

PORTAL MAYORES

<http://www.imsersomayores.csic.es>

INFORMES PORTAL MAYORES

Número 99

Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores

Autor: Abellán García, Antonio; Esparza Catalán, Cecilia

Filiación: Portal Mayores, CCHS, CSIC

Contacto: antonio.abellan@cchs.csic.es, cecilia.esparza@cchs.csic.es

Fecha de creación: 28-11-2009

Fecha de publicación: 30-12-2009

Para citar este documento:

ABELLÁN GARCÍA, Antonio; ESPARZA CATALÁN, Cecilia (2009). "Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 99. [Fecha de publicación: 30/12/2009].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-solidaridad-familiar.pdf>>

Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003

ISSN: 1885-6780

Portal Mayores | <http://www.imsersomayores.csic.es>



INTRODUCCIÓN

Cambios demográficos y sociales están afectando a la estructura y relaciones familiares y a su capacidad de respuesta a situaciones de necesidad por razón de enfermedad o discapacidad. El descenso de la mortalidad y la caída de la fecundidad (con el consiguiente proceso de envejecimiento), la participación de la mujer en el mercado laboral (con el riesgo de ser “pilladas” en medio de muchas responsabilidades: profesionales, domésticas, reproductivas, de cuidados), y nuevas formas familiares, entre otros cambios, redimensionan la estructura y las solidaridades familiares.

El envejecimiento y la dependencia, estrechamente asociada a él, ponen a prueba el potencial familiar de cuidados y plantean el dilema de si la familia puede dar respuesta a estas nuevas situaciones de demanda de asistencia, o si está en declive y perdiendo sus papeles tradicionales¹.

Los cambios demográficos.- En términos de estructura familiar, los individuos envejecen en la actualidad de forma muy diferente a como lo hacían sus ancestros, tanto en lo que atañe a las formas de convivencia, respecto a las cuales han protagonizado una verdadera emancipación, como a la coexistencia intergeneracional, a las relaciones familiares consecuentes, a su papel dentro de la familia y a la respuesta que ésta puede dar cuando aparecen las situaciones de dependencia, más frecuentes ahora que en generaciones anteriores (Puga, Abellán, Sancho, 2006).

La mayor esperanza de vida puede fortalecer las redes de apoyo, por una mayor supervivencia de todos los miembros de la familia, pero también añadir más carga por un posible mayor tiempo en situación de dependencia. Éste es el precio pagado por mayor longevidad: confiar en otros para hacer las cosas que podían hacer antes solos.

La dependencia avanza en paralelo a la edad. Cuanto más crezca la población de mayores dependientes, también lo hará la población de cuidadores, que normalmente son miembros de la familia. En este sentido, el cuidado debe ser visto como una respuesta a los cambios demográficos históricos y a los problemas planteados por el gran número de mayores que llegan a edades avanzadas.

El descenso de la mortalidad implica también una mayor disponibilidad de parientes. Los miembros de una familia pasarán más tiempo en papeles familiares intergeneracionales, ya que ha aumentado considerablemente el número de años en los que conviven de padres, hijos y abuelos. A principio del siglo XX, padres e hijos podían vivir 20-30 años juntos a la vez, y abuelos y nietos en torno a 10; actualmente, los padres e hijos pueden convivir unos 50 años y los abuelos y nietos más de 20.

La longevidad produce que un adulto viva más años en el papel de hijo de un padre de edad que como padre de su propio hijo hasta que cumple los 18 años. Y en muchos casos, este papel de hijos implica la responsabilidad de atender a padres no autónomos. Si ponemos la frase en femenino, es posible que la mujer, tradicional proveedora de cuidados dentro de la familia, invierta tantos años cuidando a sus padres,

¹ Resumen de la contribución a las Jornadas “Familia ante la enfermedad”, Madrid, 22-23 de octubre de 2009. Universidad de Comillas. Instituto Universitario de la Familia.

con frecuencia dependientes, como a sus hijos mientras no son autónomos para las actividades de la vida cotidiana.

La longevidad por un lado y el descenso de la fecundidad por otro, desarrollan familias con más generaciones viviendo a la vez y menos extensas, con menos generaciones colaterales, en que su tamaño empieza a ser similar, es decir, a tener parecida cifra de personas (abuelos, hijos, nietos), en lo que algunos llaman un proceso de verticalización de la familia; en estas circunstancias, es posible que la gente establezca más relaciones “verticales” que antes, y acabe desempeñando tareas de más responsabilidad, o transferencias desde abajo hacia arriba o viceversa en esta escala vertical familiar.

Los nuevos procesos demográficos dotan de más sentido al término reciprocidad familiar. Ahora se invierte más tiempo en papeles familiares intergeneracionales, y eso es algo diferente para hombres y mujeres, pues éstas viven más.

