).

Referente a las conductas de riesgo para la salud, llama la atención que ninguna de las mujeres encuestadas reportó haber fumado, mientras que dos terceras partes de los hombres sí lo habían hecho y sólo una pequeña parte de éstos continúan fumando hasta la actualidad. Respecto al consumo de bebidas alcohólicas, las de mayor preferencia fueron tequila, cerveza y en menor grado pulque. Tanto hombres como mujeres mencionaron que el consumo de bebidas alcohólicas era rara vez (cuadro 11).

Cuadro 10. Limitaciones físicas y cognitivas.

Limitación	Hombre		Mujer	
	n	%	n	%
¿Se ha caído de manera que haya necesitado tratamiento médico?	2	16.7	8	38.1
¿Tiene problemas para ver de cerca o de lejos?	7	58.3	10	47.6
¿Escucha usted bien?	11	91.7	17	81.0
¿Tiene dificultad para moverse o caminar?	5	41.7	7	33.3
¿Tiene alguna dificultad para recordar cosas recientes o concentrarse?	4	33.3	7	33.3

Fuente: Elaboración propia. Trabajo de campo. Abril-mayo 2015. Se muestran los datos correspondientes a respuestas positivas.

Cuadro 11. Conductas de riesgo para la salud.

Conducta o característica n		Hombre		Mujer	
		%	n	%	n
¿Usted ha fumado alguna vez?		8	66.7	0	0.0
¿Actualmente fuma?		1	8.3	0	0.0
¿Usted acostumbra beber bebidas alcohólicas?		5	41.7	4	19.0
Diario		0	0.0	0	0.0
¿Con qué frecuencia toma?	Al menos una vez por semana	1	20.0	0	0.0
	Al menos una vez al mes	0	0.0	0	0.0
	Rara vez	4	80.0	4	100.0
Tipo de bebida que ingiere	Pulque	1	20.0	0	0.0
	Cerveza	3	60.0	4	100.0
	Aguardiente	0	0.0	0	0.0
	Tequila	3	60.0	0	0.0
Otras		0	0.0	1	25.0

Fuente: Elaboración propia. Trabajo de campo. Abril-mayo 2015.

En el apartado de la calidad de la atención médica percibida, en general los encuestados refirieron haber recibido un servicio de salud de calidad excelente a buena a nivel particular y en instituciones como Pémex y Hospital Militar, y entre buena y regular en instituciones como Centro de Salud e IMSS (cuadro 12).

*Cuadro 12.* Lugar de atención y calidad de atención autopercibida.

Lugar de atención		Hombre		Mujer	
		n	%	n	%
Farmacéutico	Buena	1	100.0	1	100.0
Curandero tradicional	Buena	1	100.0	4	100.0
	Excelente	0	0.0	1	11.1
Médico particular	Buena	4	80.0	8	88.9
	Regular	1	20.0	0	0.0
Centro de salud	Buena	5	55.6	5	50.0
	Regular	4	44.4	5	50.0
IMSS	Buena	1	100.0	2	28.6
	Regular	0	0.0	5	71.4
Hospital militar	Excelente	1	100.0	0	0.0
	Buena	0	0.0	1	100.0
Pémex	Excelente	1	100.0	0	0.0

Fuente: Elaboración propia. Trabajo de campo. Abril-mayo 2015.

El uso de herbolaria suele ser mucho más frecuente en mujeres que en hombres. La mayoría refirieron recolectar las hierbas medicinales en el campo o comprarlas en algún sitio. Sólo una pequeña parte las cultivan ellos mismos. Finalmente, la mayoría de las mujeres encuestadas recuerdan haber aprendido el uso de la herbolaria de sus padres o abuelos, en tanto que los hombres aprendieron principalmente de otras personas dentro de la comunidad. Sólo dos casos, un hombre y una mujer, reportaron haber aprendido fuera de la comunidad (cuadro 13).

Cuadro 13. Característica de uso de herbolaria.

