



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE MEDICINA**

ESPECIALIZACION EN GERIATRIA

VEJEZ Y DINÁMICAS DE APOYO EN BOGOTÁ

A partir de resultados del Estudio salud, bienestar y envejecimiento
SABE Bogotá, 2012

*Lina Vanessa Guevara Álvarez
Arlet Patricia Cañón Esquivel*

Cecilia de Santacruz

TRABAJO DE GRADO

Presentado como requisito parcial para optar al título
de Médico Geriatra

Bogotá, D. C. Julio de 2016

NOTA DE ADVERTENCIA

"La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará por que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por que las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia".

Artículo 23 de la Resolución No13 de julio de 1946.

VEJEZ Y DINÁMICAS DE APOYO EN BOGOTÁ
A partir de resultados del Estudio salud, bienestar y envejecimiento
SABE Bogotá, 2012

APROBADO

CARLOS ALBERTO CANO GUTIERREZ MD
Director postgrado Geriatría

RODRIGO ALBERTO HEREDIA MD
Coordinador Especialización Geriatría

MARY BERMÚDEZ GÓMEZ. MD
Decana Académica de la Facultad de Medicina

JUAN GUILLERMO CATAÑO CATAÑO. MD
Director de Postgrados de la Facultad de Medicina

Dedicamos este trabajo a Dios por permitirnos finalizar una de nuestras metas a nivel profesional

Agradecemos a nuestras familias por apoyarnos cada instante en el camino, a nuestros hijos Isabella y Nicolás quienes llegaron a nuestras vidas en el momento exacto para acompañarnos en la culminación de esta etapa.

A nuestros profesores el Dr. Carlos Cano, Dr. Gabriel Gomez y en especial a la Dra. Cecilia de Santacruz por sus enseñanzas, por ser nuestra guía y sobre todo por su paciencia en estos cuatro años, siempre será nuestro modelo a seguir como mujer, madre y profesional.

Agradecimientos también por su contribución a Antonio Arciniegas,
Miguel Borda y Nathalia Rodríguez.

VEJEZ Y DINÁMICAS DE APOYO EN BOGOTÁ

A partir de resultados del Estudio salud, bienestar y envejecimiento
SABE Bogotá, 2012

*Lina Vanessa Guevara A y Arlet Patricia Cañon E.
Residentes posgrado en geriatría.
Cecilia de Santacruz. Docente e investigadora.*

RESUMEN

Introducción: Al envejecimiento poblacional acelerado se le asocian condiciones y problemas específicos, parte de éstos derivados de las preocupaciones económicas del mantenimiento de la población vieja, pues la vejez continúa siendo una noción a la cual subyacen representaciones sociales de incapacidad, con la persistencia de múltiples estigmatizaciones, considerándose esta etapa de la vida como una carga para la sociedad y las familias. Esto aunque distintos estudios, y la observación cotidiana, enfatizan en la bidireccionalidad y reciprocidad de las transferencias familiares, en el papel activo de las personas mayores en la provisión de recursos en el hogar, inscrito en las redes de apoyo informales (familiares y otras) que conciben la ayuda basada en vínculos permanentes de reciprocidad, así mismo puede comprenderse en el marco del reconocimiento al valor de los distintos aportes no remunerados planteado por la economía del cuidado.

Objetivo general: Caracterizar las dinámicas de apoyo de la familia y el hogar que involucran a personas de 60 y más años en Bogotá, destacando su papel protagónico con miras a deslindar los nexos vejez dependencia.

Diseño del estudio: descriptivo a partir del análisis secundario de resultados de 2.000 encuestas a personas de 60 y mayores del Estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento – SABE. Bogotá 2012 (Proyecto financiado por Colciencias).

Resultados y conclusiones: La familia es la red privilegiada de los apoyos o transferencias, clasificados para el SABE en: materiales (dinero, alojamiento, comida, ropa, pago servicios); instrumentales (cuidado, transporte, labores del hogar); emocionales (afectos, compañía, reconocimiento, escucha) y cognoscitivos (intercambio de experiencias, información, consejos). Hasta un 64.3 % de las personas de 60 años y mayores entrevistadas recibe algún tipo de apoyo de parte de sus familiares (sólo un 4,7% lo obtiene de no familiares), a su vez esas personas aportan a su hogar en el 99.2% de los casos.

Las dinámicas de incremento - reducción y modificación de los tipos de apoyos parecen asociarse con factores distintos a la vejez como tal.

VEJEZ Y DINÁMICAS DE APOYO EN BOGOTÁ

A partir de resultados del Estudio salud, bienestar y envejecimiento
SABE Bogotá, 2012

*Lina Vanessa Guevara Álvarez. Arlet Patricia Cañón Esquivel
Residentes posgrado en geriatría.
Cecilia de Santacruz. Docente e investigadora.
Instituto de Envejecimiento. Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Javeriana*

INTRODUCCIÓN

La determinación explícita en nuestro país de los 60 años (e incluso antes) como inicio de la vejez, aparece en la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez:

Se consideran personas mayores a mujeres y hombres que tienen 60 años o más (o mayores de 50 años si son poblaciones de riesgo, por ejemplo indigentes o indígenas). Esta edad puede parecer joven en países donde la población goza de un adecuado nivel de vida y por lo tanto de salud, sin embargo en los países en desarrollo una persona de 60 años puede ser vieja y reflejar condiciones de vida que han limitado un envejecimiento saludable. (1)

Este límite es retomado con cierto recelo por la política distrital:

“(...) vejez, la cual ha sido definida como el último de los momentos del ciclo de la vida que comienza alrededor de los 60 años y termina con la muerte; (...) sin embargo, “la edad cronológica, no es un indicador exacto de los cambios que acompañan el envejecimiento”. (2)

Frente a lo anterior son posibles dos reflexiones: la primera es que para el caso de Bogotá se está hablando de más de 618.000 personas, el 14.39%

(5,91% hombres y 8,48% mujeres) del total de la población mayor de 65 años del país, incluyendo el 9% de todos los centenarios del país (61% mujeres) (3) (4), con grandes y graves variaciones entre ellas. La segunda es la persistente asimilación de vejez y deterioro, condición que a más de la edad designa la vejez, y *a grosso modo*, cubre a esa gran franja de población señalada.

Al envejecimiento poblacional acelerado se le asocian condiciones y problemas específicos, parte de éstos derivados de las preocupaciones económicas del mantenimiento de la población vieja, cuya consideración se realiza en términos de la tasa de Dependencia (calculada en 53.7 para Bogotá), que expresa una relación entre las personas que no tienen ningún ingreso y las que lo tienen.¹ Es común plantear que el aumento progresivo de la población colombiana, especialmente del grupo de los adultos mayores, representa un desafío hoy en día no solo para las políticas de salud sino también para la calidad de vida y la inclusión social.