Tantos años de vida compartida entre generaciones pueden también generar consecuencias negativas, como la posibilidad de que algún familiar dependiente necesite cuidados, o se presenten conflictos.

Solidaridad familiar.- Los cuidados y la ayuda provistos por la familia son el mejor ejemplo de solidaridad entre generaciones y la expresión más clara de lo que se entiende por familia vertical o vínculos familiares verticales, pues buena parte de esa solidaridad es de los hijos hacia los padres. Estos cuidados constituyen la solidaridad funcional por excelencia². Es el apoyo más agradecido por las personas de edad, pero es la tarea que mayores consecuencias negativas puede presentar, por desgaste de los cuidadores y deterioro de las relaciones familiares; además, es un modelo de atención (y carga) protagonizado fundamentalmente por las mujeres.

Estudiar la solidaridad intergeneracional a través del tiempo invertido en cuidados materiales y emocionales es una manera de conocer la fortaleza de los vínculos familiares intergeneracionales.

Los mayores prestan importantes servicios sociales que facilitan la integración de sus hijas en el mercado laboral, el cuidado de sus nietos en una sociedad en la que escasean las plazas de guardería e incluso atienden la dependencia de sus parejas también ya mayores, además de apoyo financiero, consejo y ayuda a otras generaciones familiares.

Pero en este capítulo interesa hablar del flujo de la ayuda familiar relacionada con la dependencia que suele ir de abajo hacia arriba, aunque no sólo, desde los hijos (realmente hijas) a sus padres. Interesa conocer quiénes son los dependientes, con quién viven (solidaridad estructural), quién les cuida (solidaridad funcional) y las consecuencias del cuidado en la familia.

² V. L. Bengtson ha documentado ampliamente los conceptos de solidaridad: solidaridad estructural (forma de convivencia y proximidad), solidaridad asociativa (relaciones y contactos) y solidaridad funcional (prestación de ayuda y cuidados). Véase Bibliografía.

QUIÉNES SON LOS DEPENDIENTES. La dependencia según diferentes características.

A efectos de esta medición, y utilizando los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (ENS 2006)³, se considera **persona de edad dependiente** aquella que ha declarado dificultades para realizar alguna de las actividades corrientes de la vida diaria⁴.

Un 28,7% de las personas de edad son dependientes en algún grado, es decir, **2.034.369 personas**, un 23,7% de los varones y un 32,4% de las mujeres. Conviene destacar que un 71,3% de los mayores (5.044.542) están libres de dependencia. Entre los dependientes, un 48,1% han declarado una dificultad severa (979.520 con problemas en alguna actividad básica absoluta) y un 51,9% moderada con problemas en alguna actividad instrumental (tareas de mantenimiento del hogar), según su propia percepción de severidad⁵.

Sexo y edad.- Las diferentes estimaciones y cálculos muestran que la prevalencia se incrementa con la edad, y es una norma general en todas las sociedades (INE, 2005) (Tabla 1; Gráfico 1). Las tasas de discapacidad y dependencia son mayores entre los varones de edades jóvenes (jóvenes y adultos) que en mujeres. Sin embargo, a partir de los 50 años, aproximadamente, las tasas femeninas superan a las masculinas. A partir de los 65 años, la dependencia tiene un claro perfil femenino: dos tercios de los dependientes son mujeres. Las tasas difieren cuatro puntos entre 65 y 79 años, pero se profundizan las diferencias entre sexos según se cumplen años; a partir de los 80, superan los nueve puntos porcentuales, y a esa edad uno de cada dos mayores es persona dependiente. La viudez, con tasas de 41,7% de dependencia (que casi doblan a las de personas casadas), significa un riesgo añadido de dependencia, pues traduce generalmente una mayor edad, rentas más bajas y está más extendida entre las mujeres.

Distintos factores, además de los biológicos, explican esa diferencia entre sexos, como razones de percepción de las dificultades según papeles asignados, o resistencia de los varones a reconocer fragilidad o debilidad y peores estados de salud, o tareas sesgadas tradicionalmente por sexo, a lo que contribuye la forma de preguntar por las dificultades en los cuestionarios, o razones de nivel educativo.

³ Los datos de dependencia de este capítulo no son comparables con otros publicados por los autores utilizando la ENS 2003, pues en ésta una pregunta filtro (necesidad de ayuda) permitía situar las tasas de dependencia en torno al 22%, cifra más acorde con otras encuestas. Véase: Abellán, A. y Esparza, C. "Las personas mayores con dependencia". En R. Puyol Antolín y A. Abellán García: *Envejecimiento y dependencia*. Madrid. Mondial Assistance, 234 p. Y "Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España. *Informes Portal Mayores*, nº 56. Septiembre 2008.