Característica <i>n</i>	Hombre		Mujer		
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	
¿Con qué frecuencia recurre usted a la herbolaria para tratarse?	Frecuentemente	1	8.3	2	9.5
	Ocasionalmente	3	25.0	7	33.3
	Rara vez	0	0.0	6	28.6
	Nunca	8	66.7	6	28.6
Las hierbas medicinales que usa	Las cultiva usted mismo	1	25.0	1	6.7
	Las recoge del campo	2	50.0	7	46.7
	Las compra en algún sitio	1	25.0	7	46.7
¿Cómo aprendió usted a usar las hierbas medicinales?	Le enseñaron sus padres o abuelos	1	25.0	9	60.0
	Le enseñó alguna otra persona en la comunidad	2	50.0	5	33.3
	Le enseñó alguna persona fuera de la comunidad	1	25.0	1	6.7

Fuente: Elaboración propia. Trabajo de campo. Abril-mayo 2015.

## DISCUSIÓN

La vejez y el envejecimiento constituyen fenómenos complejos cuya comprensión involucra distintos niveles de análisis. A nivel individual, el proceso de envejecimiento conlleva una serie de cambios biológicos en los cuales intervienen factores genéticos, moleculares, bioquímicos y fisiológicos, cuyo resultado final estará modulado por el entorno físico, ecológico y sociocultural en el cual se haya desarrollado el individuo a lo largo de su vida. Cuando las condiciones biológicas, psicológicas y sociales suelen ser favorables –lo cual incluye el apoyo del grupo familiar y social–, el resultado será el llamado “envejecimiento saludable” y, en consecuencia, la persona tendrá oportunidad de gozar una mejor calidad de vida. En cambio, cuando las condiciones de pobreza, abandono y marginación social prevalecen en la historia de vida de las personas, la vejez y el envejecimiento se constituyen en factores que incrementan su vulnerabilidad hacia la enfermedad y el sufrimiento. De la misma manera, los cambios tanto en el estilo de vida como en el medio ambiente físico propios de

las sociedades altamente industrializadas y urbanizadas, inmersas en el fenómeno de globalización, inciden negativamente tanto en el proceso de envejecimiento como en la salud del individuo envejecido.

A nivel social, los cambios en los hábitos de alimentación, sedentarismo, altos niveles de estrés psicoemocional, adicciones y exposición a contaminantes ambientales, propios de las sociedades industrializadas, a su vez modifican los patrones epidemiológicos de las poblaciones, con un aumento cada vez mayor en la frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas, tanto en jóvenes como en ancianos.

La antropología no es ajena a la problemática derivada de la vejez y el envejecimiento, considerados desde su contexto histórico, sociocultural, político y económico. Al contrario, se ocupa activamente en cuestionarse de manera crítica sobre los fenómenos sociales involucrados en el proceso de envejecer y la vejez como un estado particular del ser humano. Con base en el método etnográfico intenta dar respuesta a estas preguntas y propone alternativas viables capaces de incidir en la resolución de estos problemas. Es una tarea y compromiso de la antropología física “profundizar en el estudio de las representaciones y prácticas de la enfermedad y el padecer, tomando en cuenta aspectos emocionales, cognitivos y conductuales, desde una perspectiva biosociocultural” (Ramírez 2014: 137).

Los resultados del presente estudio muestran que el rango de edad de los encuestados fue de 60 a 91 años, es decir, nacieron entre 1924 y 1955, en un contexto nacional y regional predominantemente rural, con una economía basada en la agricultura de temporal, la producción a pequeña escala y el autoconsumo. En este sentido, González (2006) apunta que el proceso de industrialización de Tepeji del Río y otros municipios aledaños inició hacia la década de 1950 a 1960, con un mayor incremento hacia los años ochenta. Esto significa que para entonces los encuestados vivían entre su niñez y principios de la vida adulta. Estas consideraciones resultan relevantes en términos sociales, puesto que el grupo de estudio vivió en condiciones con menor infraestructura urbana, carencia de servicios públicos, vías de comunicación insuficientes, a la vez que contó con menor oportunidad de recibir educación formal y menor acceso a servicios de salud, a diferencia de generaciones recientes. Lo anterior orienta a lo señalado por Vázquez (2010: 329) en torno a la vejez rural tradicional, la cual se asocia a la tradición, costumbres y organización familiar en la que cada miembro contribuye a resolver las necesidades de la unidad

doméstica y donde el anciano es el depositario de la experiencia colectiva y elemento de filiación e identidad familiar.