Así, la vejez continúa siendo una noción a la cual subyacen representaciones sociales de incapacidad, con la persistencia de múltiples estigmatizaciones, considerándose esta etapa de la vida como una carga para la sociedad y las

¹ *Es la proporción entre los desempleados y quienes tienen un empleo. Los jóvenes por debajo de la edad laboral legal y los jubilados constituyen la población dependiente, mientras que los grupos que se encuentran entre ambos extremos de edad constituyen la población independiente.*

familias, un estado de vulnerabilidad y pérdida de la independencia; catalogándola como una situación vital demandante de servicios, ayuda y cuidado. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define discapacidad como toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal. De otro lado, funcionalidad se refiere a la capacidad que tiene un individuo de realizar sus actividades básicas cotidianas de forma independiente y serían sus alteraciones o limitaciones, sin importar la edad del que las padezca, las que llevarían a un individuo a ser una persona con discapacidad. (5)

Por consiguiente, y a pesar de ser una de las asociaciones más frecuentes no puede asimilarse vejez y discapacidad, lo que han venido mostrando distintos estudios, y la observación cotidiana, que enfatizan en la bidireccionalidad y reciprocidad de las transferencias familiares, en el papel activo de las personas mayores en la provisión de recursos en el hogar.

OBJETIVOS

General

- Caracterizar las dinámicas de apoyo de la familia y el hogar que involucran a personas de 60 y más años en Bogotá, destacando su papel protagónico con miras a deslindar los nexos vejez dependencia.

Específicos

- Tipificar los apoyos, su direccionalidad y los implicados en el flujo de recursos.
- Describir particularidades de las personas viejas que reciben y ofrecen apoyo.

MARCO CONCEPTUAL

Envejecimiento y vejez

Según la Organización Mundial de la Salud - OMS, el número de personas mayores de 60 años se ha duplicado desde 1980 y se prevé que alcance 2000 millones de aquí al 2050. (6) En Colombia la población adulta mayor representa el 6,3% de la población (65 - 98 años) correspondiente a 2.651.999 personas, y para el 2020 Colombia tendrá alrededor de 6.500.000 mayores de 59 años lo que marcará un crecimiento del 34.4% con respecto al 2012. (3)

Lo anterior se observa en la modificación de la base de la pirámide poblacional, con ampliación en la punta lo que describe la disminución de la población joven y el incremento de los adultos mayores, principalmente de los más viejos con un promedio anual del 4% respecto a la población joven,

que representa un crecimiento anual del 1,9 en el periodo de 1990 al 2003, adicional el incremento del porcentaje ha sido mayor en la población urbana.

(3)

Además otro de los cambios llamativos es que la esperanza de vida en los últimos 50 años se ha venido incrementando principalmente para las mujeres, de ahí que en la actualidad estas últimas vivan en promedio, 5.9 años más. Desde una perspectiva de género las diferencias en la vejez son evidentes, los hombres con mayor mortalidad y maltrato, las mujeres con más pobreza, mayor expectativa de vida, más discapacidad, más responsabilidades en el cuidado de otros. Adicionalmente se evidencia que en la medida que ha aumentado la longevidad, principalmente en el sexo femenino, el índice de masculinidad disminuye. Una de las razones que influye en lo anterior es el índice de viudez: mientras que es de 13% para los hombres, en las mujeres es de 43%, es decir hay cerca de tres veces más viudas. (7)

En cuanto a lo laboral mayor informalidad de empleo, menos pensiones y más reducidas (en buen número de sustitución), diferencias salariales desfavorables, con menor tiempo de participación en el mercado laboral y de semanas de cotización y una pensión inferior durante más tiempo pues viven más. (8)

De otra parte, el incremento de la esperanza de vida ha sido mayor en la población urbana, en los grupos con mayor nivel de instrucción y con mayores ingresos económicos. Estas diferencias podrían explicarse parcialmente, por profundas desigualdades en el acceso y utilización de los servicios de salud. Aunado al incremento en la expectativa de vida para la población general, una vez cumplidos los 60 años, se espera que los colombianos vivan al menos otras dos décadas. (9)

Esta transición demográfica no solo genera un proceso de envejecimiento sino que también influye en el proceso de urbanización, en los censos de 1938 y 1951, el 60% de los habitantes se encontraba fuera del centro urbano. De acuerdo con el censo 2005, Colombia pasó a tener 75% de los habitantes en los núcleos urbanos, este proceso se acelera a partir de 1985 llevando a transformaciones culturales, en la conformación de la familia y en los logros educativos formales de la población. (3)

El mundo contemporáneo junto con la tecnociencia ha logrado que la población se envejezca, siendo los viejos el grupo etario de mayor velocidad de crecimiento entre las sociedades potencializadas por la disminución de la tasa de fecundidad y natalidad, aparecen esfuerzos para intentar que sean tenidas en cuenta sus contribuciones a la sociedad, a su familia, comunidad o en el trabajo, asumiendo su “sabiduría” para convertirla en recurso social

esencial y no que la persona anciana sea vista en términos de generadora de gastos. (10)(11)

El aumento en la expectativa de vida se refleja en el incremento de la etapa adulta y vejez, lo cual influye en mayor tiempo dedicado a ciertos roles (abuelos, padres, madres, entre otros) y a las actividades personales, profesionales y de ocio. Además, la disminución de la fecundidad lleva a que el número de miembros de la familia potenciales dadores de apoyos sean de edad avanzada, lo que genera una tendencia a la disminución de hogares jóvenes y a un aumento de los hogares con personas mayores(12). Anotando que la mayor parte de la población mayor de 60 años se mantiene laboralmente activa, aunque no siempre implique una remuneración económica (13).

