

Ra Ximhai

Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo
Sustentable

Ra Ximhai
Universidad Autónoma Indígena de México
ISSN: 1665-0441
México

2012

TRANSFERENCIAS ENTRE GENERACIONES Y GÉNEROS. EL CASO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN CONTEXTO URBANO POBRE DE CHIAPAS, MÉXICO

Manuela Solís-Hernández, Austreberta Nazar-Beutelspacher, Benito Salvatierra-Izaba,
Emma Zapata-Martelo

Ra Ximhai, enero - abril, año/Vol. 8, Número 1
Universidad Autónoma Indígena de México
Mochicahui, El Fuerte, Sinaloa. pp. 181-197.



e-revist@s

TRANSFERENCIAS ENTRE GENERACIONES Y GÉNEROS. EL CASO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN CONTEXTO URBANO POBRE DE CHIAPAS, MÉXICO

TRANSFERS BETWEEN GENERATIONS AND GENDERS. THE CASE OF DIABETES MELLITUS TYPE 2 IN A POOR URBAN CONTEXT OF CHIAPAS, MEXICO

Manuela Solís-Hernández¹, Austreberta Nazar-Beutelspacher², Benito Salvatierra-Izaba², Emma Zapata-Martelo³

¹Egresada de la Maestría en Recursos Naturales y Desarrollo Rural de El Colegio de la Frontera Sur. Actualmente es responsable del Departamento de Investigación Clínica del Hospital de las Culturas en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. ² Investigadores titulares del Área Académica Sociedad, Cultura y Salud de El Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. ³ Investigadora-Profesora Titular del Área de Mujer Rural del Instituto de Socioeconomía, Estadística e Informática del Colegio de Postgraduados, Montecillo, Texcoco, México.

RESUMEN

Las transferencias entre generaciones en población con diabetes mellitus tipo 2, juegan un papel importante en la adherencia al tratamiento o control de la enfermedad. El objetivo del presente estudio es identificar la magnitud, características, dirección y motivos de las transferencias intergeneracionales, así como su efecto en la falta de control médico por parte de las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2. El presente estudio se inserta dentro del proyecto: Prevalencia de Enfermedades Crónicas en Chiapas. Epidemiología, barreras sociales y necesidades de atención en la población adulta (ECPA), en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; el acopio de información se obtuvo de septiembre de 2005 a abril de 2006. Para efectos del presente estudio se consideraron a las personas de 40 años y más con diabetes mellitus tipo 2 diagnosticadas previamente, dando como resultado la selección de 125 personas con esas características: 43 hombres y 82 mujeres. Los resultados muestran que en aproximadamente el 90 por ciento de las personas reciben algún tipo de transferencias económica o afectiva, existe un mayor apoyo de los hijos hacia las madres, los motivos de las transferencias fueron en su mayoría de tipo voluntario. El apoyo afectivo en las mujeres incide en mayor medida que en los hombres en la adherencia al tratamiento y en el control de la enfermedad.

Palabras claves: transferencias intergeneracionales, familia, género, diabetes, enfermedades crónicas, Chiapas.

SUMMARY

The transfer between generations of populations with diabetes mellitus type 2, play an important role in adherence to the treatment or disease control. The objective of the present study is to identify the magnitude, characteristics and reasons of the intergenerational transfers, and their effect on the absence of medical control from those who have diabetes mellitus type 2. The present study is inserted into the project: prevalence of chronic diseases in Chiapas. Epidemiology, social barriers and attention

needs in the adult population (ECPA), in the city of Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; the information was obtained from September 2005 to April 2006. For purposes of the present study were considered people of 40 years and older with diabetes mellitus type 2 previously diagnosed, resulting in the selection of 125 people with those characteristics: 43 men and 82 women. The results showed that approximately 90% of the people received any type of economical or emotional transfer, there is greater support from children to mothers, and the reasons for transfers were mainly voluntary. The effect of emotional support in women it's greater than in men in the adherence to treatment and disease control.

Keywords: intergenerational transfers, family, gender, diabetes, chronic diseases, Chiapas.

INTRODUCCIÓN

Los constantes cambios económicos, políticos y sociales en el último siglo han traído consigo el incremento de enfermedades crónico-degenerativas que tienen que ver con los cambios en los estilos de vida, la dieta y una mayor frecuencia de sedentarismo, que han hecho propensas a las poblaciones a que presenten enfermedades como hipertensión, obesidad y diabetes *mellitus* tipo 2 (DMT2) (Olaiz et al., 2007).

La diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) es importante no solo por su magnitud, sino también por los altos costos de su tratamiento y de la prevención de sus complicaciones (Olaiz et al., 2007), las cuales conducen con frecuencia a mayor morbilidad asociada y a un riesgo incrementado de mortalidad temprana (Nazar y Salvatierra, 2009).

El control de la diabetes *mellitus* tipo 2 requiere de entrenamiento especial del o la paciente para su control así como largos periodos de supervisión, observación y cuidado (Robles y Mercado, 1995). Por ello, gran parte de la capacidad de atención y cuidado recae en las familias que tienen que enfrentar tanto los aspectos económicos como los de cuidado y atención de los enfermos(as) crónicos(as), pero actualmente, en un entorno de transformaciones de la estructura, organización, pobreza y relaciones familiares, que modifican la posibilidad de generar esos apoyos.

En el interior de los grupos domésticos, es también importante considerar la desigualdad relacionada con el género, en particular el acceso desigual a los recursos económicos, la posibilidad de las mujeres de generarlos –y con ello acceder a la seguridad social-, y la percepción de quien o quienes son más importantes para la familia en su conjunto (Sen, 1990), ya que ello influye en la distribución de los recursos. Asimismo, las relaciones en el interior del grupo doméstico están influidas por las nociones de reciprocidad y la moral familiar (Caín, 1982) y modifican la posibilidad de procurar el cuidado, apoyo y transferencias de recursos hacia las personas adultas enfermas.

La importancia de las formas de solidaridad y transferencias intergeneracionales¹, y de los aspectos familiares de desigualdad, estrategias y características que adopta la atención de enfermos(as) que padecen DMT2 radica en que determinan dos aspectos cruciales del control de la enfermedad: el cómo enfrentan los costos económicos de la enfermedad y, cómo se promueve, apoya o desincentiva la adherencia al tratamiento por parte del enfermo(a) diabético(a) con consecuencias en la posibilidad o no de que se presenten complicaciones, se afecte la

¹ Para efectos de este trabajo el concepto de transferencias intergeneracionales se entiende como las transacciones interpersonales que pueden o no ser de ayuda mutua, informal hacia los parientes para el bienestar y sobrevivencia de la familia ya sean económicas o de cuidado y afecto del cónyuge e hijos.

calidad de vida del enfermo o enferma y se presente o no la muerte prematura (Salgado y Wong, 2007).

Sin embargo, las estructuras familiares son dinámicas. Las relaciones en el interior de la familia² se han modificado a la par de los cambios en las estructuras familiares, mediadas por las profundas transformaciones políticas, sociales y económicas ocurridas en la segunda mitad del siglo XX (Salles y Tuirán, 1998). Estos cambios se refieren a las transformaciones en el tamaño de la familia, al incremento de las separaciones, a la pérdida de vigencia de los controles de la iglesia y del Estado, y al incremento de la incorporación de las mujeres al trabajo extradoméstico; estos cambios se reflejan no solo en la actitud de los miembros familiares sino que también en la estructura y organización del hogar. Los cambios culturales que han acompañado este proceso, se manifiestan igualmente en una modificación de las nociones de reciprocidad y apoyo entre sus integrantes.