Respecto al estado civil, prácticamente ninguno de los encuestados o entrevistados era separado o divorciado. Para el caso de los viudos, al menos un hombre se volvió a casar. Lo anterior sugiere permanencia de la estructura familiar tradicional.

Del mismo modo, la actividad económica predominante de los encuestados y entrevistados fue el trabajo agrícola, principalmente el cultivo de maíz en pequeñas parcelas o tierras ejidales. Fueron más mujeres que hombres quienes manifestaron permanecer económicamente activas y quienes en algún momento de su vida salieron a trabajar fuera de la comunidad, principalmente empleadas en el trabajo doméstico. Las diferencias de género también pudieron observarse en otros aspectos. En general, las mujeres manifestaron mejor disposición y apertura para participar en las encuestas y entrevistas, estableciendo mayor comunicación y diálogo.

En el aspecto educativo, se encontró que aunque el nivel de escolaridad de los encuestados fue bajo para ambos sexos, con un máximo de educación secundaria en un solo individuo, existieron marcadas diferencias de género, con mayor rezago en las mujeres y elevados índices de analfabetismo. Estas diferencias son mucho menos marcadas para generaciones más jóvenes. Incluso en lo referente a la educación básica, el nivel de cobertura en la comunidad es mayor al promedio registrado a nivel nacional y estatal, tanto en hombres como en mujeres. Lo anterior remite al contexto sociocultural heredado de generaciones anteriores, donde se privilegia la educación formal para el varón que sale a trabajar, mientras la mujer es preparada para las labores del hogar y la crianza de los hijos. Los datos totales de analfabetismo registrados en San Ildefonso indican que corresponde en su mayor parte a población indígena (97.1 %) y presenta un gran rezago educativo respecto al resto de comunidades indígenas del país. Su ubicación geográfica, cercana a grandes centros industriales y urbanos, son factores que inciden favorablemente en un mayor acceso a la educación. No obstante, la ausencia de educación formal no necesariamente es sinónimo de ignorancia pues, como es sabido, muchos conocimientos útiles para contender con los problemas de la vida diaria son adquiridos a través de la experiencia personal y la tradición oral. Con base en los datos proporcionados por nuestros informantes, se pudo constatar que los saberes de los ancianos en aspectos como el clima



y entorno natural, cultivo de la tierra e incluso en la atención a diversos problemas de salud, han sido adquiridos empíricamente o bien heredados de sus padres y abuelos.

Por otro lado, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), según decreto del *Diario Oficial de la Federación* (2014: 10-11), ha establecido que, de acuerdo con datos de 2012, los municipios con mayor porcentaje de población indígena son los que presentan mayor situación de pobreza, con cifras superiores al 80 %, principalmente en los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz. Para el caso de San Ildefonso, cuya población es mayoritariamente indígena, las condiciones de pobreza y marginación social, tanto registradas por datos del INEGI (2010) como apreciadas por observación directa, son sustancialmente menores que para otras comunidades indígenas.

Lo mismo puede decirse acerca de la seguridad social y acceso a servicios de salud. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2012: 2), la población indígena sin acceso a protección social en salud representó en ese año el 22.1 %, porcentaje por cierto menor al 64.9 % registrado en 2006. La población indígena afiliada al Seguro Popular fue de 61.9 % y la afiliada al IMSS, 10.6 % en 2012. Por su parte, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval 2014: 20) estima que para 2012 el 40.8 % de la población a nivel nacional estaba afiliada al Seguro Popular, en tanto que el 32.1 % estaba afiliada al IMSS; si se comparan estos datos con los reportados por el INEGI (2010) para San Ildefonso, con un índice de afiliación al Seguro Popular de 59.6 % y al Seguro Social de 37.9 %, llama la atención que el porcentaje de afiliados al IMSS en esta localidad es más de tres veces el reportado para otros grupos indígenas e incluso superior que el registrado a nivel nacional. Para el caso de las personas de 60 años o más que fueron encuestadas, el porcentaje de afiliados al Seguro Popular fue de 72.6 % y al Seguro Social, de 22.6 %, valores igualmente más elevados que los registrados para otros grupos indígenas. Lo anterior sugiere que los altos porcentajes de afiliación al IMSS entre los habitantes de San Ildefonso se relacionan con el cambio de actividad económica predominante en esta población, anteriormente constituida por la agricultura de temporal y la actividad pecuaria a pequeña escala y donde en la actualidad predomina el trabajo asalariado en el sector industrial, comercial y de servicios. De la misma manera, los adultos mayores resultan beneficiados por la segu-