⁴ Las 27 actividades por las que pregunta la ENS 2006 se han equiparado a la escala de actividades de las encuestas SHARE, ELSA y HRS. Se han escogido 11 ítems, cinco de actividades básicas de la vida diaria (vestirse, andar, ducharse, comer, levantarse/acostarse), y seis de actividades instrumentales (preparar comida, comprar, usar el teléfono, tomar medicamentos, realizar tareas domésticas y administrar el propio dinero). No se pregunta si sabe hacerlas, sino si en su situación actual es capaz de hacerlas sin ayuda de otra persona (1), con ayuda (2) o si no puede hacerlas de ninguna manera (3). Se considera que tiene problemas si responde 2-3, pues dependen de la ayuda de otra persona. Es una definición en un sentido muy amplio.

⁵ Se considera dependiente severo si declara que no puede realizar alguna actividad básica; moderado, si no puede realizar alguna actividad instrumental y no tiene problemas en las básicas.

TABLA 1. Tasas de discapacidad según distintas variables, 2006

EDAD	TASAS			Distribución
	Varones	Mujeres	TOTAL	
65-69 años	10,3	14,9	13,0	11,7
70-74 años	15,1	21,9	18,8	17,6
75-79 años	24,0	36,8	31,4	25,6
80 y más años	49,4	57,9	54,5	45,2
TOTAL	23,7	32,4	28,7	100

Nivel instrucción	TASAS	Distribución	ESTADO CIVIL		
			TASAS	Distribución	
Analfabeto o sin estudios	39,7	50,9	Soltero	26,3	6,7
Estudios primarios	23,3	36,5	Casado	23,1	49,4
Estudios secundarios	21,4	7,0	Viudo	41,7	42,8
Estudios superiores o universitarios	15,8	4,4	Separado o divorciado	17,4	1,1
No consta	48,0	1,1	TOTAL	28,7	100
TOTAL	28,7	100			

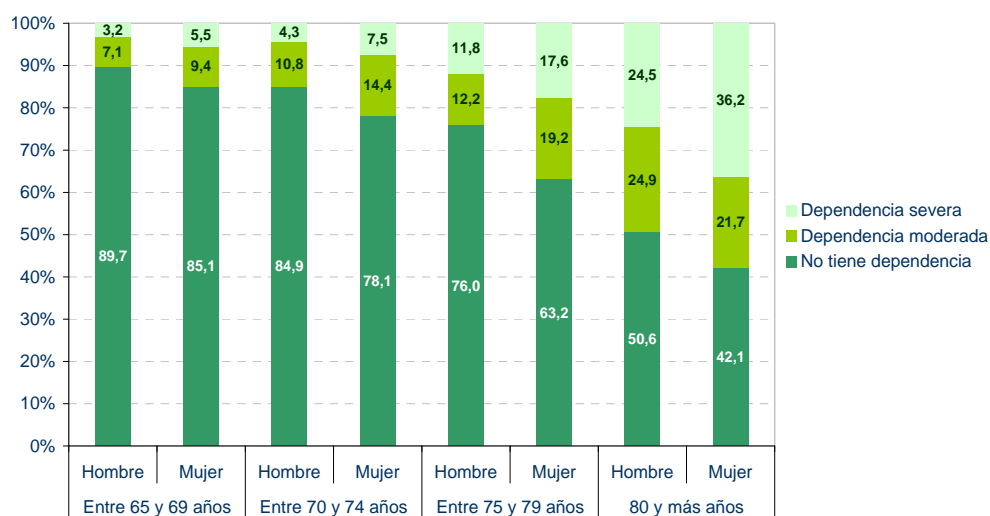
TIPO DE HOGAR	TASAS	Distribución	ESTADO DE SALUD		
			TASAS	Distribución	
Unipersonal	29,5	19,2	Bueno o muy bueno	13,3	18,4
Pareja	25,5	35,8	Regular	30,4	43,8
Multigeneracional	31,5	37,7	Malo o muy malo	58,0	37,8
Otro tipo	32,5	7,3	TOTAL	28,7	100
TOTAL	28,7	100			

Tasas: dependientes sobre total de personas de cada categoría; por ejemplo, 39,7% de los analfabetos/sin estudios son dependientes.

Distribución: porcentaje vertical sobre total de dependientes.

FUENTE: INE: Encuesta Nacional de Salud, 2006, microdatos.

