

Envejecimiento, Salud y Bienestar en los Adultos Mayores Indígenas del Ecuador¹

William F. Waters, Ph.D.,² Carlos Andres Gallegos, M.A.³

Resumen

El envejecimiento de la población ecuatoriana representa un desafío para los sistemas políticos, económicos y de salud. En el imaginario social ecuatoriano, la comunidad y la familia son estructuras de protección social para los más vulnerables, especialmente las personas adultos mayores (PAM). Sin embargo, esta función no siempre se cumple a cabalidad; un tercio de las PAM viven solos o con su cónyuge, y un tercio vive en condiciones de pobreza o pobreza extrema--proporción que asciende a dos tercios en la Sierra rural, donde vive la mayoría de las PAM indígenas.

Este trabajo reporta los resultados de una investigación cualitativa en la sierra ecuatoriana con el objetivo de analizar la salud y el bienestar de las PAM indígenas en el contexto de la comunidad y familia; replanteando el papel de estas estructuras sociales dentro del mundo indígena, y cuestionando la presunción enraizada en el imaginario de que prestan una protección particularmente fuerte a sus miembros. Según la encuesta nacional de salud y bienestar de las PAM en el Ecuador (2010), el 10,4% se identifican como indígenas, pero 53,2% de ellos vive en condiciones de indigencia, con acceso inadecuado a servicios básicos y malas condiciones de salud.

Esta investigación demuestra que, lejos de disfrutar de un envejecimiento satisfactorio, las PAM indígenas son vulnerables en términos de su salud y bienestar; experimentan un proceso similar de inevitable deterioro físico que otras PAM, que se vuelve dramático cuando está acompañado de condiciones de extrema pobreza, y la frecuente carencia de un apoyo adecuado de la familia y la comunidad. Por lo tanto, sufren de un fuerte sentido de pérdida de identidad y auto valoración. Se concluye que en la familia y comunidad indígena, no siempre se vela por la salud y bienestar del adulto mayor, y que se requiere un análisis profundo de sus condiciones.

¹ Trabajo presentado en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Montevideo, Uruguay, del 23 al 26 de octubre de 2012.

² Instituto de Investigación en Salud y Nutrición, Universidad San Francisco de Quito; Quito, Ecuador. wwaters@usfq.edu.ec

³ Australian National University; Canberra Australia e Instituto de Investigación en Salud y Nutrición, Universidad San Francisco de Quito; Quito, Ecuador. carlosandresgriofrio@gmail.com

1.0. INTRODUCCIÓN

Hace medio siglo, el activista norteamericano Michael Harrington denunció que “la otra América” había quedado en el olvido y el abandono. Constituida principalmente por poblaciones rurales de los Estados Unidos, esta “otra América” no solamente era muy pobre, sino también casi invisible. Pensando en los adultos mayores indígenas que viven principalmente las áreas rurales del continente de las Américas, el comentario de Harrington (1962: 13) es todavía relevante:

Un buen número de [los pobres] tienen sesenta y cinco años o más. . . Los miembros mayores de la otra América frecuentemente son enfermos y no pueden moverse. Otro grupo de ellos vive toda su vida en aislamiento y frustración; se quedan sentados en cuartos arrendados o en una casa en un barrio que se ha cambiado completamente desde los tiempos del pasado. De hecho, uno de los peores aspectos de la pobreza entre los adultos mayores es que estas personas están fuera de la vista y de la mente, y están solas.

El presente documento demuestra que las PAM indígenas de la sierra ecuatoriana no siempre disfrutaron de una vejez saludable, lo cual es preocupante en vista de que este segmento poblacional vive en condiciones socioeconómicas y de salud muy desfavorables. Para el efecto, este trabajo presenta los resultados de una investigación cualitativa realizada en comunidades indígenas de la sierra ecuatoriana con el propósito de determinar las percepciones de salud y bienestar sobre: (i) el significado del proceso de envejecimiento frente a las actividades económicas actuales y del pasado, (ii) las condiciones de salud y bienestar, (iii) el acceso a servicios de salud y la calidad de los mismos y (iv) el apoyo social que brindan la familia y la comunidad al adulto mayor indígena. Participaron personas de 60 años o más de edad que se identificaron como indígenas. En su mayoría son kichwa⁴ hablantes, y en numerosos casos señalaron al español como segundo idioma.

Como punto de partida, se consideran los resultados de SABE I, la primera encuesta nacional de salud, nutrición y bienestar de las PAM ecuatorianas (Freire et al., 2010) y los datos del censo poblacional de 2010. Este análisis demuestra que una proporción importante de las PAM vive en condiciones socioeconómicas de pobreza y con un apoyo inadecuado o parcial de

⁴ Los kichwa son el grupo indígena más grande del país; se encuentran en toda la zona andina. También se escribe quichua y quechua.

la familia y la comunidad, y que por lo tanto experimenta condiciones de salud no consistentes con el concepto de envejecimiento activo y saludable.

Al igual que sus países vecinos, el Ecuador se encuentra en franco proceso de transición demográfica y epidemiológica lo que significa que la población está envejeciendo. Desde el año 1975, la tasa de fertilidad se ha reducido en 50% mientras la expectativa de vida al nacer ha aumentado de 55 a 75 años. Por lo tanto, mientras las PAM representaron apenas el 4,3% de la población total en 1970 y el 6,7% según el censo de 2010, para el año 2050 serán el 17,5% de todos los ecuatorianos. Al mismo tiempo, se observa la transición epidemiológica, a través de la cual, las enfermedades crónicas asociadas con la edad se han convertido en las causas principales de mortalidad (INEC, 2011).

Frente a las dos transiciones, es relevante analizar el estado de salud y bienestar de las PAM, ya que se debe prever las consecuencias sociales y económicas del envejecimiento, y pensar en cómo promover un envejecimiento activo y saludable, que cuente con servicios de salud adecuados y apropiados para las necesidades de las PAM. El desafío es aun más problemático porque se ha establecido que una proporción sustancial de esta población vive en condiciones que están lejos de ser óptimas, y lo más revelador es que las condiciones de salud son en muchos casos mucho peores de lo que se había pensado (Freire et al. 2010, 2011). El escenario es todavía más complejo por la heterogeneidad sociocultural de la población ecuatoriana, especialmente en lo que se refiere a la diversidad étnica. En este contexto, la población indígena es de interés especial por sus características propias, y porque viven en promedio en condiciones de pobreza y con un deficiente estado de salud.

En los mejores de los casos, el envejecimiento presenta una serie de desafíos a nivel individual y colectivo debido a los procesos inevitables de deterioro físico, cognitivo, emocional y mental. Más aún, el envejecimiento y la etnicidad imponen una doble carga en los pueblos indígenas. En el Ecuador, los indígenas experimentan efectos similares de deterioro que los miembros de otros grupos poblacionales, pero los efectos de esos procesos son exacerbados por los bajos ingresos, niveles de educación formal y otros componentes del estado socioeconómico que caracterizan a estos pueblos. A esto se agregan condiciones desfavorables de salud, y la vida rural que en sí misma representa el hallarse en lugares relativamente aislados, en donde las distancias son considerables y las barreras de transporte separan personas, familias y

comunidades del acceso a servicios públicos. En particular, el acceso a los servicios de salud es frecuentemente muy problemático (Kumar y Acanfora, 2001).

1.1. Etnicidad, salud, pobreza y envejecimiento

En América Latina, la etnicidad está fuertemente asociada con la pobreza, desigualdad y exclusión social (Gacitúa et al., 2001; Hall y Patrinos, 2006), y en el Ecuador, la probabilidad de ser pobre es más alta en los grupos indígenas que en el resto de la población (Larrea y Montenegro, 2006). Una literatura voluminosa documenta las múltiples interrelaciones entre pobreza, desigualdad y malas condiciones de salud (Leon y Walt, 2001; Price-Smith, 2002; World Bank, 2006). Las condiciones de género en el envejecimiento agregan niveles adicionales a la complejidad de estas interrelaciones (Salgado-de Snyder et al., 2007).