ridad social al ser afiliados por sus hijos que actualmente cuentan con un empleo formal.

Respecto a los servicios de salud, se observa que los habitantes de San Ildefonso cuentan con suficiente disponibilidad tanto a nivel institucional como privado. Otro factor es la capacidad de la población para cubrir los costos de la atención médica. Los datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada indican que las personas de 60 años o más de San Ildefonso recurren tanto a la atención institucional como privada, en especial cuando se trata de intervenciones quirúrgicas. Los elevados costos de la atención médica representan una carga demasiado onerosa para aquellas personas en condiciones de vulnerabilidad social, con ingresos económicos precarios y, en muchos casos, limitaciones físicas y cognitivas que les impiden realizar un trabajo remunerado, como es el caso de los adultos mayores. Por tal motivo, el apoyo del grupo familiar y social resulta imprescindible para contender con sus problemas de salud, al proporcionarles ayuda material, atención y cuidado.

Lo anterior puede generar la apreciación de que los habitantes de la comunidad gozan de un adecuado acceso a los servicios de salud y por ende, sus condiciones de salud deberían ser aceptables. La mayor parte de la población cuenta con servicios públicos básicos (agua potable, drenaje, luz eléctrica), los índices de desempleo son menores que el promedio nacional, el porcentaje de la población que goza de seguridad social es mayor que la media nacional y existen unidades médicas suficientes en la proximidad con vías de comunicación hacia los principales centros urbanos: Tula, Tepeji e incluso la Ciudad de México. Sin embargo, la creciente industrialización en la zona conocida como corredor Tula-Tepeji-Apaxco también ha generado graves problemas de contaminación ambiental, con deterioro del aire, agua y suelos, lo cual ha implicado mayores riesgos para la salud de los habitantes, tanto de San Ildefonso como de muchas otras comunidades, como lo han señalado diversos estudios tanto a nivel nacional como internacional.

Entre estos trabajos, Riojas y Zúñiga (2017) reportaron que las partículas  $PM_{10}$  y  $PM_{2.5}$ , presentes en el aire contaminado, se han asociado a reducción de la función pulmonar, agravamiento de asma y bronquitis crónica, EPOC y muerte prematura. Los mismos autores señalan que los hidrocarburos aromáticos policíclicos se han relacionado con efectos tóxicos en el sistema inmunológico, cáncer, leucemia mieloide aguda,

teratogénesis, mutagénesis y aterosclerosis. Entre la literatura internacional, Babadjouni y colaboradores (2017) han documentado, con base en estudios clínicos y epidemiológicos, los efectos adversos de la contaminación aérea urbana en el sistema nervioso central, incluido deterioro en la neurocognición, apoplejía y exacerbación de condiciones neurodegenerativas, como enfermedad de Alzheimer y Parkinson. Esta información resulta preocupante dados los altos índices de contaminación atmosférica reportados en San Ildefonso y los consecuentes riesgos a la salud de sus habitantes.

La devastación que acompaña el llamado desarrollo económico propio de la sociedad occidental, cuyo eje gira en torno al enriquecimiento de unos cuantos, soslayando el bien común, ha puesto en cuestionamiento el mismo concepto de progreso tal y como ha sido concebido en términos meramente materiales. A la vez se han abierto brechas de inequidad e injusticia cada vez mayores entre aquellos que se han apropiado de la riqueza de los pueblos y quienes han sido despojados de sus propios recursos, quedando marginados de lo que por derecho es suyo: su propia tierra, agua, ríos, flora y fauna.