Estas transformaciones demandan nuevos retos en la construcción de las identidades y nuevas formas de relación dado que las nociones de solidaridad, necesidad, retribución, entre otras, no son suficientes para garantizar los sistemas de apoyo, la distribución de recursos y el bienestar global de la comunidad. (14)

Apoyos y transferencias

El apoyo social refiere a “(...) las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación”, denominado también *transferencias*, un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. Se consideran cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos. Los materiales son recursos monetarios y no monetarios (dinero, regalos, alojamiento, comida, ropa, pago servicios); los instrumentales refieren al cuidado, transporte, ayuda en labores del hogar, compañía; los emocionales incluyen expresiones de afecto, confianza, reconocimiento, escucha, preocupación por el otro, visitas; y los cognoscitivos el intercambio de experiencias, transmisión de información, consejos para abordar una situación. (15)

Esas contribuciones o transferencias se inscriben en una red de apoyo (que puede ser formal e informal), la cual hace parte de la estructura de las relaciones con los demás, es decir de la red social del individuo. La accesibilidad natural, la congruencia con las normas locales y culturales, su generación a partir de relaciones duraderas entre pares, la variabilidad del apoyo brindado (desde bienes y servicios hasta compañía) y la ausencia de costos económicos y psicológicos, son características de las redes naturales e informales, pues las primeras sustentan la ayuda en vínculos permanentes, en reciprocidad, con evaluaciones centradas en el afecto, en tanto que en las

redes formales el apoyo parte de una relación despersonalizada, asimétrica, motivada económicamente y objetivamente evaluada. (16) Así, las redes sociales en cuanto a las interacciones personales, se pueden describir como *“relaciones de carácter laxo, flexible, horizontal, los actores involucrados son múltiples y con débil o ninguna institucionalización”*. (17)

La red social se puede considerar como la formación de lazos dentro de la *“práctica simbólico – cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.”* Se podría definir como una *“serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, material, servicios e información”*, (15) y se han clasificado en: primarias: la conforma la familia, amigos, vecinos; secundarias o extra familiares: grupos recreativos, grupos de adultos mayores, organizaciones religiosas, o laborales; institucionales o formales: organizaciones del sector público. (18)

También, se han relacionado las redes sociales con la calidad de vida, la salud, y como un mecanismo para la sobrevivencia y paliar la pobreza en condiciones sociales de desventaja. (19)

El apoyo social supone, entonces, la totalidad de recursos provistos por otras personas, y a este intercambio que es variable en grado, tipo y formalidad,

subyacen conductas de reciprocidad, altruismo, solidaridad, intercambio. Así mismo, implica complementariedad, cambio papeles y funciones, y otros conceptos relacionados serían los de: cuidado, atención, protección y asistencia.

Los apoyos y las personas mayores

Durante años la categoría “redes sociales” fue asumida como indicador de apoyo. Si se pertenecía a una red se estaba apoyado. La investigación gerontológica desmintió que esto fuera así y empezó la preocupación por un análisis más detallado de la calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad de los apoyos. Algo que resultó sumamente importante fue la comprobación de que pertenecer a una red social no garantiza necesariamente que el apoyo sea constante, ya que éste puede variar en el tiempo y en el curso de vida de los individuos. Por eso, hoy, saber sobre la continuidad de la ayuda en la etapa de vejez, en casos de enfermedad o en contextos de escasez económica, resulta fundamental. (15) Entonces en el grupo de los adultos mayores es de vital importancia tener en cuenta la identificación de las fuentes de apoyo, tipo de vínculos, disponibilidad y sostenibilidad de las redes, y complementación entre fuentes formales e informales de apoyo social.

Para algunos autores, según se anotó, el apoyo social incide positivamente de manera general sobre el bienestar y la salud, aduciendo una relación empíricamente clara entre apoyo social y calidad de vida, la ausencia de este soporte se traduce en mayor uso de los servicios y se ha vinculado incluso con enfermedad y mortalidad. Crear o aumentar el tamaño y la fortaleza de la red de apoyo genera ganancia en los estados de salud y emocionales, en el afrontamiento de los cambios de la edad, en la cantidad y en la variedad de actividades de las personas mayores. (20) Resultados similares se obtuvieron en otro estudio que asoció el bienestar psicológico con el apoyo social percibido en mayor grado que con la percepción de salud, con diferencias según el sexo pues los hombres reportaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres, así mismo, con el estado conyugal con más bienestar y apoyo percibidos para las personas casadas o con pareja estable. (21)

Con respecto a la salud mental la depresión, por ejemplo, se ha vinculado con la falta de apoyo o su presencia inadecuada. Un estudio en población anciana de Barcelona (España) concluyó que existe una conexión entre la red y el apoyo social y la salud mental, estas relaciones varían acorde con el sexo y el grupo de edad. Para los varones se observó una relación inversa entre los apoyos social y emocional y la presencia de trastornos mentales. Para las mujeres no se encontró relación estadística en lo que respecta al apoyo emocional. En las personas mayores de 75 años, la frecuencia

mensual de contacto con los amigos se vinculó con menor riesgo de trastornos mentales. (22)

Se ha planteado así mismo que el apoyo social amortigua las condiciones de estrés cuando están presentes (23), aunque para lidiar o modificar el impacto negativo de las condiciones de vida, el apoyo social debe ir más allá del individual y grupal dando lugar a intervenciones que permitan el acceso y la generación de los recursos necesarios para esa tarea. (24)

En otros ámbitos, las redes de reciprocidad y ayuda con las familias y la comunidad, unida a las características de las trayectorias laborales, los saberes y experiencias ocupacionales durante la vida, la importancia del trabajo en la historia personal, son fundamentales para que las personas mayores continúen participando en labores productivas e incursionen en nuevas áreas ocupacionales. (25)

Ahora bien, la familia constituye la primera y más importante red de apoyo, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) reconoce que la familia latinoamericana sigue siendo el principal dador de cuidado para el adulto mayor, y su papel es primordial para lograr cierta seguridad económica cuando los ingresos son pocos al igual que el apoyo institucional. En la vejez, este soporte adquiere un significado diferente, pues el ingreso por remuneraciones pierde importancia, debido a que solo una limitada parte

de la población cuenta con pensión. (26)

En Colombia el Censo general realizado por el DANE en el año 2005 encontró que las personas mayores de 65 años conviven en un 98,8% se encuentra en hogares particulares y el 1.2% restante reside en LEAS (Lugares Especiales de Alojamiento-Centros Geriátricos). (3) Pero, las familias han venido transformándose disminuyendo en su tamaño, con menor permanencia de las mujeres en labores en la casa, su salida del entorno doméstico para ingresar a la fuerza laboral y el deterioro general de condiciones de vida, por tanto, afirma Stolkiner (27) se da una restricción de los intercambios familiares y disminución de la capacidad de cuidado debido a la lucha por la subsistencia, haciendo necesaria la garantía por parte del Estado del acceso a los servicios, la participación comunitaria, la creación de redes y su protagonismo y el reconocimiento a las formas espontáneas de los grupos sociales.

En este contexto, la co - residencia constituye una modalidad habitual de solidaridad intergeneracional, pues disminuye gastos y facilita el apoyo directo a los miembros del hogar que lo requiere. Los arreglos de co – residencia entre padres mayores y sus hijos puede darse por la acogida de los hijos a sus progenitores o el mudarse con ellos, pues tienden a permanecer en su residencia, para facilitar el soporte en determinadas

situaciones ligadas a etapas de la vida familiar más que a condiciones económicas, si bien estos arreglos son variables y no permanentes. (28)

Reciprocidad en las transferencias

La reciprocidad es evidente en los intercambios familiares y comunitarios, según investigaciones en América Latina y El Caribe en cuanto al apoyo de las personas viejas, especialmente hacia sus hijos, en dinero, servicios, bienes y cuidado de los niños. (29) Si bien el mayor número de hijos aumenta la posibilidad de apoyo a las personas viejas, no incide en el soporte que ellas le brindan a su descendencia.