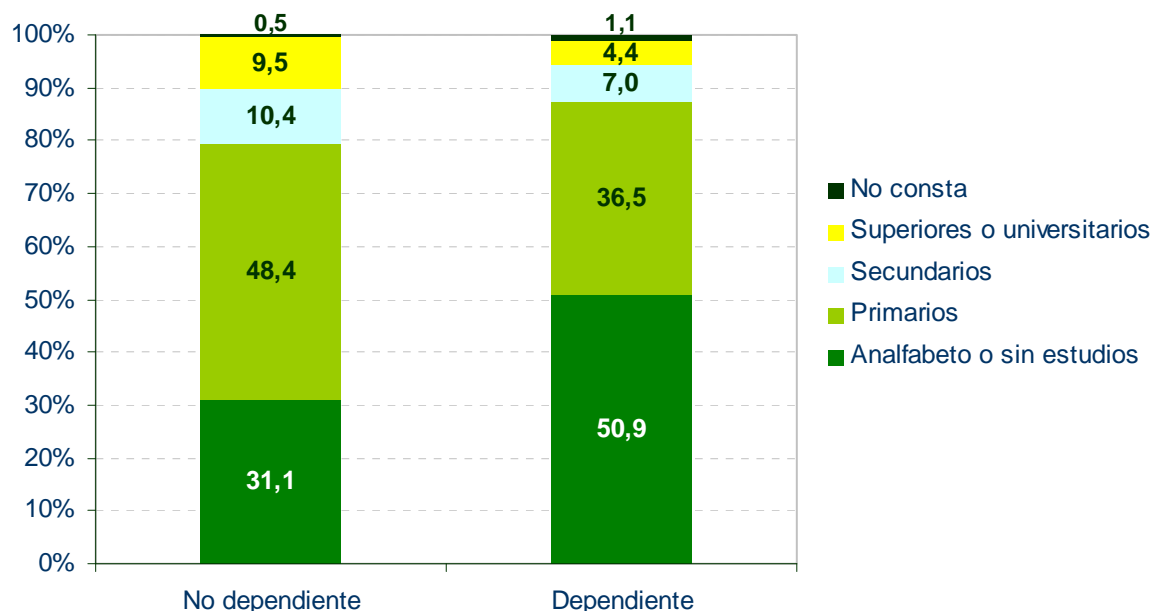
GRÁFICO 1. Gravedad de la discapacidad por edad y sexo, 2006



FUENTE: INE: Encuesta Nacional de Salud, 2006, microdatos.

Nivel de instrucción.- Es uno de los factores más determinantes del bienestar, del estado de salud y de situaciones de discapacidad. El riesgo de padecer discapacidad aumenta según desciende el nivel educativo: las tasas de discapacidad entre las personas con estudios superiores se sitúan en el 15,8%, y las de los que no tienen estudios o son analfabetos alcanzan el 39,7% (Gráfico 2).

GRÁFICO 2. Dependencia y nivel de formación



FUENTE: INE: Encuesta Nacional de Salud, 2006, microdatos.

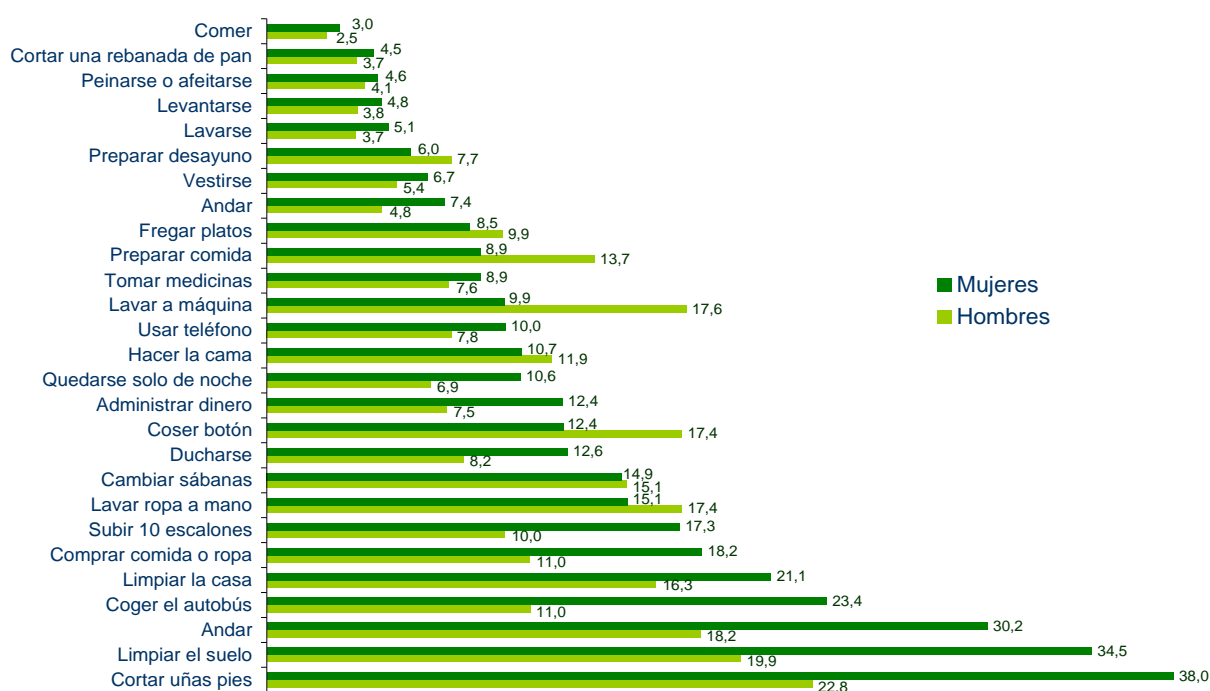
Un mayor nivel de instrucción ha sido garantía de mejores oportunidades en la vida y refleja disponer de más recursos para afrontar los problemas de salud y discapacidad cuando aparecen. Posiblemente un menor nivel de instrucción signifique además haber tenido una procedencia de familia humilde y que esas personas hubieron de ingresar antes en el mercado de trabajo o en papeles reproductivos, no completando la formación escolar básica, o ni siquiera participando en el sistema educativo, y por todo ello, tuvieron menos oportunidades de mejores empleos y mayores recursos económicos.