Bien lo externan los *hñähñu* en sus propias palabras: “que cuando volara el fierro y el papel, dejaríamos de escuchar la voz de la tierra, del aire, del agua, del fuego, de... todo lo que hay en el planeta. Otras gentes vivirían y querrían muchos estas dos cosas, el fierro y el papel, serán como el dios para ellos” (Calva 2008).

Si a los riesgos derivados de la contaminación ambiental se agregan cambios en el estilo de vida, mayores niveles de estrés físico y emocional, modificaciones en los hábitos alimenticios, así como el surgimiento de conductas de riesgo para la salud (tabaquismo, alcoholismo, entre otras) en los habitantes de la comunidad, es de esperarse cambios en el perfil epidemiológico de la población con un incremento de enfermedades crónico-degenerativas, como obesidad, hipertensión y diabetes mellitus.

En lo relativo a la conducta adictiva, los resultados del presente estudio muestran que entre las personas de 60 años o más, el tabaquismo ocurre fundamentalmente entre los hombres, en tanto que el consumo de alcohol ocurre en hombres y mujeres. Esta situación representa un importante problema de salud pública, como lo señala la Secretaría de Salud (2001b: 23), ya que la adicción al tabaco incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades cuya atención representa un alto costo en cuanto a la

movilización de recursos materiales y humanos, no sólo para la familia, sino también para el sistema de salud.

A su vez, se ha estimado que en México el abuso de alcohol —por sí solo representa el 9 % del peso total de la enfermedad—, y los padecimientos relacionados con el alcoholismo son causas importantes del nivel de pérdida de años de vida saludable y las consecuentes repercusiones en los ámbitos familiar, laboral y comunitario (Secretaría de Salud 2001a: 19-20). Según estimaciones de la Secretaría de Salud, en el estado de Hidalgo las tasas de mortalidad por cirrosis hepática corresponden al doble que en el resto del país y al triple que en el Valle del Mezquital. Esta instancia señala que entre los otomíes el alcoholismo se remonta a la época de la Colonia y la embriaguez forma parte de experiencias rituales que se mantienen hasta nuestros días, pero que generan graves problemas en las comunidades. Otros estudios realizados en zonas rurales e indígenas de Hidalgo sugieren que el exceso en las tasas de mortalidad por cirrosis hepática no sólo se debe a los altos niveles de consumo de alcohol, sino que intervienen otros factores, como los de tipo genético, infecciones virales y deficiencias nutricionales o el conjunto de ellos (Secretaría de Salud 2001a: 31).

Por lo que respecta a la morbilidad en personas de 60 años o más, los resultados del presente trabajo obtenidos a partir de entrevistas con personal de salud y habitantes de la comunidad, así como por los resultados de la encuesta aplicada, orientan hacia una mayor frecuencia de enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus y cataratas oculares, en este sector poblacional. Los problemas músculo-esqueléticos, enfermedades respiratorias crónicas y cálculos renales también fueron referidos, aunque con menor frecuencia. Llama la atención la elevada proporción de mujeres que refirieron padecer cataratas (28.6 %). Esta situación representa un grave problema de salud y causa de discapacidad, puesto que la catarata ha sido considerada como la causa más frecuente de pérdida visual severa en adultos. Asimismo, se ha encontrado un mayor riesgo de esta afección en diabéticos, personas de edad avanzada, retinopatía diabética de mayor severidad, uso de diuréticos, presión intraocular baja, presión diastólica baja y tabaquismo (Lima y Ríos 2004: 172). La enfermedad no constituye únicamente una entidad nosológica; cada persona, en función de su propia experiencia y de su entorno familiar, social y cultural, percibe su

salud y vive su enfermedad de forma distinta; como lo señalan Bibeau y Corin, citados por Moreno,

el estudio de las experiencias subjetivas de enfermar reafirma la necesidad de contar con una aproximación macro-social para comprender el contexto local, explorando la relación entre los sistemas semiológicos de significados y las condiciones externas que producen la enfermedad, incluido el contexto económico-político y determinantes históricos (Moreno 2007: 69).