En épocas pasadas la ayuda entre generaciones³ se estrechaba en el curso de la vida y tendía ser mutua, informal, recurrente; el sentido de obligación hacia los parientes era una manifestación de cultura familiar, para el bienestar y sobrevivencia de la familia; sin embargo, la inseguridad económica y la ayuda familiar como única fuente de apoyo se comienza a dar, ya no por obligación, sino de manera voluntaria, por reciprocidad, a través del curso de vida y entre generaciones (Hareven y Gruyere,

² La familia se define como una institución de relaciones sociales de naturaleza íntima, que articula diferentes géneros y generaciones, se construyen lazos de solidaridad, relaciones de poder, con obligaciones y derechos de acuerdo con la edad, el sexo y parentesco.

³ Desde la sociología relacional la generación es el conjunto de personas que comparten una relación de la descendencia familiar (hijo, padre, abuelo con base en la edad social (jóvenes, adultos, ancianos) aunque pueden ser antagónicos entre sí (Donati, 1999) la familia juega un papel fundamental en la solidaridad intergeneracional que generalmente compensa las desigualdades en los niveles de vida que puedan existir entre las generaciones (Wolff y Attias, 2005).

1999), influidos por los cambiantes ambientes cultural y social.

Las transferencias informales en el interior de las familias en América Latina y el Caribe, juegan un papel preponderante, ya que en la actualidad, el cuidado, atención y costos de los procesos de salud-enfermedad crónico-degenerativos son derivados al espacio familiar debido al retroceso en la cobertura de seguridad social, el incremento del desempleo y el alto costo institucional de la atención de complicaciones y en la medida en que también existen cambios en la estructura y cobertura de los servicios de salud, a la vez que un cambio sustancial del perfil de la demanda de servicios (Gutiérrez, 2004).

Las transferencias entre generaciones son cruciales para la manutención y bienestar de las personas enfermas que no cuentan con ahorros, las que carecen de pensiones o subsidios de la seguridad social o del gobierno y las que, por causa de la enfermedad, o de su condición de género, no pueden acceder a recursos económicos por sí mismas (Mendoza, 2003; Ham, 2003; Salgado y Wong, 2007).

Las transferencias que reciben las personas adultas mayores que padecen diabetes *mellitus* tipo 2, pueden ser por transmisión patrimonial a través de las herencias, apoyos en términos de tiempo y servicios o bien co-residencia y dinero, y se dan tanto en sentido ascendente como descendente (Robichaux, 2007, CELADE, 2008).

En México, los apoyos familiares en especie o cuidados sostienen en gran medida a la población de 60 años y más (Salgado y Wong, 2007; Wong et al., 2003); no obstante, estos apoyos no son suficientes para cubrir adecuadamente la vejez o el cuidado ante la enfermedad, que resulta en mayor empobrecimiento por la edad avanzada para las personas, especialmente para las enfermas (Ham, 2003).

Treviño (2006) menciona que en el envejecimiento-enfermedad la condición de

género explica la construcción diferencial de redes de apoyo, en particular la de parientes y amigos. Señala que los hombres han tejido en menor medida estas redes que las mujeres. Desde la perspectiva de género esta situación es muy importante, ya que de esto dependerá en gran medida la calidad de atención de una persona envejeciendo con una enfermedad crónico-degenerativa.

Ante las crecientes evidencias de la ruptura del pacto intergeneracional⁴, cobra mayor importancia la teoría de los intercambios entre generaciones, la cual consiste en la reciprocidad en las relaciones de los ancianos y sus familias; además, los individuos asumen un papel doble como proveedores y receptores de ayuda no solamente de recursos financieros, también en forma de ayuda en la casa o de cuidados personales en adultos mayores en el interior de la familia. Esta teoría es pertinente para el análisis de las relaciones entre géneros y generaciones en el interior de las familias, ya que permite analizar los aspectos del poder que median en el acceso y control de los recursos para la salud, y las consecuencias diferenciadas de los intercambios en hombres y mujeres vinculadas a la división sexual del trabajo. Otros elementos conceptuales para el análisis de las relaciones intergéneros e intergeneracionales para la atención y autocuidado de la diabetes *mellitus* son: la noción de merecimiento sustentada en la percepción de qué tan importante es la persona enferma para el grupo doméstico en su conjunto; la moral familiar que rige las nociones de obligatoriedad de cuidado y manutención por parte de familiares (esposo, esposa, hijos, hermanos, entre otros) al enfermo o enferma; las redes extra familiares de apoyo; y el entorno de riesgo (seguridad social, posibilidad de empleo para las mujeres), los cuales varían de acuerdo con la

⁴El pacto intergeneracional denota apoyo y cuidado de hijos a padres bajo la noción del deber, de la deuda eterna por la crianza, que a su vez será recompensado con el cuidado y apoyo que sus hijos les brindarán, lo que ocurre en las organizaciones familiares patriarcales, pero que no resulta equitativo para hombres y mujeres de la misma edad (Caín, 1982).

estructura y condición económica del grupo doméstico.

En este trabajo se estudian las relaciones intrafamiliares, con especial atención en las transferencias intergeneracionales (hijos/as al padre o la madre) en pacientes diabéticos. El objetivo es analizar la existencia y características de las transferencias intergeneracionales, en familias urbanas pobres del estado de Chiapas, México. En la primera parte se presentan la magnitud y tipo de apoyos que reciben las personas diabéticas, así como quiénes lo proporcionan, evidenciando, cuando existen, las diferencias por edad y sexo. En la segunda parte se identifica el tipo de apoyo recibido por las personas diabéticas en su carácter de obligación moral, voluntario o por reciprocidad y su relación con la escolaridad, el estado civil, el ingreso familiar, el trabajo remunerado de la persona enferma, la derechohabiencia y la convivencia con hijos e hijas mayores de 15 años. En la tercera y última parte, se analiza la relación entre el tipo de apoyo recibido y la adherencia al tratamiento, el acudir a consultas o la realización de estudios clínicos para el control de la enfermedad. Se identifican algunos aspectos de las relaciones intergeneracionales y de la desigualdad en el interior de las familias (por edad y sexo) que están incidiendo en la falta de control médico de las personas que padecen diabetes *mellitus* tipo 2.

Aspectos metodológicos de la investigación

El presente estudio se realizó a través de una encuesta probabilística sobre enfermedades crónicas en población adulta de Chiapas⁵, para indagar sobre las características del pacto intergeneracional relacionado con la estructura familiar en un contexto de pobreza (septiembre 2005-abril 2006, ECPA). La

⁵ Nazar-Beutelspacher, Austreberta. Enfermedades crónicas en Chiapas: Epidemiología, barreras sociales y necesidades de atención en población adulta. Proyecto financiado por Fondos Mixtos CONACYT-Gobierno del Estado de Chiapas. 2005.

encuesta incluyó la visita a 2 290 hogares de todas las colonias urbanas y rurales del municipio de Tuxtla Gutiérrez Chiapas. Se aplicaron dos cuestionarios: uno familiar para identificar aspectos sociodemográficos y estructura de los grupos domésticos y otro individual para las personas previamente identificadas con una o varias enfermedades, para conocer aspectos sobre la calidad de vida, apoyos para sus actividades domésticas cotidianas, derechohabiencia, el financiamiento de sus gastos en salud, el abandono o dificultades del tratamiento farmacológico, control de la enfermedad mediante consultas médicas y estudios de laboratorio, con previa información sobre datos del cuestionario.