En diferentes estudios han mostrado que las familias en general brindan apoyo emocional (compañía) y material a las personas mayores, son las mujeres mayores quienes más apoyos reciben de sus familiares en los mismos aspectos. Algunos estudios dan cuenta de que es dinero lo que más reciben los mayores de la Ciudad de México y en el Gran Santiago, Chile, es dinero. A su vez, los mayores igualmente brindan apoyo. Para el año 1984 en Chile, un alto porcentaje de mayores brindaba apoyo material, inclusive superior al apoyo que daban en dinero y casa, que el que reciben. En el Gran Santiago y Ciudad de México, en cambio para el año 1998, las personas mayores dan más servicios que dinero. En relación a la valoración de las fuentes de apoyo de las personas mayores Barros (1994), plantea que

existen diferencias según nivel socioeconómico: en los estratos bajos la mejor calificación la obtienen el cónyuge o la pareja, mientras que en el estrato medio la obtienen los hijos (15).

En ese marco, la dinámica de las transferencias que involucran población vieja constituye un flujo bidireccional que se expresa principalmente en el seno de los hogares, pero también hacia otros hogares son significativas, especialmente entre los ancianos que viven solos o con cónyuge. (30) Esto desvirtúa la idea de que son los hijos o nietos quienes de manera unidireccional se hacen cargo de sus padres o abuelos. Los adultos mayores, contribuyen al sostenimiento de sus hogares de residencia y a disminuir la pobreza, mediante actividades como el cuidado de nietos, la actividad productiva en las aéreas rurales se incrementa, debido a la reducida cobertura de seguridad social.(17)

Empero, las condiciones socioeconómicas de las personas mayores influyen en estas transferencias informales, pues cuando el nivel socioeconómico es más alto hay menos demandas de ayudas funcionales e instrumentales que se incrementan en las personas con menores recursos económicos, asociado este aumento además a las limitaciones del apoyo formal. De otra parte, como ya se señaló, las mujeres mayores reciben más ayudas económicas, en este sentido pervive la idea de menores necesidades de los hombres en este aspecto y el hecho de ser mayoritariamente responsables

de los aspectos económicos del hogar. Por tanto, para los hombres destaca que además de la estructura macroeconómica de la entidad, los determinantes con mayor peso para la inactividad económica resultan ser su condición de salud y la transferencia de activos en esta etapa de su vida. (31)

Ramos en México, controvierte los señalamientos de algunos estudios de que las transferencias familiares conducen a una limitación del ahorro monetario, de la acumulación de activos y de los pagos a los sistemas de protección formales por parte de las personas mayores, y anota que la reciprocidad intergeneracional es indispensable en el caso de las personas mayores para la sobrevivencia y para evitar la miseria, pero asimismo los hijos dependen de las contribuciones de los padres con la vivienda y otros soportes, pues en un 75% de hogares urbanos pobres son las personas viejas las propietarias de las viviendas, y un poco más del 50% continúa laborando. Estos intercambios pueden entenderse a la manera de una estrategia para paliar la pobreza. (32)

Por último, se ha observado que las mejores condiciones de las redes sociales se encuentran en los niveles de menores ingresos y las peores entre las personas viejas y solteras, esta última condición se asocia en las mujeres con baja educación formal. Vivir solo, por su parte reduce significativamente las posibilidades del intercambio social. (33)

Apoyo social y economía del cuidado

Dada la importancia que hoy ha adquirido esta noción, es posible ligarla con la de apoyo a la que se ha venido haciendo referencia, ya que la economía del cuidado trasciende el oficio sin pago que se lleva a cabo en el hogar para abarcar un

“(...) espacio bastante indefinido de bienes, servicios, actividades, relaciones y valores relativos a las necesidades más básicas y relevantes para la existencia y reproducción de las personas en las sociedades en que viven (...) abarca por tanto al cuidado material que implica un trabajo, al cuidado económico que implica un costo y al cuidado psicológico que implica un vínculo afectivo.” (34)

La Ley 1413 de 2010 define así la economía del cuidado:

Hace referencia al trabajo no remunerado que se realiza en el hogar relacionado con el mantenimiento de la vivienda, los cuidados a otras personas del hogar o la comunidad y el mantenimiento de la fuerza de trabajo remunerado. Esta categoría de trabajo es de fundamental importancia económica en una sociedad.

Trabajo de Hogar no Remunerado: Servidos domésticos, personales y de cuidados generados y consumidos dentro del propio hogar por los que no se percibe retribución económica directa.

En este sentido la economía del cuidado muestra el interés por evaluar la contribución a la economía global del trabajo femenino sin remuneración.

Así, regula la inclusión de esta economía en el sistema de cuentas

nacionales para medir el aporte de la mujer al desarrollo económico y social del país y fundamentar políticas públicas, para lo cual se realiza la Encuesta de Uso del Tiempo (ENUT), que mide el tiempo dedicado por a las diferentes actividades, trabajo remunerado y no remunerado, estudio, recreación y ocio, entre otros.

Al tenor de esa reglamentación se incluye en la ley 1438 de 2011, de reforma a la salud el artículo 141:

Artículo 141º. De los servicios que prestan las cuidadoras y los cuidadores al interior del hogar. Los servicios que prestan las cuidadoras y los cuidadores al interior del hogar relacionados con el auto cuidado y mutuo cuidado de la salud de todos los miembros del hogar, serán registrados en las cuentas nacionales de salud de manera periódica y pública, según los criterios que defina el Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Este reconocimiento no implicará gastos por parte del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.

Los resultados de la ENUT 2012 - 2013 determinan que, en promedio, los hogares colombianos realizan 13,5 horas diarias de cuidado doméstico (66% actividades de cuidado directo y 34% de cuidado indirecto). Para Bogotá el tiempo total de trabajo diario de las mujeres fue de 15 horas con 1 minuto, distribuidas en 9 horas con 24 minutos para actividades de trabajo contabilizado en el Producto Interno Bruto (PIB), y 5 horas con 37 minutos a trabajo no incluido en éste. En los hombres el tiempo total de trabajo diario fue de 12 horas con 27 minutos, 10 horas con 15 minutos a trabajo

considerado en el cálculo del PIB y 2 horas con 12 minutos a trabajo no incluido en esta medición. 88,4% de las mujeres en un día promedio llevó a cabo durante 7 horas y 43 minutos trabajo no comprendido en el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN), en tanto el 70,3% de los hombres le dedicó a estas actividades 3 horas y 39 minutos. (35)

La Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)

Desde hace varios años bajo la coordinación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), nació el proyecto multicéntrico de investigación en salud y bienestar en el envejecimiento, el cual busca determinar por medio de una Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) determinar las principales características demográficas básicas, características socioeconómicas de la persona, pertenencia al hogar y características de la vivienda, autoevaluación de la salud y enfermedades crónicas, uso y acceso a los servicios de salud, medicamentos, cognición y depresión, evaluación nutricional, actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), antecedentes laborales e ingresos, propiedad y activos, transferencias familiares e institucionales.