Por otro lado, es sabido que existen diversos modelos explicativos en torno al proceso salud-enfermedad en función del contexto sociocultural e histórico que conforma cada grupo humano, los cuales pueden confluir en el interior de una comunidad. Para los pueblos mesoamericanos las representaciones, ideas, creencias, saberes y prácticas terapéuticas con relación a la enfermedad sólo pueden comprenderse desde su propia cosmovisión. Es por ello que la nosología médica actual no tiene equivalente con el concepto y tipos de enfermedades propios de cada cultura. Estos padecimientos –conocidos como síndromes de filiación cultural– aún persisten en muchas poblaciones rurales y urbanas de nuestro país. Otro aspecto a considerar concierne a la dualidad frío-caliente: entre los habitantes de la comunidad queda plasmada como un atributo de ciertos alimentos, cuya ingesta deberá promoverse o evitarse en función de las particularidades fisiológicas o estado de salud-enfermedad del individuo. Ello hace alusión a la noción de equilibrio entre dos polos opuestos en el sentido propuesto por Viesca: “es la capacidad para mantener un orden, es movimiento controlado, es intercambio de sustancias y principios entre las partes del cuerpo y entre éste y el mundo exterior... equilibrio es salud y esto es válido a un nivel cósmico” (Viesca 1997: 162-163).

En relación con la terapéutica, cabe preguntarse si en una comunidad inserta entre grandes centros industriales y urbanos, con una amplia disponibilidad de servicios de salud y donde se ha incorporado una serie de medicinas alternativas, aún se practica la medicina tradicional, concretamente, la herbolaria. Este trabajo sólo puede dar una respuesta parcial puesto que, aunque se ha registrado ampliamente su uso en personas mayores, sobre todo mujeres, actualmente se desconoce qué tanto se practica entre los más jóvenes, que constituyen las nuevas generaciones. Acaso este bien cultural se encuentre en riesgo de desaparecer, lo mismo

que la propia lengua. Por ello es digno de mención que son muchas las voces que pugnan desde dentro y fuera de la comunidad en defensa de un pueblo que lucha por que sea reconocida su identidad étnica, por conservar sus valores, su cultura, sus recursos naturales y su propia tierra.

## CONCLUSIONES

El proceso salud-enfermedad-atención en relación con la vejez y envejecimiento está determinado tanto por el contexto sociohistórico, político, económico y cultural como por el entorno ecológico en el que se desarrollan y viven los individuos y grupos de individuos, y no sólo depende de sus características biológicas. Es por ello que el modelo biomédico resulta insuficiente para explicarlo y abordar los problemas implicados en la pérdida de la salud en este grupo de personas. Por lo tanto, resulta imprescindible una aproximación transdisciplinaria con la participación conjunta de las ciencias biomédicas y sociales, incluida la antropología física, que a la vez involucre a diversos actores sociales: instituciones públicas, iniciativa privada y participación social comunitaria, orientada a diseñar estrategias que incidan favorablemente en las condiciones sociales implicadas en el binomio salud-enfermedad en este grupo de personas, muchas de las cuales viven en situación de marginación y abandono.

Son precisamente los ancianos pertenecientes a las comunidades indígenas aquellos que presentan mayor grado de vulnerabilidad social. Sin embargo, también son poseedores de saberes, adquiridos muchas veces por la tradición oral, cuya práctica les ha permitido contender con la enfermedad e incluso restablecer el equilibrio que ha mermado su salud, en el marco de su propia cosmovisión. Sin embargo, al no existir un registro escrito de los saberes en torno a la enfermedad y terapéutica, se corre el riesgo de la pérdida de los mismos, de ahí la necesidad de salvaguardar el patrimonio cultural indígena. A lo largo de su historia, cada comunidad indígena ha vivido su propio proceso de aculturación, por medio del cual incorpora y asimila una variedad de elementos culturales procedentes del exterior. De esta forma, las representaciones, ideas, creencias, saberes y prácticas curativas en torno a la enfermedad no son estáticos, sino que se encuentran en continua transformación.