Las pruebas estadísticas que se utilizaron para la muestra fueron el nivel de confianza muestral del 95% ($z=1.96$); precisión de 0.15; prevalencia de enfermedades crónicas en personas de 20 años y más de 0.08 (8.0%). El tamaño mínimo de muestra estimado fue de 2,018 viviendas. Finalmente, se obtuvo información completa de 2,290 grupos domésticos.

Se entrevistaron 125 personas con DMT2 de 40 años y más, previamente diagnosticada: 43 hombres y 82 mujeres. La duración promedio de una entrevista en la que habían casos de enfermedad crónica fue de 90 minutos por lo que en aproximadamente un tercio de los grupos domésticos fue necesario establecer una cita posterior.

Para conocer la magnitud y características de las transferencias intergeneracionales en personas adultas que padecen DMT2, se crearon dos categorías representativas de transferencias: económicas y afectivas. Asimismo se indagó sobre el apoyo familiar proveniente (esposo, hijos y otros) para conocer la dirección e importancia de dichas transferencias.

Para conocer las características del pacto intergeneracional relativo al apoyo a hombres y mujeres diabéticos(as) se realizaron tres categorías según las motivaciones percibidas

por la persona enferma respecto al apoyo recibido: (a) deber moral, (b) voluntario, y (c) reciprocidad. Estas categorías fueron construidas con base en las razones que las personas diabéticas dieron ante la pregunta: ¿por qué considera que la apoyan? Se consideró deber moral, cuando las respuestas fueron en la dirección de la obligación y el deber por parte de hijos e hijas; voluntario, cuando las razones esgrimidas fueron porque los o las querían o porque los(as) enfermos(as) se habían portado bien con ellos(as) cuando eran pequeños(as) y eso hacía que ahora los(as) cuidaran y apoyaran (una forma de reciprocidad del pasado hacia la actualidad). La reciprocidad, se refirió a los intercambios actuales en el que los enfermos y enfermas dan algo a cambio del cuidado y apoyo económico recibido.

El análisis, se realizó estratificando por sexo y grupos de edad para comparar los apoyos entre hombres y mujeres y encontrar diferencias, se utilizaron los estadístico X^2 de

Máxima Verosimilitud (X^2_{LR}) para comparar las variables de las transferencias.

RESULTADOS

Magnitud, tipo y procedencia de las transferencias intergeneracionales entre personas diabéticas por sexo y grupos de edad.

De las 125 personas diabéticas entrevistadas, 91.2% (n=114) dijeron recibir algún tipo de transferencia; en la mujeres correspondió al 90.2%, y en los hombres al 86.0%. Se observaron diferencias entre los sexos según el tipo de transferencias, las mujeres reciben mayor apoyo económico acompañado o no de cuidado y afecto (76.8%); los hombres reciben apoyo de tipo cuidado y afecto exclusivo (55.8%) (p=0.000) (cuadro 1). La vulnerabilidad económica de las mujeres podría explicar de la mayor dependencia de las transferencias económicas que los hombres.

Cuadro 1. Porcentaje de personas diabéticas que reciben transferencias de hijos e hijas, según tipo de apoyo, por sexo

Tipo de apoyo	Hombres	Mujeres	X^2 y valor de p (hombres/mujeres)	Total
	n=43	n=82		n=125
	%	%		%
Económico	-	18.3	31.05; 3 gl; 0.000	12.0
Afectivo	55.8	13.4		28.0
Económico y afectivo	30.2	58.5		48.8
No reciben ningún tipo de apoyo	14.0	9.8		11.2
Total	100.0	100.0		100.0

Fuente: Elaboración propia con base en la ECPA, 2005-2006 (ECOSUR).

Se dividió a la población diabética en dos grupos de edad: de 40 a 64 y de 65 y más años para explorar las posibles diferencias en el apoyo recibido. Como puede verse en el cuadro 2, en ambos grupos de edad de hombres y mujeres la proporción de quienes reciben apoyo es mayor en las mujeres que en los hombres. Al comparar la magnitud y tipo de apoyo recibido por grupos de edad para los hombres y para las mujeres, respectivamente, no se registran diferencias significativas ni en

ellos ni en ellas, lo que significa que una mayor edad no significa mayor apoyo. Sin embargo, entre hombres y mujeres, y en los distintos grupos de edad se observan diferencias en el *tipo* de apoyo recibido. La distribución proporcional del tipo de apoyo recibido al contrastar hombres y mujeres permite ver que las mujeres reciben apoyo económico exclusivo en ambos grupos de edad, lo que no ocurre en los hombres. En contraste, el apoyo exclusivamente afectivo

es otorgado a los varones en proporción mayor que las mujeres (cuadro 2).

En el caso de los hombres jóvenes, 65.5% recibe apoyo exclusivamente afectivo, a diferencia de los hombres de 65 años y más (35.7%) y de las mujeres jóvenes (16.7%) o las mujeres mayores de 64 años (7.1%) (cuadro 2). Esta distribución del apoyo

afectivo otorgado a las mujeres según grupos de edad podría tener implicaciones importantes en la adherencia al tratamiento y al control de la enfermedad como se verá más adelante.

La combinación de apoyo económico y afectivo es recibida por un mayor porcentaje de mujeres que de hombres en ambos grupos de edad (cuadro 2).

Cuadro 2. Porcentaje de personas diabéticas que reciben transferencias de hijos e hijas, según tipo de apoyo, por sexo y grupos de edad

Tipo de transferencias	Hombres		Mujeres		Total	
	40-64	65 +	40-64	65 +	40-64	65 +
	n=	n=	n=	n=	n=	n=
	%	%	%	%	%	%
Económico	0.0	0.0	16.7	21.4	10.8	14.3
Afectivo	65.5	35.7	16.7	7.1	33.7	16.7
Económico y afectivo	20.7	50.0	57.4	60.7	44.6	57.1
No reciben apoyo	13.8	14.3	9.3	10.7	10.8	11.9
X ² y valor de p	4.120; 2 gl; 0.127		1.683; 3 gl; 0.641		4.347; 3 gl; 0.226	

Fuente: Elaboración propia con base en la ECPA, 2005-2006 (ECOSUR).

¿Quiénes proporcionan el apoyo a las enfermas y enfermos diabéticos? El apoyo para hombres proviene principalmente de la esposa y de los hijos(as); las mujeres reciben en mayor proporción apoyo exclusivo de los hijos, pero el apoyo combinado de esposo e hijos es menor en las mujeres. En otras palabras, los hijos e hijas aportan el mayor

apoyo a las mujeres diabéticas mientras que el del esposo hacia ellas es significativamente menor que el que ellas otorgan al esposo enfermo. La diferente distribución de las personas que proporcionan apoyo a hombres y mujeres fueron estadísticamente significativas (p=0.022) (cuadro 3).