El acceso a los servicios de salud y el estado de salud en sí mismo son aspectos fundamentales en la relación entre la etnicidad indígena y la pobreza en América Latina; en el sentido de que los pueblos indígenas de la región experimentan un acceso inadecuado y limitado a servicios de la salud y en promedio padecen de un estado de salud inferior a otros grupos poblacionales (Hall y Patrinos, 2006; Montenegro y Stephens, 2006; PAHO, 2006).

En la actualidad, hay en el Ecuador 1.341.664 personas con 60 años de edad o más. El 7% de la población total se identifica como indígena (INEC, 2011) mientras según el estudio SABE I, el 10,4% de las PAM⁵ se identifican como indígenas. Según el mismo estudio, se observa una diferencia importante con respecto a la distribución regional de las PAM indígenas, quienes conforman 36.5% del total en la Sierra rural, pero sólo el 6.4% en la Sierra urbana, el 2.4% en la Costa urbana y el 2.8% en la Costa rural (Freire et al., 2010:70). Considerada desde otra perspectiva, el 6.0% de la población indígena tiene 65 años o más de edad y el 8.6% tiene 60 años o más.

Las condiciones socioeconómicas desfavorables de los indígenas de América Latina se presentan también en el Ecuador. Una de los hallazgos principales de la investigación SABE I es que existe una población sustancial de PAM en el Ecuador que se encuentra en condiciones alarmantes de vulnerabilidad, como resultado de las condiciones sociales en las que viven. Dado que la población indígena tiende a caracterizarse por altos niveles de pobreza, no sorprende

⁵ Al igual que en los otros estudios SABE, las PAM comprende las personas de 60 años de edad o más.

observar que estas condiciones son particularmente agudas en los adultos mayores de dicha población.

Es así que mientras 22.8% de las PAM ecuatorianos reportan que viven en condiciones sociales buenas o muy buenas, solo 6.5% de los adultos mayores indígenas dicen lo mismo. Al otro extremo, mientras 23.4% de las PAM ecuatorianas viven en condiciones sociales de indigencia, más de la mitad (53.2%) de las PAM indígenas son indigentes (Freire et al., 2010:70). Esto quiere decir que aproximadamente 62.000 PAM indígenas viven en condiciones de indigencia en el país. Asimismo, es notorio el bajo nivel de educación formal en las PAM. Sin embargo, esta característica es aún más impactante en las PAM indígenas; mientras la media de años de escolaridad es 5.2 años para todos, es sólo 3.4 años para indígenas. Por lo tanto, las PAM indígenas tienden a ser analfabetos funcionales en mucha mayor proporción que los miembros de otros grupos poblacionales. Es así que según datos no publicados de SABE I, mientras el 71.2% de todos los adultos mayores (incluyendo 75.1% de los blancos y 75.7% de los mestizos) reportan que pueden leer y escribir un recado o mensaje, sólo 37.2% de los indígenas dicen que pueden hacer lo mismo.

Partiendo de este análisis, el presente estudio planteó la necesidad de entender cómo las PAM indígenas de la sierra ecuatoriana experimentan el proceso de envejecimiento y cómo acceden a servicios de salud; dado que los efectos del envejecimiento de los indígenas ecuatorianos están asociados con especificidades sociales y culturales. Entre las normas y valores tradicionales más relevantes están la interacción y apoyo a nivel de la familia y comunidad, factores asociados--en una variedad de ámbitos culturales--a la salud, bienestar y longevidad (Bowling, 2009; Ertel et al., 2009).

En la comunidad indígena de la sierra ecuatoriana, los vínculos sociales tradicionalmente han sido muy fuertes, y esencialmente definen el capital social, es decir, relaciones entre actores de similares niveles socioeconómicos y políticos, y relaciones con actores externos en diferentes niveles socioeconómicos y políticos. En estas comunidades, se construye y se mantiene el capital social de vinculación a través de la participación activa en las actividades colectivas, especialmente en los trabajos comunales (*mingas*); la participación puede transformarse (a través de un aporte simbólico) o puede interrumpirse por los efectos del envejecimiento.

En este contexto, el envejecimiento saludable debería estar asociado con la continuación de las relaciones familiares y funciones comunitarias. Sin embargo, en el contexto

contemporáneo, estos componentes críticos de la vida de las PAM indígenas, no siempre están disponibles. En consecuencia, se observa evidencia de cambios en la construcción de la identidad y la asimilación de la edad asociados con el deterioro en la salud física, emocional y mental. Esto es importante porque hay una red de vínculos emocionales del adulto mayor (personas, lugares y objetos) que son fundamentales en la salud y bienestar.

2.0. METODOLOGIA

La investigación cualitativa se enfoca en el entendimiento de las percepciones, opiniones y conceptos que guían la acción individual y colectiva. A través de la aplicación de diferentes métodos de campo, se recopilan, organizan, validan y analizan los datos (Patton, 2002; Strauss y Corbin, 1998). Los enfoques cualitativos son particularmente apropiados cuando la pregunta central es “¿porqué?” y no “¿cuánto?” Asimismo, la investigación cualitativa sobre temas relacionados a la salud pública es apropiada porque ayuda a tomar decisiones e identifica cursos de acción en base a factores complejos y sutiles que no siempre pueden ser medibles a través de los métodos cuantitativos (Ulin et al., 2006).

Se han aplicado, por un lado, métodos cualitativos para investigar diversos aspectos del envejecimiento y para entender las interacciones complejas entre las percepciones, creencias y opiniones, y por otro lado, para investigar el acceso a los servicios de salud y las condiciones de salud en las PAM (Cloos et al., 2010; Russell, 2009); especialmente cuando se considera la salud emocional y mental (Gallegos y Jara, 2007; Gibson et al., 2004; Hinton, 2010)

El trabajo de campo consistió en discusiones de grupos focales, entrevistas con informantes claves y observaciones estructuradas. El grupo focal provee un ambiente seguro en el que los participantes conversan sobre lo que saben, piensan y sienten con respecto a un tema enfocado; dicho proceso permite una discusión abierta e interactiva de percepciones, opiniones y creencias (Krueger y Casey, 2000). En el presente estudio, se realizaron grupos focales en cuatro zonas geográficas distribuidas a lo largo de la Sierra ecuatoriana. Los criterios de inclusión fueron la auto-identificación como indígena y tener una edad de al menos sesenta años. La metodología cualitativa no se basa en la selección de muestras representativas; más bien, se escogen participantes porque tienen características que corresponden a las dimensiones del estudio.

Asimismo, en lugar de determinar un tamaño de una muestra, el objetivo es llegar al punto de saturación teórica en donde la información que se está recopilando ya no es nueva, es decir, repite lo que ya se ha encontrado. En el presente estudio, se reclutaron los participantes para grupos focales según las características mencionadas (PAM en la población indígena de la sierra ecuatoriana) e informantes claves por sus conocimientos y experiencia con este segmento de la población.

En el Ecuador, como en los otros países andinos, existen diferentes definiciones sobre quién es indígena, y por lo tanto, cuántos indígenas hay y qué proporción de la población es indígena. Una de las definiciones más citadas es del Convenio 169 de la Organización Internacional de Trabajo (1989), que define los pueblos indígenas en términos de estilos de vida tradicionales, cultura y modo de vida diferente que otros segmentos de la población nacional, organización social e instituciones políticas propias y una continuidad histórica en un área específica que fue habitada antes de la llegada de otras personas. En base a esta definición y el indicador utilizado en el censo de población en el Ecuador, los participantes fueron aquellos con 60 años o más de edad que se identificaron como indígenas.

Los grupos focales fueron realizados por un equipo de dos profesionales ecuatorianos: uno exclusivamente hispanohablante y una mujer indígena que habla kichwa y español. Se realizaron los grupos focales en el idioma de preferencia de los participantes. Las discusiones duraron un promedio de una hora y media, e incluyeron ocho preguntas semi-estructuradas. Se tradujo de kichwa a español aproximadamente la mitad de los grupos focales, y se prestó especial atención a esto para que lo dicho por los participantes se exprese en sus términos y no en los de los investigadores; el abordar aspectos lingüísticos constituyó una de las experiencias importantes de este trabajo. Se grabaron las discusiones y se tomaron notas detalladas; de estas fuentes el resultado fue un compendio de transcripciones en español.