Se ha realizado en varias ciudades de la región de América Latina y el Caribe, incluidas Buenos Aires en Argentina, Bridgetown en Barbados, La Habana en Cuba, Montevideo en Uruguay, Santiago en Chile, México, D.F.

en México y São Paulo en Brasil. En Ecuador se llevó a cabo cubriendo la población nacional. (36)

La Encuesta SABE Bogotá

La encuesta SABE (Instituto de Envejecimiento, facultad de medicina – Colciencias), es un estudio comunitario que entrevistó a 2.000 personas de 60 años y más, residentes en hogares particulares en todos los estratos socio económicos de las zonas urbanas y rurales de la ciudad de Bogotá. Es un estudio de corte transversal, con un muestreo probabilístico por conglomerados, polietápico, con un nivel de confiabilidad del 95%. La cobertura total fue del 81.9%, con un nivel de rechazo inferior al 20% siendo una muestra estadísticamente representativa para este grupo poblacional. Al expandir la muestra de la encuesta SABE Bogotá a la población con 60 y más años de la ciudad, con base en las proyecciones de población para el año 2012 (DANE 2008), se tenía una población de 779.534 personas mayores, de las cuales 333.558 eran hombres y 445.976 mujeres. (37)

El cuestionario incluyó 11 temas principales: 1) identificación de la vivienda, el hogar y la(s) persona(s) mayor(es) a entrevistar; 2) características de vivienda y del hogar; 3) datos personales y familiares de los miembros del hogar; 4) experiencias de violencia; 5) área cognoscitiva; 6) estado de salud; 7) caracterización y origen de la discapacidad; 8) estado funcional; 9)

medicamentos y su uso y accesibilidad a servicios; 10) medidas antropométricas y de ejecución; y 11) historia de salud - enfermedad en el contexto de trayectorias sociales (componente biográfico). (37)

METODOLOGÍA

Diseño descriptivo a partir del análisis secundario de resultados de 2.000 encuestas a personas de 60 y mayores del Estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento – SABE. Bogotá 2012, considerando a partir de la base de datos, los contenidos de la Encuesta y el objetivo de esta investigación, las siguientes variables:

Sexo: hombre, mujer

Edad: 60-69; 70-79; 80-89; 90-99 años.

Estrato: bajo y alto

Escolaridad: 0 años de escolaridad; <5 años ; > 5 años

Hijos: si; no

Convivencia: solo; acompañado

Ingresos trabajo/jubilacion: si, no

Ingresos renta: si; no

Dificultades economicas: si; no

Salud: buena; mala

Problemas de movilidad: si; no

Problemas Actividades Vida Cotidiana - AVC: si; no

Discapacidad: si; no

RESULTADOS

Tabla 1. Características de las personas mayores y papel en los apoyos (SABE Bogotá)

?

APOYOS	RECIBEN	APORTAN
CARACTERÍSTICAS	Total %	Total %
Total	64,0	99.2
Mujeres	69,0	99.0
Hombres	57,0	99.6
60-69 años	57,7	99.6
70-79 años	66,4	99.4
80-89 años	78,1	98.3
90-99 años	83,8	91.9
Estrato bajo	66,0	99.2
Estrato alto	44,0	99.4
0 años escolaridad	78,7	98.0
- 5 años escolaridad	67,2	99.1
+ 5 años escolaridad	53,8	99.8
Tuvo hijos	66,0	99.2
No tuvo hijos	48,0	100
Vive solo	54,8	98.8
Vive acompañado	65,7	99.3
Ingresos trabajo/jubilación	50,7	99.6
No ingresos trabajo/jubilación	79,6	98.7
Ingresos rentas	59,7	99.6
No ingresos rentas	65,0	99.1
Salud buena	59,0	99.7
Salud mala	69,0	98.8
Dificultades económicas	68,0	99.4
No dificultades económicas	64,0	99.2
Problemas movilidad	73,0	97.9
No problemas movilidad	61,0	99.7
Problemas AVC	72,0	98.1
No problemas AVC	62,0	99.5
Discapacidad	70,8	99.0
Discapacidad no	54,9	99.5

Según aparece en la Tabla, un 64% de las personas mayores informa que recibe algún (o más) tipo de ayuda de parte de sus familiares y 99.2% informa que la ofrece. Las mujeres obtienen soporte en mayor proporción (69,0%) que los hombres (57,0%). El grupo de mayor edad (90 a 99 años) es el que mas soportes obtiene y el que menos retribuye, aunque el porcentaje de quienes lo hacen es alto (91,9 %).

En el estrato alto y con más escolaridad las transferencias de los parientes son menores, lo son así mismo para quienes no tuvieron hijos y viven solos. Igualmente quienes tenían problemas de movilidad reciben mayor porcentaje de ayuda que quienes no tienen problemas de movilidad (73% vrs 61%, respectivamente).

En tanto que, tener mala salud, problemas de movilidad, en actividades de la vida cotidiana y discapacidad parece asociarse con mayor soporte familiar, particularmente ante la discapacidad. Así mismo, más personas mayores sin ingresos y con dificultades económicas, son auxiliadas frente a quienes no se encuentran en esas situaciones.