Cuadro 3. Distribución proporcional de las personas que otorgan apoyo a hombres y mujeres diabéticos

Familiar que apoya	Hombres	Mujeres	X ² y valor de p	Total
	n=39	n=75		n=114
	%	%		%
Esposo(a)	7.7	4.0	11.408; gl 4; 0.022	5.3
Hijos(as)	7.7	24.0		18.4
Esposo (a) e hijos(as)	59.0	40.0		46.5
Otros(as)	5.1	0.0		1.8
Esposo(a), hijos(as) y otros(as)	20.5	32.0		28.1

Fuente: Elaboración propia con base en la ECPA, 2005-2006 (ECOSUR).

¿Se modifica la distribución de quienes proporcionan el apoyo a personas diabéticas según la edad de estos(as)? Los hombres jóvenes reciben apoyo exclusivo de la esposa, lo que no ocurre en los hombres de 64 años y más; la viudez o la separación podrían ser algunas de las causas. Los hombres diabéticos jóvenes tienen mayor apoyo conjunto de esposa e hijos que los hombres de mayor edad, lo que explica las diferencias significativas entre varones de ambos grupos de edad ($p=0.015$) (cuadro 4).

En las mujeres diabéticas, el apoyo del cónyuge es menor que el que las esposas brindan al esposo enfermo. Sin embargo, ellas reciben en mayor proporción el apoyo conjunto de esposo, hijos y otras personas. No se registraron diferencias significativas entre mujeres diabéticas jóvenes en comparación con las de 65 años y más, según el tipo de personas que les brindan apoyo ($p=0.789$) (cuadro 4).

En síntesis, para los hombres diabéticos menores de 65 años de edad, la esposa ocupa

un lugar destacado como proveedora de apoyo, el cual se reduce de manera importante en los varones enfermos de 65 años y más, y les coloca en una posición de vulnerabilidad frente al cuidado y compañía que podrían recibir en ese grupo de edad. En las mujeres diabéticas, el esposo tiene una menor presencia como proveedor de apoyo, el cual es compensado por los hijos, hijas u otras personas; apoyo que se mantiene para las mujeres de mayor edad. Estos datos coinciden con lo señalado por Montes de Oca y Hebrero (2006), en el sentido de que la trayectoria de crianza y cercanía familiar posiblemente explique el mayor apoyo de los hijos y de otros familiares o incluso vecinas, hacia las mujeres que hacia los hombres en la vejez y la enfermedad. Debe destacarse que el apoyo que reciben las mujeres es tanto económico como afectivo, aunque es más importante el primero, mientras que en los hombres el apoyo es principalmente de tipo cuidado y afecto, pero casi exclusivamente en los jóvenes.

Cuadro 4. Porcentaje de personas diabéticas que reciben transferencias de hijos e hijas, según tipo de apoyo, por sexo y grupos de edad

Familiar que apoya	Hombres		Mujeres		Total	
	40-64	65 +	40-64	65 +	40-64	65 +
	n=27	n=12	n=49	n=26	n=76	n=38
	%	%	%	%	%	%
Espos(a)	11.1	0.0	4.1	3.8	6.6	2.6
Hijos(as)	0.0	25.0	20.4	30.8	13.2	28.9
Espos(a) e hijos(as)	55.6	66.7	42.9	34.6	47.4	44.7
Otros(as)	7.4	0.0	0.0	0.0	2.6	0.0
Espos(a), hijos(as) y otros(as)	25.9	8.3	32.7	30.8	30.3	23.7
X ² y valor de p	12.396; 4 gl; 0.015		1.050; 3 gl; 0.789		6.121; 4 gl; 0.190	

Fuente: Elaboración propia con base en la ECPA, 2005-2006 (ECOSUR).

Motivos de apoyo a hombres y mujeres diabéticos y características del pacto intergeneracional

Los constantes cambios culturales y sociales han impactado en las transformaciones de las relaciones familiares y por consiguiente se ha registrado un cambio en la motivación de transferencias en la población de mayor edad o que se encuentra enferma, lo que en décadas pasadas se consideraba un deber moral investigaciones actuales han documentado el cambio en la percepción de la ayuda familiar basada en el curso de vida (apoyo voluntario).

Se observó que solamente una cuarta parte de los enfermos y enfermas diabéticas, hicieron referencia al deber de hijos e hijas para procurarles apoyo económico y de cuidado, lo que correspondería al pacto intergeneracional. De ello se deriva que en tres cuartas partes de las familias de las personas diabéticas ya no existe este pacto.

Más bien, 60.0% o más de las personas diabéticas refirieron como voluntario el apoyo proporcionado por hijos e hijas, lo que apunta a la hipótesis de la transformación de las relaciones de apoyo a los padres en su carácter de deber moral. Los intercambios actuales de cuidado y afecto o apoyo económico a cambio de servicios por parte de las personas enfermas, fueron registrados en el 10.8% de los hombres y 6.9% de las mujeres (cuadro 5). Al respecto, los cuidados y afecto proporcionados en mayor medida a los varones diabéticos jóvenes podrían estar mediados por su contribución a la manutención del hogar; mientras que en las mujeres las cifras podrían estar subestimadas en la medida en que los apoyos proporcionados la enferma a sus hijos e hijas también podrían ser subestimados por ellas mismas. Sin embargo, con la información obtenida en la encuesta no fue posible precisar esta información.

Cuadro 5. Motivos del apoyo recibido por hombres y mujeres diabéticos

Motivos del apoyo	Hombres	Mujeres	X ² y valor de p	Total
	n=37	n=72		n=109*
	%	%		%
Deber moral	24.3	25.0		24.8
Voluntario	64.9	68.1	0.467; 2 gl, 0.792	67.0
Intercambio	10.8	6.9		8.3
* En cinco casos no hubo respuesta.				
Fuente: Elaboración propia con base en la ECPA, 2005-2006 (ECOSUR).				

Cabe destacar que no se registraron diferencias significativas en los motivos de apoyo otorgados a hombres y mujeres diabéticos, lo que apuntala la hipótesis del cambio relativo al pacto intergeneracional en el ámbito social general más que a relaciones diferenciadas entre familiares de acuerdo con el sexo de la persona enferma.

Según el pacto intergeneracional las transferencias a enfermos(as) diabéticos(as) por grupos de edad ocurrieron sin diferencias entre hombres y mujeres, la mayor parte de la

población de mayor edad (más del 75%) reportó la ayuda familiar de tipo voluntario, únicamente la tercera parte del grupo joven (hombres y mujeres) mencionaron las transferencias como una obligación familiar, lo que evidencia que actualmente en las familias chiapanecas el apoyo no se da principalmente por el pacto intergeneracional (pago eterno de los hijos/as hacia los padres por los cuidados y la crianza) sino más bien por un ambiente de apoyo por afecto construido en el transcurso de vida con el enfermo(a) diabético(a) (cuadro 6).

Cuadro 6. Motivos del apoyo recibido por hombres y mujeres diabéticos, según sexo

	Hombres		X ² , gl y valor de p	Mujeres		X ² , gl y valor de p	Total	
	40-64	65 +		40-64	65 +		40-64	65 +
	n=25	n=12		n=46	n=26		n=71	n=38
	%	%		%	%		%	%
Deber moral	28.0	16.7		30.4	15.4		29.6	15.8
Voluntario	60.0	75.0	0.0838; 2 gl; 0.658	63.0	76.9	2.118; 2gl; 0.658	62.0	76.3
Intercambio	12.0	8.3		6.5	7.7		8.5	7.9

Fuente: Elaboración propia con base en la ECPA, 2005-2006 (ECOSUR).