Las cuatro zonas en donde se hizo esta investigación se seleccionaron porque tienen altas proporciones de residentes indígenas y por un tema de distribución geográfica en la sierra ecuatoriana. Las cuatro zonas son: (i) Cotacachi, en la provincia de Imbabura en la Sierra norte, (ii) Tabacundo y Cayambe en la provincia de Pichincha, cerca a la ciudad de Quito, (iii) Flores y Colta en la provincia de Chimborazo en la Sierra central y (iv) Saraguro, en la provincia de Loja en la Sierra sur. En total, se realizaron 15 grupos focales (cinco con hombres, cinco con mujeres y cinco mixtos); de ellos, se condujeron siete discusiones en español y ocho en kichwa. Además,

se realizaron 10 entrevistas con informantes claves con PAM indígenas, dirigentes de comunidades, profesionales locales de salud, y conocedores de la salud tradicional.

Se analizaron las transcripciones a través de un proceso de codificación en tres etapas. Primero, la codificación abierta identifica conceptos básicos atribuidos por los participantes. Segundo, la codificación de ejes permite el desarrollo de categorías y propiedades subyacentes. Tercero, la codificación selectiva integra y refina los temas principales y las interrelaciones entre ellos, de tal forma que los factores claves emergen (Strauss y Corbin, 1998).

Un total de 148 personas (58 hombres y 90 mujeres) participaron en los 15 grupos focales realizados. Su edad media fue de 70.1 años y tuvieron un promedio de solamente 1.27 años de educación formal. Vale destacar que, de los 148 participantes, 79 (53,4%) nunca estudiaron, mientras solamente dos habían estudiado por ocho años o más. La agricultura fue la ocupación principal (actual o en el pasado) de 126 participantes (85.1%)

3.0. RESULTADOS

Cuatro temas principales emergen del análisis de los datos cualitativos sobre los adultos mayores de las comunidades indígenas de la sierra ecuatoriana: (i) el significado del envejecimiento, (ii) el estado de salud y bienestar, (iii) acceso a servicios de salud y (iv) las redes sociales de apoyo a la salud y el bienestar. Analizamos estas dimensiones y los factores asociados a ellas en este acápite.⁶

3.1. El significado del envejecimiento

Fue para esta investigación muy importante entender cómo las PAM indígenas perciben el proceso de envejecimiento. Las percepciones expresadas representan cinco dimensiones estrechamente relacionadas entre sí: (i) el envejecimiento como la incapacidad para trabajar y consecuente pérdida de identidad y autoestima, siendo el trabajo en la tierra el centro de la vida indígena en el medio rural, (ii) la pérdida de fuerza física y la creciente dependencia, (iii) el envejecimiento como un proceso inevitable de deterioro, (iv) el envejecimiento como una disminución del valor ante los ojos de la comunidad y (v) el envejecimiento como causa de tristeza y depresión.

⁶ Presentamos las palabras exactas de los participantes en los grupos focales. El código consiste en el numero grupo focal, el numero del participante su sexo.

La vejez como incapacidad de trabajar. Se encontró una percepción prácticamente unánime en el sentido de que para los participantes de los grupos focales, envejecer es equivalente a no poder trabajar con la misma capacidad que antes. Tanto los hombres como las mujeres reportaron que cuando eran más jóvenes, podían trabajar más horas, cargar mucho y más pesado, y cumplir cabalmente con cuantiosas tareas dentro de la familia y la comunidad. Ya que la gran mayoría de los participantes trabajaban (y en muchos casos siguen trabajando) en la agricultura y la ganadería, en la relación con la tierra, como elemento que satisface necesidades, el concepto de trabajo es fundamental; en la lógica indígena se entiende como un intercambio en el que la tierra provee siempre y cuando se le dé, y lo que se le da es fundamentalmente trabajo (*randy-randy*: tú me das, yo te doy).

En este contexto, el trabajo es un elemento central en la identidad; se percibe que el valor de la persona se basa en su capacidad de trabajar no sólo porque es necesario para poder dar sustento a su familia, sino porque es una parte integral de su propia identidad. Adicionalmente, se percibe que la capacidad de trabajo es importante en la valorización de los demás, particularmente en la comunidad. Para los participantes en los grupos focales, el no poder trabajar como antes produce un gran sentido de pérdida.

Por eso yo me siento así; porque no tengo donde trabajar. Cuando tengo donde trabajar estoy tranquilo, pero cuando no tengo, hasta el sueño se me quita. ¿A dónde voy a trabajar? me digo. Mi quita el sueño me siento apenado. Es mi vida. 12.1.H.

Un elemento esencial de la identidad que va mano a mano con la capacidad de trabajar es que ya no se puede caminar como en años anteriores. Esta característica no es sorprendente porque la vida cotidiana centrada en el trabajo incluye la necesidad de trasladarse de un lugar a otro; frecuentemente por largas distancias en una topografía muy irregular y en donde la única manera de hacerlo era (y es) caminando.

Ya no se puede andar; no ya valor para andar. La vejez ya nos vence; yo por mi digo que no puedo andar. 7.4.M.

El trabajo es tan central a la identidad de las PAM indígenas que se reporta que, mientras se tiene la más mínima capacidad de mantener una vida productiva, se sigue trabajando en lo que

se puede, y cuando ya no se puede, hay un efecto devastador en la autoestima. Se percibe que ya no es posible proveer a la familia, hay mayor dependencia, y la estima desde la comunidad se erosiona. En la gran mayoría de los casos, las PAM indígenas no recibieron una educación formal (haber asistido al menos por uno o dos años a la educación básica) porque la expectativa en todos sus referentes (padres o dueños de las haciendas en algunos casos) fue que lo que importaba era el trabajo manual, y por tanto aprender oficios como el trabajar la tierra y el cuidado de los animales.

La vejez como la pérdida de fuerza y una creciente dependencia. La pérdida progresiva de la capacidad de trabajo está asociada con la percepción del envejecimiento como un sentido de cansancio permanente y la pérdida de la fuerza física, la visión y el oído y la memoria.

Antes cuando éramos jóvenes, aun cuando no mucho, ahí trabajábamos sin ningún problemas, y ahora cuando somos viejos, ahí viene la enfermedad, los dolores del cuerpo, de los huesos, tanta cosa. Ahora ya sentimos cansados; ya no somos como en la juventud . . . 9.2.H.

Ya cuando uno está viejo no puede caminar; no puede hablar. Antes cuando era joven trabajaba de peón, pero ahora nadie nos quiere llevar porque somos ancianos. Dice que ya no valemos para trabajar. 10.4.H

Una percepción relacionada al envejecimiento es que con la vejez y la pérdida de fuerza física, se regresa a un estado similar a la niñez, caracterizada por una creciente dependencia en otras personas; porque uno no tiene la capacidad individual necesaria para el auto cuidado.

La vejez es lo mismo que un niño que empieza a caminar: se cae se levanta, se cae y se levanta. Entonces a eso se llaga la persona; se puede sentir de los 60 años en adelante. No tienen la capacidad de tomar la palabra; entonces, regresamos como un niño: un niño habla como oye a los papas y eso es la vejez. Se va terminando la mente, los oídos. Entonces para nosotros, la vida esa como de los niños. 8.5.H.

El envejecimiento como un proceso inevitable de deterioro. Una dimensión adicional es que se percibe que el envejecimiento es un proceso progresivo e inevitable de deterioro y “decaimiento” (una palabra muy usada en los grupos focales).

Los años ve van dominando. Ya no hay como trabajar como joven. Ya no hay como hacer nada. Uno va decayendo a través de los años. 8.7.M.

Pero los años también van pasando, van pasando y una va cada día, ya. Ya de los cincuenta años en adelante un ya va un poco medio decayendo, ya. Ya hasta las fuerzas le van mermando todo. 14.1.H.

El envejecimiento como una disminución del valor ante los ojos de la comunidad. La capacidad de trabajar no es solamente un valor personal, sino también una norma en la comunidad indígena, donde los miembros de la comunidad tienen la obligación de participar en el trabajo conjunto, aun cuando para los PAM es cada vez menos posible hacerlo.

Este último mes no me he ido a la minga. A los dirigentes de la comunidad les dije que estaba enferma de los pulmones, que no podía estar mucho tiempo en el sol, ni en el viento. Por eso ya no me han obligado salir a las mingas.4.3.M.