Las personas de menor estatus socioeconómico y nivel de instrucción suelen tener riesgo más alto de discapacidad. Y el perfil predominante de las mujeres muy mayores de estas generaciones es el de viuda, con una reducida pensión de viudez, y con tasas de analfabetismo y sin estudios más altas que los varones. La influencia de bajos ingresos se deja sentir también en el calendario de discapacidad. Las personas que viven en hogares de mayores ingresos manifiestan un retraso en la entrada en discapacidad respecto a las de menos ingresos (INE, 2005).

Las actividades consideradas.- Las dificultades para realizar las actividades cotidianas suelen repetir un orden jerárquico y diferencias entre sexos; las limitaciones están más extendidas entre las mujeres. Las principales son las referidas a la movilidad del cuerpo dentro y fuera de casa (Gráfico 3). Además, se inician a edad más temprana. A continuación, vienen los problemas para una amplia gama de actividades instrumentales, como las tareas domésticas, que también están relacionadas con la

movilidad. Finalmente, con menores frecuencias y tasas de prevalencia y con una entrada más tardía, los sujetos tienen problemas para cuidados personales, acabando con problemas para comer, que es la habilidad que se pierde en último lugar (Puga y Abellán, 2004). Esta gradación en importancia y calendario no refleja sino un principio de jerarquía sociobiológica de funciones (Katz y Akpom, 1976).

GRÁFICO 3. Dificultades para la realización de actividades de la vida diaria, 2006

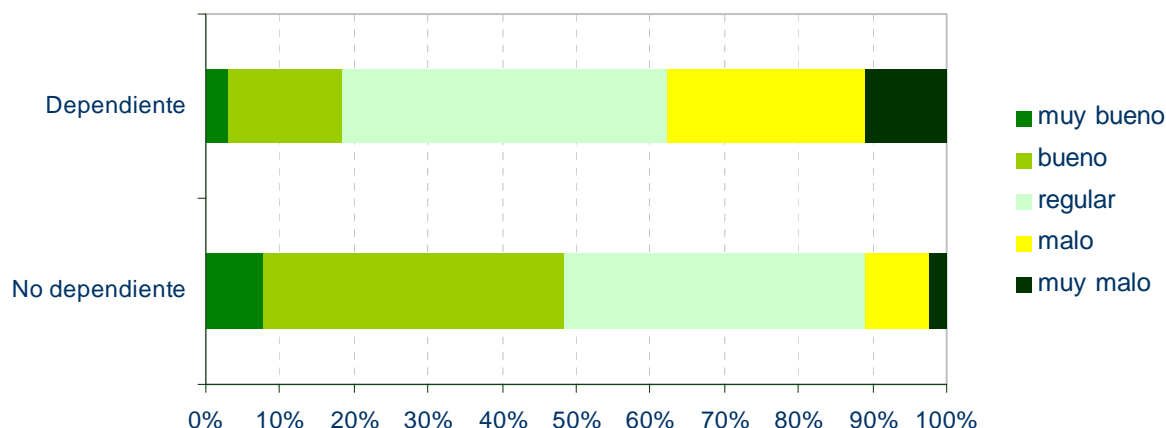


FUENTE: INE: Encuesta Nacional de Salud, 2006, microdatos.

Percepción del estado de salud.- La percepción del estado de salud (salud subjetiva) es una de las medidas más usuales para conocer el estado de las personas, pues tiene una estrecha relación con la salud objetiva, refleja el estado físico, las enfermedades realmente padecidas y factores sociales, económicos y del entorno de las personas. Es un indicador útil para la administración y los responsables políticos, pues equivale a la voz de los ciudadanos en un tema tan importante para ellos como la salud. Es un indicador predictivo de necesidades asistenciales y para la organización de programas.