El papel del estado civil y la convivencia con hijos e hijas en el apoyo intergeneracional

El estado conyugal de los adultos mayores es importante ya que la convivencia con la pareja ofrece beneficios sentimentales y psicológicos y la posibilidad de brindar y recibir apoyo mutuo en cuidado y afecto (Ham-Chande *et al.*, 2003). La información indica que 87.5% de los hombres diabéticos son unidos o casados, mientras lo están solamente el 59.0% de las mujeres (cuadro 7). Por ende, la proporción de divorciados, viudos o separados en los hombres registra una cifra menor (12.5%) a la de las mujeres en esa condición (41.0%). El 40% de los hombres separados o viudos reciben apoyo de tipo moral obligatorio, mientras que en las mujeres con la misma condición civil es de solamente 25%, lo que es compensado por un mayor apoyo de tipo voluntario (62.5%); no obstante, se encontró que uno de cada cinco hombres separados o viudos (20.0%) no recibe ningún tipo de apoyo, mientras que la cifra de mujeres diabéticas separadas o viudas que no reciben ningún tipo de apoyo es considerablemente menor (9.4) (cuadro 7). Así, el estar unido o casado es clave para que los hombres reciban apoyo, el cual es brindado principalmente por la esposa; mientras que en las mujeres, aun cuando no

estén unidas tienen mayor probabilidad de recibir apoyo. Debe señalarse, sin embargo, que 9.2% de las mujeres diabéticas separadas, divorciadas o viudas, no recibe apoyo alguno y se conforma como uno de los grupos de mayor riesgo para el control de la enfermedad debido a su dependencia económica y afectiva para realizarlo, como se verá más adelante.

En el cuadro 7 también puede verse que la mitad de los hombres diabéticos (50.0%) convive con hijos mayores de 15 años de edad, quienes podrían brindar apoyo, mientras que las mujeres diabéticas registran una convivencia con hijos e hijas mayores de 15 años del 75.0%. La proporción de enfermas y enfermos diabéticos que conviven con hijos menores de 15 años y quienes requieren mayor cuidado por parte de las personas adultas fue superior en los hombres (50.0%) que en las mujeres (25.0%), lo que podría ser explicado por nuevas uniones con hijos por parte de los hombres.

Ni en hombres, ni en mujeres se observaron diferencias significativas en cuanto a los motivos del apoyo proporcionado por sus familiares, siendo en la mayoría de los casos de carácter voluntario (cuadro 7).

Cuadro 7. Motivos del apoyo recibido por hombres y mujeres diabéticos, según estado civil y edad de los hijos e hijas que conviven con ellos y ellas.

Variables explicativas	n (%)	Deber moral	Voluntario	Intercambio	No recibe apoyo	Total
ESTADO CIVIL						
TOTAL	118 (100.0)					
Casado o unido	81 (68.6)	19.8	63.0	9.9	7.4	100.0
Separado, divorciado o viudo	37 (31.4)	27.0	59.5	2.7	10.8	100.0
X ² y valor de p			3.032; 3 gl; 0.387			
HOMBRES	40 (100.0)					
Casado o unido	35 (87.5)	17.1	62.9	11.4	8.6	100.0
Separado, divorciado o viudo	5 (12.5)	40.0	40.0	-	20.0	100.0
X ² y valor de p			2.877; 3 gl; 0.411			
MUJERES	78 (100.0)					
Casado o unido	46 (59.0)	21.7	63.0	8.7	6.5	100.0
Separado, divorciado, viudo	32 (41.0)	25.0	62.5	3.1	9.4	100.0
X ² y valor de p			1.286; 3gl; 0.732			
EDAD DE LOS HIJOS E HIJAS CON LOS QUE CONVIVEN						
TOTAL	78 (100.0)					
Menores de 15 años	12 (15.4)	41.7	50.0	-	8.3	100.0
Mayores de 15 años	52 (66.7)	19.2	61.5	9.6	9.6	100.0
Ambos	14 (17.9)	28.6	64.3	7.1	-	100.0
X ² y valor de p			6.665; 6 gl; 0.353			
HOMBRES	26 (100.0)					
Menores de 15 años	5 (19.2)	60.0	20.0	-	20.0	100.0
Mayores de 15 años	13 (50.0)	23.1	61.5	7.7	7.7	100.0
Ambos	8 (30.8)	25.0	62.5	12.5	-	100.0
X ² y valor de p			5.878; 6 gl; 0.426			
MUJERES	52 (100.0)					
Menores de 15 años	7 (13.5)	28.6	71.4	-	-	100.0
Mayores de 15 años	39 (75.0)	17.9	61.5	10.3	10.3	100.0
Ambos	6 (11.5)	33.3	66.7	-	-	100.0
X ² y valor de p			5.424; 6 gl; 0.491			

Fuente: Elaboración propia con base en la ECPA, 2005-2006 (ECOSUR).

El papel de los ingresos, el trabajo remunerado y la escolaridad en el apoyo intergeneracional

De acuerdo con los resultados de este estudio, los enfermos diabéticos hombres y mujeres que no cuentan con algún grado de escolaridad reciben apoyo en su totalidad, lo que no ocurre cuando los padres enfermos o madres enfermas cuentan con algún grado de primaria o de secundaria, probablemente porque ello les facilite el acceso a algún tipo de trabajo, aun cuando corresponda a labores de muy baja remuneración, disminuyendo la

presión a hijos e hijas para apoyarles (cuadro 8).

Lo anterior se confirma al registrarse una mayor proporción de personas diabéticas que no reciben apoyo entre quienes cuentan con un trabajo remunerado. Así, el 14.8% de los hombres diabéticos que tienen un trabajo remunerado, no reciben apoyo alguno; mientras que los hombres que no tienen trabajo remunerado, todos reciben apoyo (cuadro 8).

Las mujeres registran una situación un poco distinta debido a que, si bien las que trabajan tienen un porcentaje similar al de los hombres de no apoyo (14.3%), entre quienes no tienen trabajo remunerado, 7.7% no cuentan con apoyo alguno, lo que coloca a este grupo de mujeres sin trabajo en una posición de alta vulnerabilidad para seguir el tratamiento y lograr el control de la diabetes mellitus (cuadro 8).

Un elemento adicional es el relativo al monto de ingresos familiares mensuales. Los hombres diabéticos que pertenecen a familias de muy bajos ingresos, todos reciben algún tipo de apoyo, mientras que de las mujeres

diabéticas en familias en esa misma situación, el 7.7% no recibe apoyo alguno.

En síntesis, aun cuando existen datos que apuntan a que las enfermas y enfermos diabéticos sin trabajo remunerado, sin escolaridad o que pertenecen a familias de muy bajos ingresos, reciben más apoyo, es notable el hecho de que el 7.7% de las mujeres bajo estas condiciones no reciba apoyo alguno.

Entre quienes reciben apoyo, la mayoría es de carácter voluntario independientemente de la escolaridad, ingresos o actividad remunerada de los enfermos y enfermas (cuadro 8).

Cuadro 8. Motivos del apoyo recibido por hombres y mujeres diabéticos, según escolaridad, trabajo remunerado e ingresos familiares.