El envejecimiento como causa de tristeza y depresión. El envejecimiento conlleva para muchos de los participantes un sentido agudo y profundo de tristeza. A veces descrita como “pena”, esta característica se expresa en términos de una sensación de pérdida de juventud y de las capacidades físicas, incluyendo la visión, oído y memoria. Se expresa tristeza por tener dolores constantes y enfermedades crónicas que no se resuelven. También se siente la pérdida de identidad y pertenencia, especialmente relacionada al trabajo y la percepción de desplazamiento en sus roles en el hogar; en suma de estas dos, es el no tener ya la capacidad de proveer a la familia y la comunidad. También se siente una profunda tristeza por el abandono de miembros de la familia (especialmente los hijos e hijas) que genera una sensación de soledad y de pérdida. Esta sensación de abandono y tristeza se agudiza por la pobreza y la falta de recursos.

Mi vida es triste porque cuando antes era joven, trabajaba para darles de comer a mis hijos. Pero ahora que soy veterana me tratan mal; no me cuidan. Mi hijo vive cerca de mi casa pero no me ayuda en nada; tampoco me da comida. Me siento sola y muy triste. 2.4. M.

Más aun, las transcripciones de los grupos focales proveen amplia evidencia de la existencia de depresión en mujeres y hombres, quienes manifestaron síntomas de insomnio, desgano para alimentarse, hacer actividades que antes producían placer, pensamientos

recurrentes sobre la muerte y baja autoestima. Además, algunos participantes reportan que entran fácilmente en llanto debido a un sentimiento de tristeza.

Mas sufro de los ojos; no veo bien. Veo todo oscuro; solo sufro de los ojos. Por eso lloro bastante y me pongo triste. . . . Por eso paso llorando porque estoy sola. Todos se están yendo; así de pronto me da ganas de llorar. 6.1.M.

Este sentimiento de tristeza se relaciona con el abandono y la soledad, que se puede sentir aun cuando hay familiares cerca y hasta en la misma casa. Adicionalmente, algunos participantes sienten tristeza porque existen conflictos intrafamiliares; algunas mujeres reportan que son víctimas del abuso de los maridos (a veces relacionado al consumo de alcohol), mientras algunos hombres y mujeres sufren maltrato por parte de sus hijos o el conyugue de sus hijos. Es particularmente común sentir tristeza porque las familias están dispersas; en muchos casos, los hijos han salido de las comunidades para vivir en otras partes del país o en el extranjero como migrantes transnacionales. Aun cuando los hijos viven en la misma comunidad, se percibe que hay poco contacto intrafamiliar, a veces porque estos han formado sus propias familias y tienen sus propios problemas.

Ahora cuando he envejecido, algunos hijos ya no se acuerdan de una; no se preocupan si uno vive bien o mal. Mis nietos ya no se preocupan por mí. El hijo que vive conmigo también se abure de vivir junto a mí. Ha sido bastante triste llegar a esta edad. Los hijos que viven fuera de casa no brindan mucho apoyo. . . . Me siento triste porque estoy sola. 4.1.M.

3.2. El estado de salud y bienestar

El segundo tema principal que emerge del análisis, se enfoca en las percepciones de salud y bienestar del adulto mayor indígena, y se divide en dos sub-temas: (i) los factores que afectan a la salud y (ii) la dieta y la alimentación. Como se anota arriba, se percibe un deterioro gradual comenzando desde los cincuenta a sesenta años de edad; este tema es particularmente sensible porque la capacidad de trabajar es un elemento central en la identidad y la percepción del valor de la PAM. Se percibe que la mala salud no permite que el adulto mayor se desenvuelva adecuadamente en el trabajo físico, especialmente en la agricultura.

Además, se percibe que hay cada vez menor capacidad de mantener una vida activa. Para los participantes del estudio, una dimensión principal en este respecto es la capacidad de caminar. En gran medida las comunidades rurales indígenas se caracterizan por un patrón de residencia dispersa y por ende, este aspecto es fundamental en la vida cotidiana. Es solamente a través de caminatas frecuentemente largas que se puede llegar a otras residencias en las mismas comunidades; los centros poblados; los mercados y los servicios de transporte público, salud, y educación. Además, las tareas agropecuarias necesariamente comienzan con caminatas a los sitios de cultivo y pastoreo. Vale agregar que en la Sierra ecuatoriana, es necesario transitar lugares de topografía muy accidentada y difícil. Como decía una participante (4.1.M.): “Algunas veces me he ido al doctor de Flores. Para llegar allá voy caminando; demoro bastante tiempo en llegar, pero si llego caminando.” Para que esta mujer de 85 años llegue a un servicio de salud cuando se siente mal, tiene que caminar aproximadamente diez kilómetros.

Estado de salud y bienestar, y los factores limitantes. Prácticamente todos los hombres y mujeres que participaron en los grupos focales expresaron que sienten dolores en forma crónica y constante; y en muchos casos, padecen permanentemente de enfermedades. En particular, muchos participantes informan que sufren de dolores en los pies. Este factor, que seguramente en muchos casos es el resultado de largas vidas de trabajo físico, es aceptado como una parte normal y natural de la vida. En algunos casos, después de haber dicho que no adolece de ninguna enfermedad o dolor, los participantes comenzaron a proveer detalles de un sinnúmero de dolencias crónicas o de larga duración. En algunos casos, esta condición se expresó en términos de una percepción de fragilidad.

Me duele todo el cuerpo. En realidad no sé que será; nadie me dice lo que tengo en realidad. 11.4.M.

No tengo nada [pero] la vista tengo un poco borrosa. Sólo me duele la rodilla. Cuando camino, parece que me tiembla y me quiere hacer caer. 10.1.H.

Otro factor limitante es el producto de accidentes relacionados al trabajo agropecuario (muchas veces ocurridos hace años) y enfermedades no resueltas en el pasado, que se convierten en problemas crónicos de salud. Como se anota abajo, los efectos de problemas crónicos de salud se exacerban por la atención inadecuada de los servicios de salud.

Eso me sale cuando yo mojo, como cuando pega bronquitis en los guaguas; así es. Eso es . . . y eso no más he tenido, pero yo si he tomado radiografías, eso sí cuesta pero en Loja en la clínica, por ahí he andado buscando, una vez hasta Guayaquil me fui, pero ahí me sacaron que no sirve, y nadie me saco, en Zamora si me sacaron un poco, nadie me calmó, ahora recién la semana pasada en el mes, por el ocho de Septiembre, por ahí, un doctor de Cuenca, de una me saco. 9.9.H.

A esto se agregan dos problemas adicionales: dificultades en el manejo de información médica, que frecuentemente se complica por barreras lingüísticas, y el deterioro progresivo en facultades cognitivas. En particular, muchos participantes reportaron problemas crónicos con su visión, el oído y la dentadura. En cuanto a la visión, se reportan tanto un deterioro general como problemas específicos como cataratas; pocos participantes usan lentes. En resumen, los problemas de visión normalmente no son resueltos y más bien contribuyen al sentido de tristeza y posibles cuadros de depresión.

Más sufro de los ojos. No veo bien; veo todo oscuro. Solo sufro de los ojos; por eso lloro bastante y me pongo triste. 6.1.M.

La dentadura, no sé porqué, será que nosotros no sabíamos cómo tratar, como cuidarla. . . . Por máximo, por lo menos cuidar, lavarse con el cepillo, tanta cosa. En el tiempo antes, no habíamos hecho nunca nada de eso; por ejemplo los papas, los abuelitos, no había esa costumbre. 9.2.H.

Dieta y alimentación. Los alimentos juegan un papel fundamental en la cultura indígena de la sierra ecuatoriana. Analizada desde afuera, la dieta tradicional podría parecer monótono y poco nutritiva, pero representa un elemento central de las normas y valores compartidos en la familia y la comunidad (Weismantel, 1988).

Los participantes en los grupos focales perciben que la alimentación fue muy sana en el pasado. Se reporta que la dieta tradicional consistía casi enteramente de “granos” (maíz, cebada, trigo, habas, frejol, arveja, quinua), tubérculos (especialmente las papas y también ocas, mellocos y mashua) y otros cultivos locales (como el zambo y la col). Sin embargo, en la actualidad, los informantes perciben que tres factores inciden negativamente en la dieta y alimentación del adulto mayor indígena: (i) cambios importantes en la dieta básica, (ii) falta de dentadura, lo que

hace imposible comer bien y (iii) la contaminación de los alimentos por químicos y la descomposición por dejar comida sin refrigeración.