En cuanto a los tipos de soportes obtenidos por las personas viejas, éstos se discriminan en emocionales (E), cognoscitivos (C), materiales (M), e instrumentales (I), y se exponen en la Tabla 2 relacionándolos con las variables de estudio

Tabla 2. Características de las personas mayores, papel según tipo de apoyos (SABE Bogotá)

APOYOS TIPOS	Reciben%		Aportan%		Reciben%		Aportan%	
	E	C	E	C	M	I	M	I
CARACTERÍSTICAS								
Mujeres	66,7	67,8	89,2	78,7	59,0	46,3	67,4	86,9
Hombres	33,3	32,2	87,5	80,6	44,1	38,6	86,0	83,4
60-69	43,0	43,4	49,0	49,6	48,2	36,8	76,3	91,9
70-79	35,8	35,2	34,5	3,9	55,1	45,2	75,0	86,0
80-89	18,6	18,4	14,8	15,1	65,8	57,1	67,1	70,1
90-99	2,7	3,0	1,7	1,4	54,1	70,3	59,5	40,5
Estrato bajo	94,0	94,1	88,4	80,0	55,1	45,0	73,9	85,4
Estrato alto	6,0	5,9	89,9	78,8	36,3	26,0	79,3	87,7
0 años de escolaridad	69,8	60,9	86,5	78,3	70,1	55,7	62,3	77,9
<5 años de escolaridad	57,6	48,3	88,1	77,9	56,5	47,2	71,8	85,2
> 5 años de escolaridad	47,6	42,2	90,1	84,0	41,7	32,2	83,9	89,1
Tuvo hijos	93,7	93,4	89,6	81,0	55,1	44,5	74,1	85,4
No tuvo hijos	6,3	6,0	77,8	68,3	35,3	31,7	78,4	88,0
Vive solo	9,4	9,3	52,8	44,0	41,3	23,4	90,0	88,1
Vive acompañado	90,6	90,7	93,7	85,1	55,1	46,3	70,2	85,2
Ingresos trabajo/jubilacion	42,7	42,5	88,7	80,4	36,5	32,9	95,8	90,3
No ingresos trabajo/ jubilacion	57,3	57,5	11,3	79,3	72,4	55,2	50,4	80,3
Ingresos renta	13,2	12,2	83,1	71,2	40,3	39,2	92,8	86,7
No ingresos renta	86,8	87,8	16,9	81,3	55,5	44,1	71,4	85,4
Salud buena	45,0	45,1	88,9	81,2	48,1	39,7	80,1	89,9
Salud mala	55,0	54,9	88,2	78,8	58,1	46,7	69,3	81,7
Dificultades economicas	50,0	43,5	77,3	66,9	56,5	39,6	66,9	84,4
No dificultades economicas	57,1	48,8	89,5	81,0	60,4	39,5	67,5	90,4
Problemas de movilidad	32,3	32,2	86,9	75,6	50,6	53,1	77,2	73,9
No problemas de movilidad	67,8	67,7	89,2	81,6	60,4	39,5	67,5	90,4
Problemas AVC	22,7	32,2	85,9	71,8	61,5	53,5	66,3	66,3
No problemas de AVC	77,3	77,1	88,9	80,9	51,3	40,8	76,5	90,6
Discapacidad	64,2	66,2	88,1	78,4	59,2	48,6	70,8	81,4
No discapacidad	35,8	33,8	89,1	82,1	45,1	36,0	79,5	91,6

Como aparece en la Tabla 2, en general son las mujeres (67,80%) quienes más reciben soportes, especialmente de tipo cognoscitivo, para los hombres los más frecuentes son los materiales (44,10%). Para las primeras hay menos apoyos instrumentales y para los segundos cognoscitivos. Diferencias

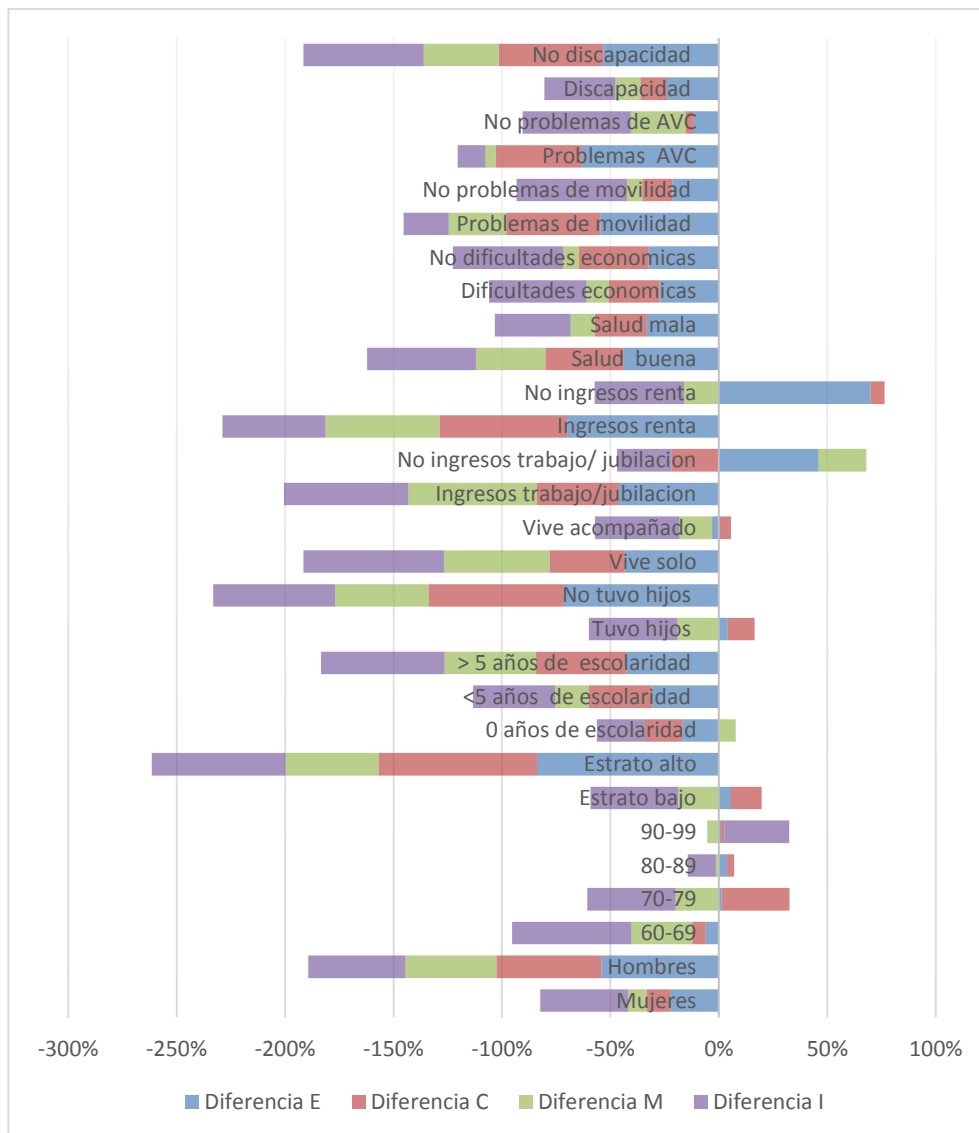
en los aportes se observan para los materiales con porcentajes más elevados para los hombres 86,0 % Vs. 67,40%

Con respecto a la edad, las ayudas se brindan a un porcentaje mayor de las personas entre 90 y 99 años (83,8% de las personas de esta edad las reciben) de tipo material (54,1 %) o instrumental (70,3 %), esta situación es similar para los otros grupos de edad, aun cuando globalmente decrecen los apoyos según disminuye la edad.