Variables explicativas	n (%)	Deber moral	Voluntario	Intercambio	No recibe apoyo	Total
ESCOLARIDAD						
TOTAL	120 (100.0)					
Sin escolaridad	28 (23.3)	14.3	78.6	7.1	-	100.0
1 a 6 años de Primaria	67 (55.8)	25.4	53.7	7.5	13.4	100.0
Secundaria y más	25 (20.8)	24.0	60.0	8.0	8.0	100.0
X ² , gl y valor de p		9.480; 6 gl; 0.148				
HOMBRES						
Sin escolaridad	2 (4.9)	-	50.0	50.0	-	100.0
1 a 6 años de Primaria	24 (58.5)	16.7	62.5	8.3	12.5	100.0
Secundaria o más	15 (36.6)	33.3	53.3	6.7	6.7	100.0
X ² , gl y valor de p		4.736; 6 gl; 0.578				
MUJERES						
Sin escolaridad	26 (32.9)	15.4	80.8	3.8	-	100.0
1 a 6 años de Primaria	43 (54.4)	30.2	48.8	7.0	14.0	100.0
Secundaria o más	10 (12.7)	10.0	70.0	10.0	10.0	100.0
X ² , gl y valor de p		11.502; 6 gl; 0.074				
TRABAJO REMUNERADO						
TOTAL	120 (100.0)					
Si	41 (34.2)	26.8	51.2	7.3	14.6	100.0
No	79 (65.8)	20.3	65.8	7.6	6.3	100.0
X ² , gl y valor de p		3.390; 3 gl; 0.335				
HOMBRES						
Si	27 (65.9)	25.9	48.1	11.1	14.8	100.0
No	14 (34.1)	14.3	78.6	7.1	-	100.0
X ² , gl y valor de p		5.507; 3 gl; 0.138				
MUJERES						
Si	14 (17.7)	28.6	57.1	-	14.3	100.0
No	65 (82.3)	21.5	63.1	7.7	7.7	100.0
X ² , gl y valor de p		2.749; 3 gl; 0.432				
INGRESOS						
TOTAL	96 (100.0)					
Muy bajos ingresos	18 (18.8)	11.1	72.2	11.1	5.6	100.0
Bajos ingresos	52 (54.2)	23.1	57.7	5.8	13.5	100.0
Ingresos medios	26 (27.1)	30.8	53.8	11.5	3.8	100.0
X ² , gl y valor de p		5.751; 6 gl; 0.452				
HOMBRES						
Muy bajos ingresos	5 (15.6)	40.0	60.0	-	-	100.0
Bajos ingresos	18 (56.3)	22.2	55.6	11.1	11.1	100.0
Ingresos medios	9 (28.1)	33.3	55.6	11.1	-	100.0
X ² , gl y valor de p		3.879; 6 gl; 0.693				
MUJERES						
Muy bajos ingresos	13 (20.3)	-	76.9	15.4	7.7	100.0
Bajos ingresos	34 (53.3)	23.5	58.8	2.9	14.7	100.0
Ingresos medios	17 (26.6)	29.4	52.9	11.8	5.9	100.0
X ² , gl y valor de p		10.179; 6 gl; 0.117				

Fuente: Elaboración propia con base en la ECPA, 2005-2006 (ECOSUR).

El papel de la derechohabiencia en el apoyo intergeneracional

Siguiendo la lógica que expresan los resultados previos, en el sentido de que las personas diabéticas más vulnerables reciben apoyo en mayor proporción, ¿Podría la derechohabiencia de las personas diabéticas disminuir el apoyo que reciben? El cuadro 9 evidencia de manera contundente que quienes cuentan con derecho a las instituciones de seguridad social, reciben significativamente menor apoyo por parte de hijos e hijas o de otros familiares (1.8% vs. 16.1% para derechohabientes y no derechohabientes totales) con diferencias significativas ($p=0.020$).

Esta diferencia en el apoyo según derechohabiencia es mayor en las mujeres que en los hombres, siendo en estas últimas estadísticamente significativa ($p=0.015$) (cuadro 9).

Estos resultados junto con los previos, relativos a la escolaridad, el trabajo remunerado y los ingresos familiares muestran de manera inequívoca que dentro de los grupos vulnerables, las mujeres diabéticas se encuentran en mayor desventaja que los hombres diabéticos respecto a la posibilidad de recibir apoyos o transferencias familiares, lo que se traduce en un impacto negativo en la posibilidad de lograr el control de la enfermedad.

Cuadro 9. Motivos del apoyo recibido por hombres y mujeres diabéticos, según derechohabiencia.

Derechohabiencia	n (%)	Deber moral	Voluntario	Intercambio	No recibe apoyo	Total
TOTAL	119 (100.0)					
Si	57 (47.9)	24.6	68.4	5.3	1.8	100.0
No	62 (52.1)	19.4	54.8	9.7	16.1	100.0
X ² , gl y valor de p	9.853; 3 gl; 0.020					
HOMBRES	41 (100.0)					
Si	18 (43.9)	27.8	66.7	0.0	5.6	100.0
No	23 (56.1)	17.4	52.2	17.4	13.0	100.0
X ² , gl y valor de p	6.092; 3 gl; 0.107					
MUJERES	78 (100.0)					
Si	39 (50.0)	23.1	69.2	7.7	0.0	100.0
No	39 (50.0)	20.5	56.4	5.1	17.9	100.0
X ² , gl y valor de p	10.475; 3 gl; 0.015					
Fuente: Elaboración propia con base en la ECPA, 2005-2006 (ECOSUR).						

Adherencia al tratamiento y control de la enfermedad según tipo apoyo familiar recibido, por sexo

En lo que respecta a la relación entre el tipo de apoyo recibido y el llevar un tratamiento para el control de la *diabetes mellitus tipo 2*, se observó que el recibir apoyo económico no genera diferencias en la posibilidad de estar bajo tratamiento o en la posibilidad de abandono del mismo, no obstante que la mayoría de la población en estudio se ubica en el estrato de muy bajos ingresos. Esto es particularmente notorio en el caso de las mujeres diabéticas, quienes, como se señaló

previamente, se encuentran en la mayor desventaja socioeconómica.

En contraste, el apoyo afectivo se asoció de manera marginalmente significativa ($p=0.080$) con la probabilidad de estar bajo tratamiento, especialmente en el caso de las mujeres; de tal manera que aquellas que reciben apoyo afectivo tienen mayor probabilidad de estar bajo tratamiento. Adicionalmente, la posibilidad de abandono del tratamiento fue casi tres veces superior en las mujeres que no recibieron apoyo afectivo, que aquellas que sí lo tuvieron. Las diferencias también fueron marginalmente

significativas ($p=0.104$) (cuadro 10). Por el contrario, en los hombres diabéticos, el no contar con apoyo afectivo no tuvo ningún efecto ni en la probabilidad de tratamiento actual, ni en la probabilidad de abandono del tratamiento (cuadro 10). Para conocer el efecto de las transferencias intergeneracionales sobre la probabilidad de control médico de la enfermedad, se analizaron variables tales como la práctica de estudios de laboratorio o gabinete y consultas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las transferencias económicas en hombres y en mujeres con relación a dejar de realizarse algún estudio o acudir a consulta. Para el caso de las mujeres se observó que el no recibir

transferencias afectivas significa una posibilidad dos veces mayor de no realizarse estudios o consultas que en aquellas mujeres que sí reciben apoyo afectivo (cuadro 10).