Según los participantes, el cambio en la dieta consiste en el reemplazo al menos parcial de los granos tradicionales por otros alimentos, especialmente los fideos y el arroz. Se percibe que la dieta tradicional de granos daba fuerza para trabajar y que la nueva dieta no es sana porque no da fuerza para el trabajo. En parte, se interpreta el deterioro en la salud como producto del cambio en la dieta, que a la vez se debe a la imposibilidad de contar con los productos de autoconsumo y la necesidad de adquirir alimentos en el mercado; los mismos que fueron categorizados por un participante como alimentos “de los blancos.” Además, la adquisición de alimentos en el mercado requiere recursos económicos y la mayoría de las PAM tiene poco o ningún ingreso monetario.

En la época de mis papas, se comía maíz, habas, arveja. En esos tiempos Dios daba todos los granos; también se comía trigo, cebada, quinua. Poco a poco se ha ido disminuyendo los granos de antes. . . . Antiguamente Dios daba todos los granos; antes se madrugaba para moler los granos en la piedra. De eso nos alimentábamos; antes, producía bastantes granos. En cambio en estos tiempos comemos arroz, fideos. 4.6.M.

En parte, se entiende la transformación de la dieta como producto de las preferencias de las nuevas generaciones, que no quieren comer los alimentos tradicionales. Pero también, al estar en relativo abandono hay una mayor dificultad de invertir el tiempo y el trabajo que requiere la dieta tradicional de alimentos de autoconsumo (especialmente productos de maíz y cebada). Se percibe que el cambio afecta no solamente la salud, sino la longevidad.

Acerca de la comida, nuestros mayores comían de todo; estuvieron más fuertes, más valientes para trabajar. En cambio, hoy en día ya los más jóvenes ya no quiere comerse la comida de nuestros mayores; no quieren comer poroto, ya no quieren come habas, ya no quieren comer mote, ya no quieren comer zambito: no quieren comer. Solo quieren comer arroz. Nuestros mayores comían de todo; vivan largo tiempo: avanzaban hasta 90, hasta 100, hasta 120. Pero hoy en día, ya no; ahorita quizás ya estamos muriendo de unos 30 porque no estamos comiendo la misma alimentación de nuestros mayores; ya no les gusta comer. Hoy en día solo les gusta comer arroz y fideo. 9.6.H.

Por otro lado, algunos participantes creen que los alimentos adquiridos en el mercado no son sanos porque son contaminados con agroquímicos o porque son procesados. Irónicamente, algunos participantes reportaron que ellos mismos se sienten obligados a fumigar sus propios cultivos para maximizar la producción; esto significa el estar en exposición directa a químicos peligrosos que agravan el problema del consumo de alimentos contaminados.

Antes nuestra alimentación era pura, libre de químicos. Solo consumíamos productos orgánicos; por eso vivíamos sanos sin ninguna enfermedad. En cambio actualmente sol se producen los granos con químicos; no hay producto agrícola que no se produzca sin el uso de químicos. En esta comunidad no se utiliza muchos químicos, pero los granos que compramos en el mercado, como por ejemplo la papa, lo producen a base de muchas fumigaciones. No es como antes que la oca, la mashua, las papas, las habas eran orgánicas. Ahora por consumir eso hasta las enfermedades caen. 11.2.H.

Varios participantes informaron que ya no pueden comer lo que comían antes porque no pueden masticar, ya que padecen de una ausencia parcial o total de dientes. Un último factor que ha contribuido al cambio en la dieta es la distribución de alimentos por parte de los programas de asistencia del gobierno; como explicó una participante, “Pero más se come el alimento que regala el gobierno” (2.5.M).

3.3. Acceso y uso de servicios de salud

Según los participantes de los grupos focales, varios factores inciden en la capacidad para resolver sus problemas de salud. En todo el mundo la PAM experimenta un deterioro progresivo en su estado de salud, lo cual de alguna manera se resuelve o se trata a través de un acceso a servicios adecuados y apropiados de salud. Sin embargo, esta capacidad se ve limitada en las PAM que viven en condiciones de pobreza, aislamiento relativo y marginalización. Estas condiciones a su vez se agravan por una ausencia casi total de salud preventiva, lo que quiere decir que muchos de los padecimientos hubieran podido ser resueltos con tratamientos oportunos.

Primero, tres barreras físicas y logísticas pueden limitar el acceso a los servicios de salud en las PAM: la disponibilidad y el costo de transporte público, las distancias, y la condición de

las vías de acceso. En muchas comunidades indígenas, no existe un servicio regular de transporte y las distancias que tienen que recorrer frecuentemente son considerables.

Adicionalmente, los participantes expresaron tres factores relacionados al acceso y el uso de los servicios: (i) percepciones de la calidad de los servicios de salud, incluyendo la falta de confianza de que los servicios sean apropiados y de calidad; (ii) los costos directos e indirectos asociados con la obtención de servicios nominalmente gratuitos de salud; y (iii) el uso de tratamientos tradicionales como una alternativa accesible y menos costosa.

Percepciones de la calidad de los servicios de salud. Es implícito que para las PAM, los servicios de salud son esencialmente curativos; se va “al doctor” en caso de enfermedades o dolores, y no para mantenerse en un buen estado de salud. En este sentido, el concepto y la práctica de salud preventiva son temas casi desconocidos.

Existe una fuerte percepción de que los servicios de salud no siempre son de buena calidad, que pueden producir efectos dañinos o que los servicios prestados no mejoran las condiciones que tantos adultos mayores experimentan en forma persistente. En muchos casos los cuidados son meramente paliativos y no llegan a las causas subyacentes, y por ende no resuelven los problemas. Esta situación se agrava por el hecho de que las PAM y sus familiares no siempre entienden los procedimientos y muchas veces no saben qué medicamentos están tomando, cuándo y en qué dosis. Según un informante clave (médica) este fenómeno se complica por el hecho de que muchos adultos mayores toman varios medicamentos (recetados o no), lo que se considera “polifarmacia.”

Además, muchas PAM sienten que sus problemas de salud no son atendidos en forma seria o profesional, aun en casos de urgencia. Es claro que los medicamentos no siempre resuelven los problemas de salud de la PAM, porque no se completan los tratamientos debido a que se olvida, se cree que ya no es necesario seguir, porque se sienten efectos colaterales o porque no se disponen de los recursos económicos suficientes para continuarlos.

Ellos dicen que tome jarabes, capsulas, pastillas. A veces mi estómago no recibe los medicamentos; cuando mi cuerpo no consume los medicamentos, dejo sin tomar todo. 4.4.M.

Parte de esta barrera se explica por el idioma: pocos médicos pueden expresarse en kichwa y en algunos casos, los pacientes y sus familiares no tienen una capacidad adecuada para

entender el español hablado por los profesionales. Los problemas auditivos en los PAM también inciden en la problemática junto con las barreras lingüísticas. Algunas familias logran superar esta barrera.

Sí, me atendieron bien, como mi hijo envió desde la casa una nota escrito en español, me atendieron no más. Como yo no puedo hablar el español, pero leyendo el papel me atendieron. 2.2.M.

En algunas comunidades, el apoyo brindado por entidades locales, como en el caso de los patronatos municipales, representa un puente cultural y de idioma entre los pacientes indígenas y los servicios de salud. En síntesis, algunos de los participantes reportan experiencias positivas con los servicios de salud pública, ya sea en hospitales, centros o subcentros de salud, lo cual genera un sentido de confianza porque se perciben resultados positivos.

[En el hospital] la atención es magnífica. Claro, cuando no hay atención, no atienden. Los doctores, doctoras, dentistas dan una buena atención. 5.2.H.

Por otro lado, algunos participantes en los grupos focales perciben que el trato que se recibe no es adecuado, y que esto se debe al racismo y la discriminación.

A los indígenas los doctores les dicen vacas lechera cuando llegan a sus clínicas porque hace lo que ellos dicen. También es un negocio para ellos porque siempre que van con un enfermo, va toda la familia y cuando los ven llegar juntos los doctores piensan que como son bastantes tienen bastante dinero. 5.6.H.