En cuanto a la escolaridad a más años de la misma el aporte a la familia va en aumento, el emocional en primer término en tanto que los auxilios recibidos decrecen. Si se observa lo tocante salud, las personas que la perciben como “mala” dan cuenta de una mayor recepción de soportes que quienes califican su salud de “buena”, siendo el apoyo material el más reportado en ambos casos. En todas las contribuciones se encuentran porcentajes altos, siendo el menor el de los materiales para las personas con “mala” salud.

Las personas con limitaciones para el desempeño en las actividades de la vida cotidiana reciben más apoyos instrumentales y materiales que emocionales y cognoscitivos. Igualmente quienes tenían problemas de movilidad reciben mayor porcentaje de ayuda que quienes no tienen problemas de movilidad (73% vrs 61%, respectivamente).

La gráfica a continuación resume las variaciones de los tipos de apoyo según las variables analizadas, anotando que las barras a la izquierda están asociadas con dar más que recibir.



Gráfica Diferencias entre tipos de apoyo dados y recibidos y características de las personas mayores.

DISCUSIÓN

Los aportes a las personas mayores provienen en su casi totalidad de familiares (95.3%), solo un 4,7% lo obtiene de otros. El 99.2% del total de personas viejas reporta que contribuye en su hogar (hombres, 99,6%; mujeres, 99,0%), en tanto que el 64,3% afirma recibir transferencias. Esto pone de manifiesto la percepción de diferencias entre lo que se da y lo que se recibe a favor de lo primero, pero también la consideración de participar en el mantenimiento del hogar.

Con respecto al sexo son las mujeres las mayores receptoras frente a los hombres (69,0% Vs. 57,0%), datos coincidente con muchos de los estudios revisados. Con relación a la edad quienes más informan aportar se encuentran entre los 60 y 69 años, posteriormente decrece el porcentaje de personas que aportan según aumenta la edad, en tanto que los apoyos lo hacen de manera inversa. Debe destacarse que las contribuciones dicen ser asumidas aún por el 91.9% de las personas mayores de 90 años.

Se aprecia, así mismo, una relación inversa al comparar a las personas que tuvieron hijos con quienes no, y el vivir solo o acompañado. Cuando se cuenta con descendencia el porcentaje de personas que afirma recibir transferencias es de 66,0%, cuando no, es de 48,0%. El 65,7% de quienes conviven con otros afirma tener soportes y el 54,8% de quienes están solos.

Comportamiento similar se da entre los años de escolaridad y el soporte que se obtiene, pues a menor escolaridad es mayor el porcentaje de personas apoyadas (78,7% sin escolaridad; 67,2% menos de 5 años de educación formal; 53,8% más de 5 años de escolarización). Otras condiciones de desventaja corresponden a los aspectos económicos, pues se observa que el porcentaje de personas mayores que admiten ser auxiliadas por sus familiares en estas situaciones es en general más alto frente a aquellas que se encuentran en mejores condiciones, así: estrato bajo Vs. estrato alto (66,0% Vs. 44%); carecer de ingresos por trabajo o jubilación o por rentas Vs contar con éstos (79,6% Vs. 50,7%) (65,0% Vs. 59,7%), tener dificultades económicas Vs. no tenerlas (68,0% Vs. 64,0%). Todo esto podría interpretarse en términos de la solidaridad y del capital social que supone la familia, orientado a paliar o facilitar las condiciones de sus miembros con mayores necesidades.

También el menoscabo y las dificultades relativas a la salud y a la funcionalidad son expresadas en más alto porcentaje por las personas mayores más asistidas por sus familiares: salud mala o salud buena (69,0% Vs. 59,0%); problemas o no de movilidad no (73,0% Vs. 61,0%); restricciones o no en las actividades de la vida cotidiana (72,0% Vs 62,0%); discapacidad o no discapacidad (70,8% Vs. 54,9%), siendo los problemas de movilidad y la discapacidad los que requieren mas subvención.

Las ayudas más comunes recibidas son las emocionales y las cognitivas, seguidas de las materiales y las instrumentales, éstas últimas son igualmente las más reconocidas por las personas mayores como contribución al hogar. Aunque hay diferencias por sexo en cuanto a la recepción para todas, las más evidentes están en las emocionales (mujeres 66,7%; hombres 33,3%) y en las cognitivas (mujeres 67,8%; hombres 32,2%), pero en cuanto a los porcentajes de quienes aportan las mujeres aportan menos en lo material (67,4%) que los hombres (86,0%), lo que da cuenta de las menores posibilidades económicas en general para las mujeres por limitaciones en el empleo formal y acceso a la pensión de jubilación. Son las transferencias emocionales y las instrumentales las más ofrecidas por las mujeres.

Por edades, los soportes que dicen recibir y portar los porcentajes más altos de personas mayores son los materiales e instrumentales. Diferencias muy llamativas se aprecian en los porcentajes de quienes sienten que son auxiliados emocional y cognitivamente si han tenido o no hijos (93,7% Vs. 6,3%; 93,4% Vs. 6,0%), y si viven acompañados o solos (90,6% Vs 9,4%; 90,7% Vs. 9,3%).

Ahora bien ofrecen más cooperaciones materiales quienes cuentan con ingresos por trabajo, jubilación o renta y menos, y reciben más los que carecen de éstas, y aquellos con menor escolaridad o con problemas de salud.

CONCLUSIONES

La familia y el hogar son ámbitos privilegiados para los apoyos o transferencias, donde resalta la amplia provisión aportada por las personas mayores, en cualquiera de sus modalidades; materiales, instrumentales, emocionales y cognoscitivas. Esta percepción de contribuciones diversas y sostenidas de las personas mayores al hogar, cuestiona los nexos entre vejez y dependencia tanto de las representaciones sociales como de la autoimagen, destacando por contraste un papel de participación y cooperación.

Las dinámicas de oferta, incremento - reducción o modificación de los tipos de apoyos, parecen estar asociadas con posibilidades individuales y con limitaciones debidas a discapacidad, enfermedad, desempleo, pérdida de la funcionalidad; condiciones no necesaria o exclusivamente vinculadas al envejecimiento.