Las personas de edad con alguna dependencia declaran un estado de salud peor que la media de los mayores. Un 37,8% de los dependientes perciben su salud como mala o muy mala, y sólo el 11,0% del resto de la población. En el otro extremo de la escala, sólo 18,4% la valora positivamente (bien o muy bien), 48,4% el resto de los mayores. Estas percepciones se acentúan en su escala negativa entre las mujeres y entre las personas de estatus socioeconómico más bajo (Gráfico 4).

GRÁFICO 4. Dependencia y estado de salud



FUENTE: INE: Encuesta Nacional de Salud, 2006, microdatos.

Enfermedades y dolencias.- Las condiciones de salud de los dependientes difieren de las del resto de la población. Declaran dolencias o enfermedades más habitualmente y en proporciones muy superiores; lo mismo sucede con enfermedades diagnosticadas por su médico. Artrosis y problemas reumáticos son las enfermedades diagnosticadas en mayor medida (64% de los dependientes la declaran), lo que es congruente con el hecho de que las discapacidades de movilidad son las más extendidas, y además, las primeras que les afectan. Hipertensión arterial, dolores de espalda o problemas cardiovasculares también destacan y las diferencias entre personas dependientes y no dependientes son más acentuadas.

Hábitos.- Junto a la percepción del estado de salud, los hábitos de vida saludable aparecen como elementos determinantes de las condiciones objetivas de salud de los individuos. El sedentarismo no sólo es perjudicial para la salud en sí mismo, sino que suele ser un indicador de otros estilos de vida poco saludables a los que se asocia.

El sedentarismo para actividades cotidianas (trabajo o tareas de casa) es dos veces superior entre los dependientes que en el resto de la población; 69,4% de los dependientes se declaran sedentarios y un 56,4% tampoco realizan actividad física en tiempo de ocio (28,8% el resto de mayores). Se constata la estrecha relación entre este hábito y dependencia, aunque a veces sea difícil conocer cuál es la causa y cuál la consecuencia, pues si bien el sedentarismo ha sido señalado como factor de riesgo para entrar en discapacidad, también es cierto que una enfermedad crónica que cause dependencia puede ser motivo de una menor movilidad y un mayor sedentarismo en hábitos cotidianos (INE, 2005)

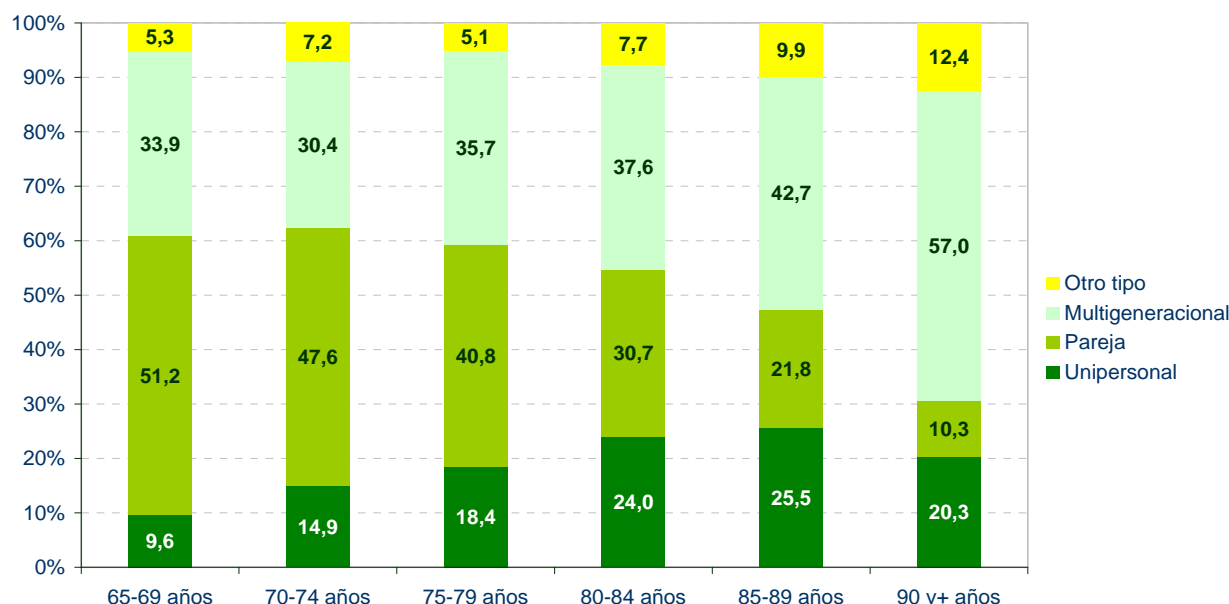
Las personas mayores dependientes suelen reducir sus contactos. El 38,3% reciben invitaciones a salir y distraerse tanto como desean; esto mismo sucede al 56,1% del resto de la población de edad (ENS 2006).