Para el caso de la comunidad *hñähñu* de San Ildefonso, las transformaciones sociales ocurridas en las últimas décadas, asociadas a un alto

grado de industrialización y urbanización, le han propiciado un mayor desarrollo económico y social, a la vez que han generado un mayor deterioro del entorno ecológico, lo que origina nuevos riesgos a la salud. Actualmente, los habitantes de la comunidad cuentan con una amplia disponibilidad y acceso a servicios de salud, institucionales y privadas; del mismo modo, utilizan una variedad de medicinas alternativas. El uso de la medicina tradicional, en especial la herbolaria, sigue vigente, a pesar de la amplia oferta de otros recursos terapéuticos. Los ancianos –y en especial las mujeres– son los principales conocedores de las propiedades curativas de las plantas medicinales.

Existe un uso diferencial por las personas de 60 años o más de los distintos recursos terapéuticos, oficiales, alternativos o tradicionales, según el tipo y severidad de la enfermedad: se prefiere la medicina oficial para el tratamiento de padecimientos de mayor gravedad o quirúrgicos; para el caso de enfermedades crónicas, como diabetes, hipertensión, trastornos músculo-esqueléticos y otros, además de los síndromes de filiación cultural, es frecuente el uso de herbolaria.

En las inmediaciones de la comunidad de San Ildefonso existe una amplia variedad de especies vegetales endémicas con propiedades medicinales, lo cual indica una importante biodiversidad en la región y a la vez representa una aportación al patrimonio biocultural nacional. De ahí la importancia de preservarlo y protegerlo, promoviendo acciones de educación ambiental que involucren a los diversos actores sociales.

Finalmente, cabe resaltar que dentro y fuera de la comunidad existe gente que está realizando grandes esfuerzos por fortalecer y perpetuar los diferentes elementos que conforman la identidad étnica de este pueblo *hñähñu*.

## REFERENCIAS

ALVARADO OROZCO, MALINALI Y VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ

- 2006 “Prevalencia y factores de riesgo para polifarmacia en adultos mayores del Valle del Mezquital, Hidalgo”, *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 37 (4): 12-20.

ARGANIS JUÁREZ, ELIA NORA

- 2001 *El padecer de los adultos mayores con diabetes*, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 4 (1): 10-14.

BABADJOUNI, ROBIN M., DREW M. HODIS, RYAN RADWANSKI, RAMON DURAZO, ARATI PATEL, QINGHAI LIU Y WILLIAM J. MACK

2017 “Clinical effects of air pollution on the central nervous system; a review”, *Journal of Clinical Neurosciences*, 43: 16-24

BAUTISTA AGUILAR, NATALIA

2014 Saberes y prácticas en torno al proceso salud/enfermad/atención entre habitantes del Mezquital, Hidalgo, *Cuicuilco*, 21 (59): 121-144.

CABRERA CRUZ, RENÉ, BERNARDO ELÍAS, ALBERTO JOSÉ GORDILLO MARTÍNEZ Y ÁLVARO CERÓN BELTRÁN

2003 “Inventario de contaminación emitida a suelo, agua y aire en 14 municipios del estado de Hidalgo, México”, *Revista Internacional de Contaminación Ambiental*, 19 (4): 171-181.

CALVA REYES, ADELA

2008 “Ra huara ra hiä. Alas a la palabra”, Programa de Acciones Culturales Multilingües y Comunitarias-Gobierno del Estado de Hidalgo, San Idefonso Chantepec.

CASTREJÓN CABALLERO, JOSÉ LUIS

2010 “Envejecimiento, condiciones de salud y redes familiares de la población indígena mexicana en los albores del siglo XXI. Características a nivel nacional y estudio de caso en una comunidad náhuatl de la Sierra Norte de Puebla”, tesis, El Colegio de México, México.

COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

2014 “Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014-2018”, *Diario Oficial de la Federación*, 30 de abril.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL

2014 [en línea] *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de los afiliados al Seguro Popular*, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, México, disponible en: <<http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf>> [consulta: 26 de agosto de 2018].



## ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN

- 2012 [en línea] *Evidencia para la política pública en salud. Inequidad persistente en salud en los pueblos indígenas: retos para el sistema de protección social*, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, disponible en: <<http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Indigenas.pdf>> [consulta: 26 de agosto de 2018].

## ENCUESTA NACIONAL SOBRE SALUD Y ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO

- 2015 [en línea], *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (Enasem)*, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, disponible en: <<https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2015/>> [consulta: 26 de agosto de 2018].

## GONZÁLEZ PÉREZ, CYNTHIA

- 2006 “Proceso de industrialización del municipio de Tepeji del Río de Ocampo en el estado de Hidalgo para los períodos de 1950 a 1970 y de 1980 a 2000”, tesis, Instituto de Ciencias Económico-Administrativas, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, San Juan Tilcuautla.

## GUTIÉRREZ SANTIAGO, JAIME ÁNGEL

- 2011 “Cuando el cuerpo de vencida. La vejez y la vida cotidiana de mujeres y hombres mayores de 60 años, en una comunidad rural de Veracruz”, tesis, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

## INSTITUTO NACIONAL DE ECOLOGÍA Y UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-IZTAPALAPA

- 2008 [en línea] *Diagnóstico de compuestos orgánicos volátiles y H<sub>2</sub>S en aire ambiente en la zona de Tula-Vito-Apaxco*, Instituto Nacional de Ecología y Cambio Climático, disponible en: <[http://www.inecc.gob.mx/descargas/dgcenica/2008\\_estudio\\_cenica\\_h2s.pdf](http://www.inecc.gob.mx/descargas/dgcenica/2008_estudio_cenica_h2s.pdf)> [consulta: 26 de agosto de 2018].

## LIMA GÓMEZ, VIRGILIO Y LAURA CRISTINA RÍOS GONZÁLEZ

- 2004 [en línea] “Opacidad de cristalino en diabéticos. Prevalencia y asociación con deficiencia visual y retinopatía”, *Cirugía y Cirujano*, 72: 171-175, disponible en: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2004/cc043c.pdf>>.

## MORA, GABRIELA DE LA

- 2012 [en línea] “Instalación de refinerías en la región de Tula en Hidalgo: análisis desde la modernidad”, *Estudios Sociales*, X (40): 179-210, disponible en: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/estsoc/v20n40/v20n40a7.pdf>>.

## MORENO ALTAMIRANO, LAURA

- 2007 [en línea] “Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica”, *Salud Pública en México*, 49: 63-70, disponible en: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n1/a09v49n1.pdf>>.

## RAMÍREZ VELÁZQUEZ, JOSEFINA

- 2014 “La antropología física desde los márgenes. Una forma de resistencia y de compromiso”, *Dimensión Antropológica*, 21 (60): 127-140.

## REYES GÓMEZ, LAUREANO

- 2002 *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque*, Universidad Autónoma de Chiapas-Universidad Nacional Autónoma de México, México.

## RIOJAS, HORACIO Y PAMELA ZÚÑIGA

- 2017 *Efectos en la salud por la contaminación atmosférica en México*, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

## SALGADO DE SNYDER, V. NELLY Y REBECA WONG

- 2006 *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

## SECRETARÍA DE SALUD

- 2001a [en línea] *Programa de acción: adicciones. Alcoholismo*, Secretaría de Salud, disponible en: <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/alcoholismo.pdf>> [consulta: 26 de agosto de 2018].
- 2001b [en línea] *Programa de acción: adicciones. Tabaquismo*, Secretaría de Salud, disponible en: <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/tabaquismo.pdf>> [consulta: 26 de agosto de 2018].

VÁZQUEZ PALACIOS, FELIPE

- 2010 “Ruralidad y vejez”, en *Envejecimiento y salud. Una visión transdisciplinaria*, Instituto Nacional de Geriátría, México: 325-334.

VIESCA TREVIÑO, CARLOS

- 1997 *Ticlotl. Conceptos médicos de los antiguos mexicanos*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

ZAMBRANO, JOSÉ ANTONIO (COMP.)

- 2003 *Monografía de Tepeji del Río, Hidalgo*, Archivo Fotográfico de Tepeji del Río, Tepeji del Río.