Estos resultados sugieren que el apoyo moral y de acompañamiento en las mujeres diabéticas incide más en la adherencia al tratamiento y al control de la enfermedad que el apoyo económico, pese a su condición de pobreza y vulnerabilidad. Apoyo, que por otra parte, es cada vez más frecuente en su carácter de apoyo voluntario y que probablemente implique intercambios mediante servicios como el cuidado de los nietos o nietas, o colaboración en las tareas domésticas.

Cuadro 10. Adherencia al tratamiento y control médico de la diabetes mellitus en hombres y mujeres según tipo de apoyo recibido.

	Apoyo económico				Apoyo afectivo			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Si n=12	No n=24	Si n=63	No n=11	Si n=36	No n=0	Si n=59	No n=15
ACTUALMENTE								
Está en tratamiento (sí/no)	91.7	95.8	87.3	100	94.4	0.0	93.2	73.3
X ² , gl y valor de p	n.c.		0.53; 1 gl; 0.468		n.c.		3.06; 1 gl; 0.080*	
Ha dejado de tomar o seguir su tratamiento (sí/no)	23.1	20.8	17.5	9.1	21.6	0.0	11.9	33.3
X ² , gl y valor de p	0.07; 1 gl; 0.794		0.06; 1 gl; 0.801		n.c.		2.63; 1 gl; 0.104*	
EN EL ÚLTIMO AÑO								
Ha dejado de hacerse algún estudio (sí/no)	7.7	8.3	25.4	18.2	8.1	0.0	20.2	40.0
X ² , gl y valor de p	0.32; 1 gl; 0.573		0.02; 1 gl; 0.893				1.56; 1 gl; 0.212	
Ha dejado de ir a alguna consulta (sí/no)	7.7	8.3	19	18.2	8.1	0.0	15.3	33.3
X ² , gl y valor de p	0.032; 1 gl; 0.573		0.12; 1 gl; 0.726		n.c.		1.51; 1 gl; 0.219	
* Marginalmente significativa								

Fuente: Elaboración propia con base en la ECPA, 2005-2006 (ECOSUR).

DISCUSIÓN

La Diabetes *mellitus* tipo 2 es una patología que ha cobrado importancia en las últimas décadas por el impacto económico, psicológico y social tanto en la persona que la padece, como en el entorno familiar y a los sistemas de salud. El retroceso en la cobertura de seguridad social asociada al trabajo

formal, una importante proporción de mujeres sin trabajo remunerado, así como la creciente individualización de los integrantes de las familias y la posible pérdida del pacto intergeneracional, hace que el cuidado de los enfermos diabéticos se torne inseguro.

Aproximadamente el 90.0% de hombres y mujeres diabéticos(as) reciben algún tipo de transferencia familiar ya sea de cuidado y

afecto, información superior a la que reporta Robles (1999) para la ciudad de Guadalajara en el que casi el 80.0% de las personas que padecen DMT2 reciben apoyo familiar para la atención de la misma. Las mujeres son más dependientes de las transferencias económicas que los hombres y reciben más este tipo de apoyos por parte de hijos e hijas, posiblemente debido a la vulnerabilidad económica de las mujeres, ya que aproximadamente una tercera parte de ellas se dedican exclusivamente a tareas del hogar o no cuentan con un trabajo remunerado. El mayor apoyo de hijos e hijas hacia las madres, como lo mencionan Montes de Oca y Hebrero (2006), posiblemente sea el resultado de la trayectoria de crianza y cercanía familiar que las lleva a cosechar ayuda en la vejez y enfermedad. Debido a su vulnerabilidad económica, es crucial el apoyo familiar para el control y tratamiento de la enfermedad en este grupo. Sin embargo, de acuerdo con los hallazgos de este estudio, no se trata de una relación unívoca que signifique ventajas a todas las mujeres.

Las transferencias intergeneracionales cobran importancia bajo el supuesto de que el apoyo familiar seguro y constante contribuye a cubrir las necesidades constantes de los enfermos(as) diabéticos(as) e incide en la adherencia al tratamiento. Efectivamente, según nuestros datos, hay indicios de que los hombres y mujeres diabéticos en condiciones de mayor vulnerabilidad social y económica son a quienes los esposos, pero principalmente los hijos e hijas, les proporcionan mayor apoyo; sin embargo, dentro de este grupo, un porcentaje importante de mujeres no recibe apoyo alguno, por lo que se ubican como un grupo prioritario para la protección social por parte de los gobiernos. Cabe destacar que esto no ocurre con los hombres, lo que cuestiona las supuestas ventajas derivadas de la crianza y cercanía con los hijos e hijas que las mujeres tienen durante la enfermedad o la vejez. Aquellas mujeres con algún grado de escolaridad, trabajo remunerado o derechohabencia registran la falta total de apoyo en un porcentaje relativamente

elevado, lo que indica que es la percepción de necesidad de apoyo por parte del esposo, hijos o hijas lo que les motiva a proporcionarlo; percepción que puede ser muy variable y que por su carácter mayoritariamente voluntario, es incierto. Debe destacarse la importancia que tiene para las mujeres diabéticas el apoyo afectivo y el acompañamiento en la adherencia al tratamiento y al control médico de la enfermedad. Nuestros datos evidencian importantes diferencias en el tratamiento y control según reciban o no este tipo de apoyo, el cual, por otra parte, no es tan visible, y muy probablemente, ni percibido tan importante como el económico, por parte de los familiares para las mujeres diabéticas.

Así, las mujeres diabéticas en un contexto pobre como el aquí estudiado, enfrentan no solamente la desventaja socioeconómica que se deriva en dependencia de apoyo económico, sino que además requieren de apoyo afectivo, cuidado y acompañamiento para que puedan seguir con éxito su tratamiento, lo que también la convierte en dependientes de este tipo de apoyo, que como se señaló previamente, son en su mayoría de carácter voluntario y responden a la percepción de necesidad de soporte por parte de hijos, esposos u otros familiares. Las mujeres diabéticas de 65 años y más, son las que registran las peores condiciones económicas y de seguridad social para enfrentar la enfermedad y, por tanto, dependen en mayor medida de los apoyos que puedan proporcionarles el cónyuge (cuando existe) y, en mayor medida, los hijos e hijas, pero también del apoyo afectivo y acompañamiento. Aunque los hombres de mayor edad reciben en proporciones similares a las mujeres el apoyo afectivo, el efecto sobre el tratamiento y control de la enfermedad en ellos no es tan importante como el observado en ellas, por lo que el hecho de que las mujeres de mayor edad reciban en baja proporción cuidados y afecto tiene importantes implicaciones.

A manera de hipótesis, es probable que el apoyo afectivo signifique para las mujeres no

solamente cuidados o compañía, sino también, por ese mismo afecto una posición de mayor ventaja en el grupo doméstico y por tanto mayor control sobre los recursos económicos derivado de las ayudas proporcionadas por hijos, hijas o el esposo. En esta misma población se ha documentado (Trujillo y cols., 2008; Nazar y Salvatierra, 2009) la existencia de acceso diferenciado de los recursos dentro del hogar, por lo que una posición de desventaja en la jerarquía familiar podría significar que las “ayudas” sean canalizadas a otras necesidades del grupo doméstico y no necesariamente a los gastos derivados de la enfermedad. En todo caso, tanto la dependencia económica, la afectiva y la relación entre el afecto y el control de los recursos, pueden estar fuertemente vinculados a la identidad y relaciones desiguales de género tanto dentro como fuera del grupo doméstico, y deben seguir explorándose con mayor profundidad para comprender cómo estas desigualdades se traducen en la falta de control y adherencia al tratamiento en una enfermedad como la diabetes mellitus tipo 2.