Por otro lado, se percibe que el problema de maltrato en los servicios de salud ha disminuido, especialmente cuando se trata con profesionales jóvenes (algunos de los cuales son indígenas). Al mismo tiempo, algunos participantes reportaron que nunca acuden a servicios de salud pública o que cuando lo hacen, la experiencia frecuentemente no es positiva. En algunos casos reportan un sentimiento de miedo.

Mi esposo me llevo donde el Doctor Rodrigo; ahí ande dos semanas. No me hizo mucho efecto ya que no me curo bien. A mí me dolía el ojo, y ese dolor regresaba. El Doctor Rodrigo no era tan buen doctor, pero el Doctor

Huguito era bueno. Si, cobraba caro, pero el si me curaba; cualquier enfermedad me sanaba. 6.1.M.

Costos asociados a los servicios de salud. El servicio de salud pública es gratuito en el Ecuador por ley y según la constitución vigente de 2008; en algunos casos, los participantes informaron que no tienen que pagar nada.

Ellos [el patronato municipal] se encargaron del doctor y los medicamentos; ellos dijeron que se encargaban de pagar de la atención de los ancianos. Es gratis todo. 2.1.M.

Sin embargo, otros participantes informaron que los costos directos de los servicios de salud representan una barrera que se ven obligados a superar porque en algunos casos, se pagan por tratamientos en el sector privado. Caso contrario, no se puede pagar los costos y no se resuelve el problema.

Yo mismo me sustento. De alguna manera tengo que conseguir el dinero para irme donde el doctor. 4.3.M.

Además, hay costos indirectos asociados con el acceso a los servicios de salud; en particular, se menciona con mucha frecuencia el costo de transporte, que además no siempre está disponible en las comunidades rurales. Por otro lado, si bien los medicamentos recetados en el servicio público son gratuitos, no siempre están disponibles en los hospitales, centros o sub-centros; en estos casos los pacientes tienen que pagar los costos de los medicamentos de su bolsillo.

Claro que había doctores gratis, cama gratis, pero las recetas se debían comprar fuera del hospital en las boticas. . . . Bueno, ahí dan las medicinas gratis que tienen a disposición; hacen firmar y nos entregan. En cambio, las medicinas que no tienen, mandan a comparar con una receta, y tenemos que comprar en las boticas. 4.7.M.

Algunos de los participantes están afiliados al sistema de seguro campesino, que brinda una pensión a la jubilación y el acceso a servicios de salud. Además, algunos participantes

reciben la transferencia monetaria condicionada (Bono del Desarrollo Humano); un segmento de este programa se dirige a adultos mayores y representa un ingreso de \$35 mensuales.

Prácticas tradicionales de salud. En la comunidad indígena, las prácticas tradicionales de salud tienen un alto contenido cultural y a la vez representan una alternativa accesible, culturalmente adecuada y gratuita a los servicios de salud pública. Por lo tanto, es sorprendente que pocos participantes informaron que acuden a practicantes de la medicina tradicional. Por otro lado, es frecuente el uso de plantas medicinales en casa, las mismas que generalmente son preparadas por las mismas personas cuando se sienten mal. El conocimiento de estos tratamientos es informal y es producto de la transmisión inter-generacional de conocimientos. Parte de la razón por la cual se utilizan remedios caseros, es que se percibe que los medicamentos recetados en los centros de salud no son del todo eficaces.

Hace una semana estuve siguiendo mal con esas partes. En la noche me sigue doliendo. Me dijeron que bañe con una agua de manzanilla, porque el doctor manda pastillas, tanta pendejada y no hace nada. 12.2.H.

La decisión de usar plantas medicinales comienza con una auto-evaluación de la gravedad percibida de la enfermedad. Si la persona considera que la dolencia es leve la primera alternativa suele ser la preparación de un tratamiento con plantas de acceso local y uso gratuito. Si bien se percibe que los remedios caseros son iguales o mejores que los medicamentos recetados por los médicos, también se reconoce que estos tratamientos no siempre funcionan, como explican dos mujeres de la provincia de Imbabura. Otra alternativa común es el uso simultáneo de medicamentos recetados y remedios caseros.

En algunos casos sí, nos curamos con la medicina del suelo; si, nos curamos así. Pero a la vez, la medicina que llega, si llega, y la que no llega no llega. Llegando si, alivia a la persona. (1.3.M).

Si un caso de enfermedad es considerado como grave, muchos participantes acuden a un médico, usualmente a un hospital, centro o sub-centro de salud. Para muchas personas, la decisión sobre el servicio al que se acude o el uso de medicamentos tradicionales auto- recetados, depende del caso específico.

Yo a veces voy donde el doctor, o a veces me hago curar en la propia comunidad. 4.7.M.

La misma participante agrega que algunos miembros de la comunidad viajan a la ciudad de Baños de Agua Santa en la provincia de Tungurahua para curar problemas crónicos de salud en las aguas termales de este lugar, las mismas que por mucho tiempo han sido consideradas como curativas y para muchas personas, milagrosas. Como es en el caso de las plantas medicinales, este tratamiento es básicamente paliativo, pero es importante para las PAM mayores que sufren de dolores crónicos.

3.4. Redes sociales de apoyo a la salud y bienestar

Un hallazgo extremadamente importante del estudio SABE I fue confirmado en la presente investigación: los lazos sociales entre adultos mayores y los miembros de sus familias y comunidades constituyen redes de apoyo social y esencialmente, factores protectores en lo que se refiere a su salud y bienestar. Varios estudios demuestran que las vinculaciones entre adultos mayores y su entorno social (familia, comunidad, amigos, organizaciones locales) no solamente contribuyen a un mejor estado de salud, sino que también están positivamente asociados con la longevidad (Ertel et al., 2009; Holt-Lunstad et al., 2010). Los resultados de estos estudios epidemiológicos son consistentes con teorías sociológicas desde las obras clásicas hasta los conceptos modernos de capital social. Las percepciones de los participantes de los grupos focales presentan un panorama complejo y en su totalidad desalentador. Como se describe a continuación, si bien la familia y la comunidad normalmente constituyen redes de apoyo para las PAM indígenas, no siempre es el caso, y frecuentemente el apoyo que se brinda es parcial u ocasional. Este hallazgo es enteramente consistente con los resultados de la encuesta nacional presentados en SABE I (Freire et al., 2010) y con las observaciones de los informantes claves de este estudio. En este contexto, la situación de salud y bienestar de las PAM indígenas, frecuentemente es resuelta sólo parcialmente con el apoyo de las redes sociales de familia y comunidad.

Desde el lado positivo, muchos participantes en los grupos focales describieron varias formas de apoyo que les llegan a través de los miembros de su familia (sus hijos, en particular). Cuando los miembros de la familia viven cerca--especialmente en la misma comunidad--las

PAM reciben ayuda en forma de alimentos y en algunos casos, de dinero, o compensaciones por su trabajo en las tareas agropecuarias o domésticas. Varios informantes claves confirman que el apoyo de la familia y comunidad indígena sigue siendo una norma esencial a la vida colectiva y el bienestar de las PAM.

Lo que me dan mis hijos para comer son granitos luego de la cosecha de sus campos de cultivo. Con eso sí, me ayudan. 2.5.M.

Como se mencionó arriba, la dieta se ha transformado en las comunidades indígenas, y la ayuda prestada por los hijos contribuye a este fenómeno porque muchos de los alimentos que son entregados son adquiridos en el mercado. En algunos casos, las PAM perciben que sus hijos están pendientes de ellos; en estos casos, los lazos afectivos y económicos de la familia representan un valor agregado a los aportes regulares, como dinero y ropa. Es importante también el apoyo económico y logístico de los hijos en caso de necesidades específicas, como por ejemplo la obtención de medicamentos. Los hijos también pueden llevar a las PAM a los servicios de salud, así solucionando una de las barreras más importantes: la movilidad.

De repente vienen y nos ayudan nuestros hijos. Cuando nos enfermamos nos vamos al doctor; así andamos. 5.3.H.

La cercanía de los hijos es un factor importante en el mantenimiento de estos lazos familiares de apoyo.