CON QUIÉN VIVEN LOS DEPENDIENTES. Hogar y dependencia.-

Las personas mayores completan su ciclo vital pasando por diferentes tipos de hogares a lo largo de la vejez, debido a diversos eventos o transiciones demográficas o familiares, o por cuestiones de salud y discapacidad. El patrón de convivencia es similar entre las personas de edad con o sin dependencia, aunque con matizaciones⁶.

El ciclo de hogar más frecuente a los 65 años se inicia con hogares en pareja o nido vacío, tras la emancipación de los hijos, que va reduciéndose en importancia cuantitativa según se avanza en la edad, y se van convirtiendo en hogares unipersonales (tras fallecimiento de un cónyuge), más usuales entre mujeres que entre varones, o bien se produce una reagrupación familiar, o bien una institucionalización; al final de la vida, este tipo de hogar en pareja es el menos frecuente. El 35,8% de todas las personas de edad con dependencia viven bajo esta forma de convivencia (42,3% el conjunto de personas mayores sin dependencia) (Gráfico 5).

GRÁFICO 5. Tipo de hogar y dependencia



FUENTE: IMSERSO-CIS. Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores, 2006. Estudio 2.647

El hogar multigeneracional, es decir, el compuesto por alguna persona mayor y algún descendiente, generalmente hija, casada habitualmente, con o sin hijos es el tipo de hogar preponderante a lo largo de la vejez (37,7% de las personas con dependencia viven en este tipo), y el más frecuente entre los octogenarios, justo el umbral donde las tasas de dependencia superan el 50%. Suele ser el resultado de una reagrupación familiar por razones de compañía o porque ya aparecen las primeras discapacidades y la necesidad de ayuda, o por otros motivos (convivencia no interrumpida, conveniencia, actitudes y valores culturales). También es una forma de convivencia habitual entre los no dependientes (33,0%).

⁶ Este modelo de convivencia, obtenido de encuestas realizadas en viviendas familiares, deja fuera de consideración las personas mayores institucionalizadas, cuya cifra aumenta con la edad en estrecha asociación con la aparición de limitaciones funcionales, por lo que existe un sesgo (a la baja) en la medición de la dependencia y en el perfil de la severidad, pues entre los institucionalizados se suele presentar, además, una discapacidad más severa.

El hogar unipersonal no es frecuente y aumenta según se avanza en edad, por el fallecimiento de uno de los cónyuges, como se ha dicho, y retrocede en importancia en las edades más elevadas, como consecuencia de la aparición de discapacidad y dependencia que impide ese tipo de convivencia solitaria: 19,2% y 18,6% son las proporciones de personas con dependencia o sin ella, respectivamente, que viven en soledad. Otro tipo de hogar, con empleado doméstico u otras relaciones de parentesco también aumenta con la edad y está asociado estrechamente con el incremento de la dependencia: 7,3% de los dependientes viven así.

Es difícil realizar una estimación de las personas mayores y mayores con dependencia que viven en alojamientos colectivos, por la ausencia de fuentes de información. Según el Censo de 2001 (INE), el 1,8% de las personas de 65 y más años (121.000 personas) residían en un alojamiento colectivo (generalmente una residencia), porcentaje que se eleva al 5,8% entre las de 85 y más años⁷.

Patrón de proximidad.- Además de estas formas de convivencia existe un patrón de proximidad de personas mayores, con dependencia o sin ella, a familiares, destacable en España y países mediterráneos comparados con otras sociedades europeas, lo que significa un potencial de ayuda en caso de necesidad. Por ejemplo, el 55,7% de españoles de 50 y más años dice que su hijo (el más cercano) vive en el mismo hogar o bien en el mismo edificio (16,6% en Dinamarca, por ejemplo) (Share, 2004). Este patrón de convivencia y proximidad responde a múltiples causas. A veces, se debe a preferencias, en estrecha asociación con actitudes culturales (valores, sentimientos, creencias, tradición y costumbre, una tendencia hacia lazos intergeneracionales más estrechos). También influyen razones ligadas a diferentes calendarios de emancipación de los hijos del hogar paterno, razones de oportunidad, como disponibilidad de vivienda o trabajo, la necesidad de ayuda por parte de los hijos (cuidado de nietos), por estado de salud y limitación funcional de los padres ya mayores y posiblemente a la falta de servicios formales e institucionales. Tampoco son ajenas a este modelo otras razones relacionadas con las barreras burocráticas y de organización en el acceso a los servicios que refuerzan la exclusividad en la atención de los cuidadores familiares, que asumen la carga del cuidado como una obligación indiscutible, y provoca una reagrupación del mayor cuando está en situación de necesidad (Puga, Abellán y Sancho, 2006).