LITERATURA CITADA

- Cain, Mead. 1982. **Perspectives on Family and Fertility in Developing Countries.** *Population Studies*, 36 (2): 159-175.
- CELADE. 2008. **Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe.** Santiago de Chile, 80 páginas. Disponible en: www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/33075/cl12864.pdf
- Donati, Pier Paolo. 1999. **Familias y generaciones.** Desacatos. Revista de Antropología Social. Otoño, núm. 002, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Distrito Federal, México.
- Gutiérrez Robledo, Luis Miguel. 2004. **La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento.** La situación demográfica de México: 53-70.
- Ham_Chande, Roberto. 2003. **El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica.** México: El Colegio de la Frontera Norte. Primera Edición, Miguel Ángel Porrúa, 332 páginas.
- Hareven, Tamara K y Aldine de Gruyere. 1999. **La generación de enmedio.** Comparación de cohortes de ayuda a padres de edad avanzada dentro de una comunidad estadounidense. Desacatos. Otoño, núm. 002, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Distrito Federal, México.
- Montes de Oca, Verónica y Mirna Hebrero. 2008. **Dinámica familiar, envejecimiento y deterioro funcional en México.** Documento preparado para la II Conferencia intergubernamental sobre envejecimiento, Brasilia, Brasil, 4-6 de diciembre de 2007. Disponible en: revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2514/1599.
- Nazar Beutelspacher, Austreberta y Benito Salvatierra Izaba. 2009. **Derechohabiencia y género en el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en hombres y mujeres de asentamientos urbanos pobres de Chiapas, México.** En: Jorge Luis Cruz Burguete y Austreberta Nazar Beutelspacher (Eds.). *Sociedad y Desigualdad en Chiapas. Una mirada reciente.* México: El Colegio de la frontera sur, 174-191.
- Olaiz Fernández, Gustavo, Rosalba Rojas, Carlos A. Aguilar Salinas, Juan Rauda y Salvador Villalpando. 2007. **Diabetes Mellitus en adultos mexicanos.** Resultado de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Salud Pública Mex; 49 Supl 3:S331-S337.
- Robles-Silva Leticia y Francisco Javier Mercado-Martínez. 1995. **Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México.** Salud Pública Mex; 37(3):187-196.
- Salgado de Snyder, Nelly y Rebeca Wong. 2007. **Género y Pobreza: Determinantes de la salud en la vejez.** Salud Pública Mex; 49 supl 4:S515-S521.
- Robichaux, David. 2007. **Sistemas familiares en culturas subalternas de América Latina: una propuesta conceptual y un bosquejo preliminar.** En: Familia y Diversidad en América Latina. Estudios de casos. Robichaux, David. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/robichaux/03-Robichaux.pdf>

- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán. 1998. **Cambios demográficos y socioculturales: familias contemporáneas en México.** En: Beatriz Smuckler (Coord.). Familias y relaciones de género en transformación. México: EDAMEX-Population Council: 83-126.
- Sen, Amartya. 1990. Cooperation, Inequality, and the family. 1990. En: Geoffrey McNicol y Mead Caín (Eds.). Rural Development and Population: Institutions and Policy. Population and Development Review. A Supplement to Volume 15, 1989/New York: Oxford University Press: 61-76.
- Treviño Siller, Sandra, Blanca Pelcastre Villafuerte y Margarita Márquez Serrano. 2006. **Experiencias del envejecimiento en el México Rural.** Salud Pública Méx; 48(1):30-38.
- Trujillo Olivera, Laura Elena, Austreberta Nazar Beutelspacher, Emma Zapara Martelo y Erín Ingrid J. Estrada Lugo. 2008. **Grupos domésticos pobres, diabetes y género: renovarse o morir.** Papeles de Población; 14(58): 231-258.
- Wolff, Charles Francois y Attias Donfut Claudine. 2006. **El impacto de las transferencias intergeneracionales de la vivienda.** CEPAL: 195-222. Disponible en: www.ecla.cl/publicaciones/xml/4/25874/Ic_g2276-P7.pdf.

Manuela Solís Hernández

Licenciada en Sociología por la Universidad Autónoma de Chiapas, Maestra en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural con Orientación en Salud y Desarrollo Comunitario por el Colegio de la Frontera Sur. Actualmente se desempeña como Asesora en Investigación en el Departamento de Enseñanza e Investigación del Hospital de las Culturas, del Instituto de Salud del estado de Chiapas, en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas. Temas de interés: Diabetes mellitus, género y familia. Correo electrónico: manue_sol78@hotmail.com.

Austreberta Nazar-Beutelspacher

Doctora en estudios del Desarrollo rural por el Colegio de Postgraduados en Ciencias Agrícolas en México. Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Especialista en Epidemiología aplicada por la Secretaría de Salud de México y los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos. Médica Cirujana por la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH). Publicaciones en el campo de la Salud

Reproductiva, Género, Calidad de Vida y Políticas de Poblaciones en los ámbitos nacionales e internacional. Forma parte del Consejo Consultivo Científico y Tecnológico del Estado de Chiapas. **Miembro del sistema Nacional de Investigadores (SIN), CONACYT-México.** Correo electrónico: anazar@ecosur.mx.

Benito Salvatierra Izaba

Doctor en Estudios del Desarrollo Rural por el Colegio de Postgraduados en Ciencias Agrícolas en México. Maestro en Ciencias Sociomédicas con Especialidad en Estadística Aplicada a la Salud por la Universidad Nacional Autónoma de México, Especialista en Epidemiología Aplicada por la Secretaría de Salud de México y los Centros para el Control de enfermedades de los Estados Unidos. Médico Cirujano por la Universidad Autónoma de Nicaragua. Publicaciones en los ámbitos nacional e internacional en el campo de la evaluación de impacto de políticas y programas sociales, en particular educación, fecundidad y desarrollo rural, salud reproductiva y sobrevivencia infantil. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SIN), CONACYT-México. Correo electrónico: bsalvati@ecosur.mx.

Emma Zapata Martelo

Doctora en Sociología por la Universidad de Texas, Austin, Texas. E.U.A. Maestría y Licenciatura por la misma universidad. Impulsó la especialidad sobre estudios de género en la institución, dirigidos específicamente a la problemática de la mujer rural. Recibió el Premio Internacional de Investigación en Países en Desarrollo, otorgado por la Universidad Justus-Liebig, en Giessen, Alemania. Libros publicados: Género, feminismo y educación superior. Una visión Internacional; Microfinanciamiento y empoderamiento de mujeres rurales; Women and power: fighting patriarchy and poverty. Mujeres rurales ante el Nuevo Milenio. Desde la teoría del desarrollo rural hacia el género en el desarrollo. Numerosos artículos de su autoría sobre las relaciones de género el ámbito rural han aparecido en revistas nacionales y extranjeras. Pertenece a la Academia Mexicana de Ciencias; En 2006 obtuvo el Premio Nacional María Lavalle Urbina. Profesora Investigadora Titular en el Colegio de Postgraduados en Ciencias Agrícolas en Montecillo, Estado de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), CONACYT-México. Correo electrónico: emzapata@colpos.mx.