Esas contribuciones adquieren otro valor en el marco del reconocimiento de los distintos aportes no remunerados planteado por la economía del cuidado y en el de las redes informales y los vínculos de reciprocidad. En este marco, es necesaria una perspectiva de complementariedad de papeles y funciones entre los miembros de la familia, para mantenerse como la primera y más importante red de apoyo ante las transformaciones sociales y económicas

(reducción del número de miembros y de las personas viviendo en el hogar, salida de la mujer del entorno doméstico para ingresar a la fuerza laboral, deterioro general de condiciones de vida), y a los limitados recursos provistos por el Estado.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministerio de la Protección Social (2007) Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. 2007- 2019. Documento en archivo digital.
2. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2010) Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010 – 2025 Bogotá D. C. Secretaría Distrital de Integración Social.
3. Dane, Censo 2005. República de Colombia. Población adulta mayor Disponible en:
http://www.dane.gov.co/censo/files/presentaciones/poblacion_adulto_mayor.pdf.
- 4 Dane. (2006). Censo General 2005. República de Colombia. Centenarios Consultado en Junio de 2008. Disponible en www.dane.gov.co/censo/files/presentaciones/centenario.pdf.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS) Temas de Salud Discapacidades.
<http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
6. Organización Mundial de la Salud (OMS) Envejecimiento.
<http://www.who.int/topics/ageing/es/>
7. Ministerio de Salud. Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia.
<https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>

8. Flórez, Carmen Elisa (2003). El Proceso de Envejecimiento y las Obligaciones Pensionales. En: Colombia envejece: Vámonos preparando Implicaciones e impacto del envejecimiento demográfico. Mesa redonda, Coordinadora: Lucero Zamudio. Edición: Elisa Dulcey-Ruíz. Bogotá: Fundación Santillana para Ibero América. Asociación Interdisciplinaria de Gerontología. Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas
9. Ministerio de Salud. Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia.<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>
10. Iglesias, José Antonio et al. (2010) Premisas para la elaboración de una herramienta para valorar la calidad de vida en las personas mayores. Gerokomos vol.21, n.2.
11. Crespo, Manuel Lillo. Antropología de los cuidados en el anciano: evolución de los valores sociales sobre la vejez a través de la historia. Ciudad Virtual de Antropología y Arqueología. Recursos de Investigación. <http://www.antropologia.com.ar/>
- 12 José Miguel Guzmán, Sandra Huenchuan. Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada. CELADE – División Población de la CEPAL
13. Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana - Profamilia. Ministerio de la Protección Social. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF.USAID.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud- ENDS 2010 Colombia.
profamilia.org.co/wp-content/uploads/2015/05/ends-2010.pdf

14. Lolás, F (2006) La vejez como etapa vital: Consideraciones Bioéticas En:
www.gerontologia.uchile.cl

15. Guzmán José, Huenchuan Sandra y Montes de Oca Verónica (2003) Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual sobre En: Notas de Población. CEPAL. Disponible en:
http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf

16. Gracia Enrique (1997) El apoyo social en la intervención comunitaria Barcelona: Paidós. <http://books.google.com.co/books?>

17. Rivoir Ana Laura Redes Sociales: ¿Instrumento metodológico o categoría sociológica?, Trabajo Social N.o 11, 2009, ISSN 0123-4986, Bogotá.

18. Chadi Mónica (2000) Redes sociales en el trabajo social. Buenos aires: Espacio Editorial.

19. Ávila-Toscano José Hernando. Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y calidad de vida. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología 2(2): 65-73, 2009. Disponible en: <http://ibero-revistas.metabiblioteca.org/index.php/ripsicologia/article/view/186>

20. Marín Sánchez M. García González A. J. Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial. MAPFRE MEDICINA, 2004; vol. 15, n. 3 pp: 177 – 185

21. Vivaldi Flavia y Barra Enrique. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. Terapia Psicológica. 30 (2): 23-29.

2012

22. Carol Lahuerta, Carme Borrell, Maica Rodríguez-Sanz, Katherine Pérez, Manel Nebot La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana Gaceta Sanitaria Volume 18, Issue 2, 2004, Pages 83–91
23. Castro Roberto, Campero Lourdes y Hernández Bernardo (1997) La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. Rev. Saúde Pública 31 (4).
<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n4/2277.pdf>
24. Barrón de Roda Ana y Sánchez Esteban (2001) Estructura social, apoyo social y salud mental. Psicothema 13 (1). <http://www.psicothema.com/pdf/408.pdf>
25. Miralles, Ivana. Envejecimiento Productivo: Las contribuciones de las personas mayores desde la cotidianidad. Trab. soc., Santiago del Estero, n. 16, jun. 2011 . Disponible en <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712011000100009&lng=es&nrm=iso>. accedido en 27 dic. 2013.
26. Huenchuan Sandra y Guzmán José Miguel. Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas. Notas se Población N°83 • CEPAL
27. Stolkiner, Alicia (1994) Tiempos “posmodernos”: ajuste y salud mental. En: Saidon, Osvaldo; Troianovski, Pablo. Políticas en salud mental. Buenos Aires: Lugar Editorial.
28. Amador Julieta y Brenes Gilbert. Una transición en edades avanzadas: cambios en los arreglos residenciales de adultos mayores en siete ciudades

latinoamericanas Estudios demográficos y urbanos Vol 21 No 3 (63) 625 -661

http://www.jstor.org/stable/40315234?seq=1#page_scan_tab_contents

29. Murad Paulo. Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y El Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE. www.eclac.org/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p6.pdf
30. Guidotti-González, Carolina A., & Aidar, Tirza. (2012). Condiciones de vida del adulto mayor en el ámbito doméstico: envejecimiento y transferencias en Montevideo-Uruguay. *Papeles de población*, 18(74), 01-32. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14057425201200400008&lng=es&tlng=es.
31. Millán-León, Beatriz. (2010). Factores asociados a la participación laboral de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de población*, 16(64), 93-121. Recuperado en 27 de diciembre de 2013, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140574252010000200005&lng=es&tlng=es. .
32. Ramos Padilla, Miguel Ángel, David Vera-Tudela Traversa y María Kathia Cárdenas García-Santillán. Las personas adultas mayores y su contribución a la lucha contra la pobreza”. UNFPA. 1era. Edición. Lima, noviembre de 2009. Págs. 12 – 83.
33. Rosa TE, Benício MH, Alves MC, Lebrão ML. Structural and functional aspects of social support for the elderly in the city of São Paulo Cad Saude Publica. 2007 Dec;23(12):2982-92.

34. Rodríguez Corina (2005) Economía del cuidado y política económica: una aproximación a sus interrelaciones (Versión preliminar) CEPAL
http://www.eclac.org/mujer/reuniones/mesa38/C_Rodriguez.pdf
35. DANE. Encuesta nacional de uso del tiempo (ENUT) resultados para Bogotá, año agosto 2012- julio 2013
http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ENUT/Bol_ENUT_BTA_Ago2012_Jul2013.pdf
36. Albalá C., Lebrao M., León E., Ham.Chade R., Hennis A., Palloni A., Paláez M., Pratts O. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(5/6), 2005.
37. Instituto de Envejecimiento. Facultad de Medicina. Informe Encuesta SABE Bogota. Pontificia Universidad Javeriana. Colciencias. Bogotá. 2013