Yo vivo sola; mi esposo es muerto y mis hijos viven en otras casas no muy lejos. Ellos siempre están pendientes de mí; me cuidan y me brindan cualquier cosita para comer. . . Mis hijos me han querido curar de estos dolores. Por eso me han llevado con algunos doctores . . . 6.3.M.

Un factor evidente en cuanto a la vida colectiva de las comunidades indígenas es que el flujo de recursos (de alimentos, dinero o trabajo) es bidireccional ya que los adultos mayores que reciben recursos y servicios de sus familiares a su vez también entregan dinero, alimentos y otros recursos. Este hallazgo también confirma los resultados de la encuesta SABE I (Freire et al., 2010).

[Mis hijos] me ayudan a sembrar frejol, papas; cualquier cosa me ayudan. [Pero además], yo compro arroz y ellos les gusta comer arroz. Yo concino para la casa. 8.2.M.

Además, la misma participante informa que recibe apoyo de la comunidad pero también sigue contribuyendo a través de formas tradicionales de intercambio.

Compartimos con los vecinos; lo que ellos no tienen y así también me dan. 8.2.M

El flujo bidireccional de recursos está claramente definido por una mujer de otra comunidad:

Yo no compro nada; mis hijos son los que traen comprando cualquier grano. Yo concino lo que traen. Vivo con mi hija; a mi lado vive mi hijo. Ellos me cuidan; cuando cocinan me dan de comer. Yo cuando también tengo les doy poquito; cuando pueden, me ayudan sembrando papas. 11.4.M.

Estos ejemplos de redes de apoyo social confirman la imagen popular, según la cual, la familia nuclear y extendida siempre cuida a los miembros más vulnerables, especialmente las PAM. Esta percepción ha sido constatada en términos generales en varias partes de América Latina (Carlos y Sellers, 1972) incluyendo el Ecuador (De Vos, 1998). Básicamente, se espera que la familia (especialmente hijos) preste recursos (especialmente económicos), provea alimentos, comida preparada e incluso trabajo (particularmente en las tareas agropecuarias). Dadas las enormes dificultades para transportarse en condiciones de salud deteriorada, el apoyo para llegar a los servicios de salud es también importante para los adultos mayores.

Pero como se dijo arriba, el apoyo puede ser bidireccional; aun en lo que se refiere a la salud, hay casos en que el adulto mayor cuida de la salud de un familiar y aún de un hijo o hija, sobre todo en enfermedades socialmente estigmatizadas como el retraso mental.

Tengo una hijita que está enferma; por ella es que me animo como dicen a sobrevivir, porque me toca cuidar, me toca dar de comer, me toca dar medicamento, tenerle como dice como una criatura. . . . Ya tiene 25 años cumplidos y no hay recuperación. 12.3.M.

Otra forma de apoyo que el adulto mayor provee a sus hijos (también observado en los resultados de SABE I) es en la crianza de los nietos, frecuentemente sin la colaboración

económica de los padres y madres, particularmente cuando ellos han participado en los flujos de migración nacional y transnacional.

[Una niña a lado de la participante]: Es mi nietita. . . . Yo la crie de añito; solo conmigo ella. [Mi hija] ya me dejó para mí; por eso ella pasa separado. Se caso y está separado. Ella no me ayuda en dada; pasa con su marido y con sus hijos aparte. 7.7. M.

La cercanía de los hijos es esencial en términos afectivos y emocionales. Aun la mujer citada arriba se siente bien porque esta “acompañada.” Sin embargo, la cercanía no siempre resulta en una atención adecuada y consistente a las necesidades del adulto mayor.

Yo vivo sola; todos mis hijos se han ido, pero así de repente si, vienen a visitarme. Una llega de mañana; otro llega por la tarde. Pero viene a verme, de igual manera, a veces que no llegan para nada cuando están muy ocupados. 6.4.M.

Es decir, las redes de apoyo social no siempre funcionan y otras veces sólo funcionan parcialmente. Más bien, muchos de los participantes en los grupos focales reportan que se sienten abandonados por sus familiares y particularmente por sus hijos; y esto es contundente en cuanto al desencanto del concepto cultural de las redes sociales en el mundo indígena, y el comportamiento real de la familia y la comunidad.

Vienen los hijos y los nietos a ayudar, pero ya tienen otro hogar, otra responsabilidad. Ya no hay como exigir que vengan a ayudar, porque tienen que desempeñarse con sus hijos y con sus trabajos particulares. 8.5.H.

4.0. DISCUSION

La encuesta nacional SABE I (Freire et al., 2010) demuestra la importancia de analizar la situación de salud y bienestar en el contexto del envejecimiento en tres niveles: individual, familiar y nacional. Las múltiples interrelaciones entre varios factores que se expresan en estos niveles determina la capacidad de hacer realidad el sueño de una vejez activa, saludable y digna.

Al nivel individual, se advierten cambios físicos, mentales y emocionales en las PAM, pero los procesos de deterioro inevitable se expresan en forma muy heterogénea dependiendo de

un conjunto de factores que incluyen la edad, el nivel de educación, la región del país y la residencia rural o urbana. La raza y etnia también influyen en el proceso de envejecimiento; el mismo que se presenta en forma particular en los grupos indígenas. Por ejemplo, el presente estudio demuestra que para adultos mayores indígenas, se construye la identidad alrededor de la valorización de la capacidad para realizar trabajo físico. El contraste entre este aspecto de la identidad y el deterioro inevitable de la PAM produce a su vez efectos en el estado de salud mental y físico, dada la importancia del constructo identidad-trabajo dentro de las redes sociales en el contexto de la comunidad.

Por su parte, la familia juega un papel crítico en la salud de las PAM y en el imaginario ecuatoriano porque la familia es vista como la institución social más importante en la protección social de las PAM. El concepto de la familia extendida es particularmente relevante en el contexto indígena, incluyendo complejas redes de sangre, compadrazgo y vecindad.

Los resultados del estudio SABE I revelan que el papel protector que debe jugar la familia y la comunidad, lejos de ser uniforme, es más bien muy variado, y que una proporción importante de PAM vive sólo. Más aun, la encuesta nacional y este estudio demuestran que el flujo de recursos económicos no es únicamente desde la familia a la PAM sino que el flujo es más bien bidireccional, ya que en muchos casos los adultos mayores entregan sus ingresos, pensiones, ahorros, propiedad y trabajo a sus familias. En fin, se encuentra una proporción importante de adultos mayores que viven en un estado de pobreza y abandono.

A pesar de que el papel protector de la familia y comunidad ecuatoriana frente a la PAM no siempre se cumple a cabalidad, estas instituciones fundamentales de la sociedad siguen siendo elementos claves de la percepción colectiva del país. Donoso et al. (2010:120) demuestran que el 61.4% de los ecuatorianos mayores de 65 años de edad tienen confianza en sus relaciones interpersonales; esta proporción es mayor que en cualquier otro grupo de edad en el país. Sin embargo, es menester contraponer esta percepción positiva con los factores que inciden negativamente de las relaciones sociales en las familias y comunidades indígenas.

A nivel nacional, se observa la transformación sistemática de la pirámide de edad típica de los países en vías de desarrollo, la cual se parece cada vez más al patrón de los países industrializados con poblaciones ya envejecidas. En la medida en que la población indígena también se envejece, las mismas preguntas son relevantes: ¿quién se encargará de una población

creciente con necesidades cada vez mayores en lo que se refiere a la salud y por periodos cada vez más extendidos?

El análisis de los grupos focales y las entrevistas a informantes claves sorprende porque se revela que al igual que otros segmentos poblacionales, las PAM indígenas pueden sentirse solas y abandonadas porque los lazos tradicionales no se expresan con la misma fuerza y profundidad que antes, en parte porque es común que sus familiares (especialmente sus hijos) ya no vivan en la misma comunidad. Las redes de apoyo social funcionan parcialmente, en los mejores de casos, cuando los hijos no viven cerca a sus padres debido a diferentes procesos de migración relacionado especialmente al trabajo. Según una informante clave, cuando la PAM ya no tiene familiares en la comunidad, otros miembros de la comunidad pueden prestar el apoyo básico que se requiere. Cuando los hijos viven lejos de la comunidad, es una práctica normal hacer visitas, pero solamente ocasionalmente en los mejores de casos.

Yo tengo dos hijos. Uno vive muy lejos de donde yo vivo. Otro vive conmigo en la misma casa. El hijo que vive conmigo es un apoyo para mí en todo. Me ayuda en la comida; también me hace compañía. [El otro hijo visita] de repente; tal vez una vez al año. Dice que no tiene tiempo; tiene muchas ocupaciones con su familia y los trabajos de terreno. Tal vez; pienso que ya se ha olvidado de mí. 2.5.M.

Como se observa, la percepción de abandono puede contribuir al sentido de tristeza y la depresión asociado con el envejecimiento.

Ahora cuando he envejecido, algunos hijos ya no se acuerden de uno no se preocupen si uno vive bien o mal. Mis nietos ya no se preocupan por mí. El hijo que vive conmigo se abure de vivir junto a mí. Ha sido bastante triste llega a esta edad. Los hijos que viven fuera de casa, no brindan mucho apoyo. 4.1.M.

Al mismo tiempo, los participantes de los grupos focales describen grandes barreras en el acceso a servicios de salud de buena calidad y apropiados en términos culturales y lingüísticos. Los limitantes son exacerbados por bajos ingresos, bajos niveles educativos, distancia a los servicios de salud y una brecha en la capacidad de la familia y la comunidad de cuidar adecuadamente a los adultos mayores indígenas. Por ello, los patronatos, las iglesias y otras

instituciones sociales y del estado, juegan un papel fundamental para cubrir las brechas dejadas por procesos migratorios y otras transformaciones sociales.

El hecho de que se haya observado casos de posible depresión clínica es de suma importancia y en si mismo obliga a un análisis profundo del papel de la familia y la comunidad en la salud y bienestar del adulto mayor indígena. El sentido profundo de abandono que reportan muchos hombres y mujeres que participaron en los grupos focales parece ser un factor muy importante, no solamente en su estado económico, sino también en su estado mental y físico.

REFERENCIAS

Bowling, A., 2009. Predictors of mortality among a national sample of elderly widowed people: analysis of 28-year mortality rates. *Age and Ageing* 38(5), pp. 527-30.

Carlos, M.L. y Sellers, L.,1972. Family, Kinship Structure, and Modernization in Latin America. *Latin American Research Review* 7 (2), pp. 95-124.

Cloos, P., Allen, C.F., Alvarado, B.E., Zunzunegui, M.V., Simeon, D.T., y Eldemire-Shearer, D., 2010. 'Active ageing': a qualitative study in six Caribbean countries. *Ageing & Society* 30, pp. 79–101.

Corntassel, J., 2003. Who is indigenous? 'Peoplehood' and ethnonationalist approaches to rearticulating indigenous identity. *Nationalism and Ethnic Politics* 9 (1), pp. 75-100.

De Ferrant, D., Perry, G.E., Ferreira, F.H.G., y Walton, M., 2004. *Inequality: Breaking with History?* Washington, DC: The World Bank.

De Vos, S., 1998. Regional differences in living arrangements among the elderly of Ecuador. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 13(1), pp. 1-20.

Donoso, J.C., Montalvo, D., Orcés, D. y Seligson, M.A., 2010. *Cultura Política de la Democracia en Ecuador, 2010*. Quito: USAID/Universidad San Francisco de Quito/CEDATOS.

Ertel, K.A., Glymour, M.M., y Berkman, L.F., 2009. Social networks and health: A life course perspective integrating observational and experimental evidence. *Journal of Social and Personal Relationships* 26 (1), pp. 73-92.

Freire, W.B., Rojas, E., Pazmiño, L., Fornasini, M., Tito, S., Buendía, P., Waters, W.F., Salinas, J., y Álvarez, P., 2010. *Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I Ecuador 2009-2010*. Quito: Aliméntate Ecuador, Universidad San Francisco de Quito.

Freire, W.B., Brenes, L., Waters, W.F., Paula, D., y Mena, M.B., 2011. *SABE II. Situación de Salud y Nutrición de los Adultos Mayores Ecuatorianos a través de Biomarcadores 2010-2011*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Universidad San Francisco de Quito, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Netlab, Organización Panamericana de Salud.

Gacitúa, E., Sojo, C., y Davis, S.H. (eds.), 2001. *Social Exclusion and Poverty Reduction in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: World Bank - FLACSO Costa Rica.

Gallegos, C.A. y Jara, G., 2007. Salud mental: Depresión en el indígena de la sierra rural andina como un problema social y de salud pública. En: Waters, W.F. y Hamerley, M.T. (eds.) *Estudios Ecuatorianos: Un aporte a la discusión – Tomo II*. Quito: FLACSO, pp. 125-46.

Gibson, G., Timlin, A., Curran, S., y Wattis, J., 2004. The scope for qualitative methods in research and clinical trials in dementia. *Age and Ageing* 33 (4), pp. 422–6.

Hall, G. y Patrinos, H.A., 2006. *Pueblos Indígenas, Pobreza y Desarrollo Humano en América Latina, 1994-2004*. Washington, DC: Banco Mundial.

Harrington, M., 1962. *The Other America*. Baltimore, MD: Penguin Books.

Hinton, L. (2010) Qualitative research on geriatric mental health: Progress, challenges, and opportunities. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 18 (7), pp. 563-6.

Holt-Lunstad, J., Smity, T.B., y Layton, J.B., 2010. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine* 7 (7), pp. 1-20.

INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), 2011. VII Censo de Población y VI de Vivienda. <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/> [Julio 19, 2012].

Krueger, R.A. y Casey, M.A., 2000. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.

Kumar, V. y Acanfora, M., 2001. Health status of the rural elderly. *The Journal of Rural Health* 17 (4), pp. 328-31.

Larrea, C. y Montenegro, F., 2006. Ecuador. En: Hall G y Patrinos HA (eds.) (2006) *Pueblos Indígenas, Pobreza y Desarrollo Humano en América Latina. 1994-2004*. Washington, DC: Banco Mundial, pp. 75-118.

Leon, D. y Walt, G. (eds.), 2001. *Poverty, Inequality, and Health: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press.

Montenegro, R.A.. y Stephens, C., 2006. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet* 367 (9525), pp. 1859-69.

OIT (Organización Internacional de Trabajo), 1989. “Convenio 169: Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989. Convenio sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes.” <http://www.cesdepu.com/instint/oit169.htm> [Julio 19, 2012].

PAHO (Pan American Health Organization, 2006. Health of the Indigenous Population in the Americas.: 138th Session of the Executive Committee. June 19-23. Washington: Pan American Health Organization.

Palloni, A. y McEniry, M., 2007. Aging and health status of elderly in Latin America and the Caribbean: Preliminary findings. *Journal of Cross Cultural Gerontology* 22 (3), pp. 263-85.

Palloni, A., McEniry, M., Wong, R., y Peláez, M., 2006. The tide to come: elderly health in Latin America and the Caribbean. *Journal of Aging and Health* 18(2), pp. 180-206.

Patton, M.Q., 2002. *Qualitative Research & Evaluation Methods*, 3rd ed. Thousand Oaks, CA.

Price-Smith, A.T., 2002. *The Health of Nations*. Cambridge, MA: MIT Press.

Psacharopoulos, G. y Patrinos, H.A., 1994. *Indigenous People and Poverty in Latin America: an Empirical Analysis*. Washington, DC: World Bank.

Russell, D., 2009. Living arrangements, social integration, and loneliness in later life: The case of physical disability. *Journal of Health and Social Behavior* 50 (4), pp. 460-75.

Salgado-de Snyder, V.N. y Wong, R., 2007. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México* 4 (Suplemento 4), pp. S515-21.

Strauss. A. y Corbin, J., 1998. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.

Ulin. P., Robinson, E.T., y Tolley, E.T., 2006. *Investigación Aplicada en Salud Pública: Métodos Cualitativos*. Publicación Científica y Técnica No. 614. Washington, DC: USAID/Family Health International/Organización Panamericana de la Salud.

Weismantel, M.J., 1988. *Food, Gender, and Poverty in the Ecuadorian Andes*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

World Bank, 2006. *World Development Report 2006: Equity and Development*. Washington, DC: Oxford University Press and the World Bank.