QUIÉN CUIDA. El patrón del cuidado

Existe un patrón de cuidados de larga duración bien definido, mantenido a lo largo de años. Las mujeres dependientes eran cuidadas por sus hijas, y si estaban casadas, por sus hijas y marido. Los varones dependientes eran cuidados, en primer lugar, por su mujer, pues la mayoría estaban casados, y en segundo lugar por la hija.

En el 38,8% de los casos de dependencia una hija asume la responsabilidad principal de la atención, bien desde dentro del hogar (la mayoría de los casos) o desde fuera (Tabla 2) (ECVM 2006)⁸. En segundo lugar en importancia, el cónyuge de la persona dependiente asume esa responsabilidad (21,8%). Suele ser mujer (41,2% de

⁷ Según la monografía *Las personas mayores en España. Informe 2008* (Imsero, 2008), en enero de 2008 había 339.079 plazas en residencias para mayores; aunque se desconoce el nivel de ocupación, se supone elevado dada la alta demanda existente con listas de espera en muchas residencias, y pone en cuestión la cifra del Censo de 2001.

⁸ IMSERSO-CIS: *Encuesta de condiciones de vida de los mayores, 2006*,

los casos) cuidando a varón, más que varón (15,3%) cuidando a mujer. En esta diferencia importa la edad generalmente superior del varón, con más probabilidad de tasas de dependencia a mayor edad, y el estado civil, en el que la mayor parte de los varones son casados, pero no a la inversa, pues la viudez predomina entre las mujeres. Por ello, es muy superior el papel de la hija cuidadora (44,2%) de una madre dependiente que de un padre dependiente (22,7%) (Gráfico 6). También existen razones de reparto de papeles o tareas domésticas, sesgado por sexo, que deja esta carga del cuidado tradicionalmente en las mujeres. Además, las mujeres ayudan en tareas de tipo socio-emocional y de más intimidad, mientras que los varones se dedican más a tareas relacionadas con el mundo exterior (gestiones).

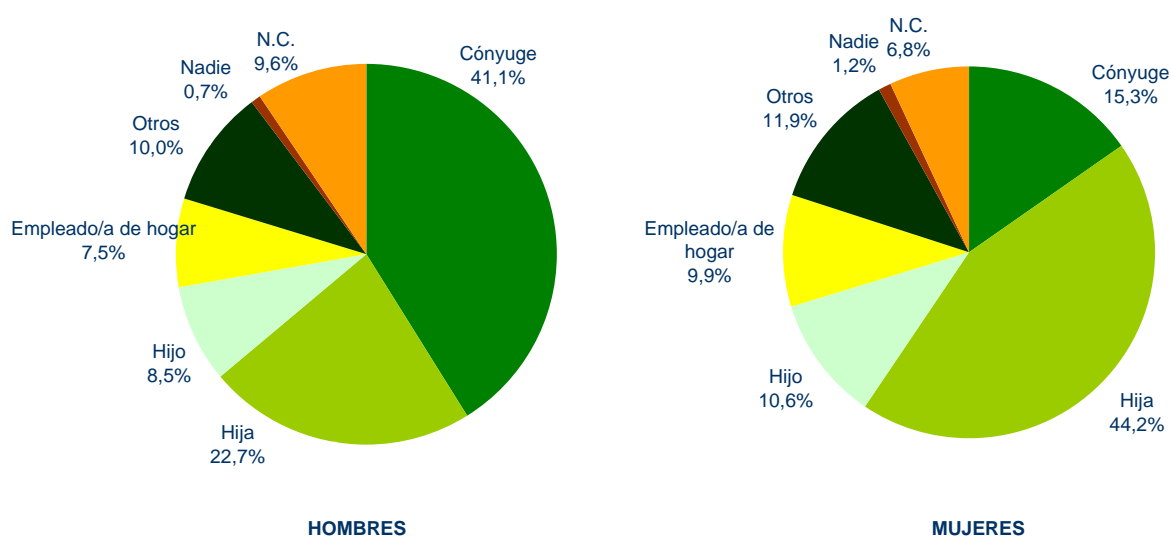
TABLA 2. Quién cuida principalmente a los dependientes

	Porcentaje vertical
Cónyuge	21,8
Hija	38,8
Hijo	10,1
Empleado/a de hogar	9,3
Servicios Sociales (trabajador/auxiliar)	2,4
Nadie, necesita ayuda pero no la tiene	1,0
Otro tipo	9,0
N.C.	7,5
Total	100

Nota: Cuidadores principales (cuidan en primer lugar).

FUENTE: IMSERSO-CIS. Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores, 2006. Estudio 2.647

GRÁFICO 6. Persona que cuida según el sexo de la persona mayor que necesita ayuda

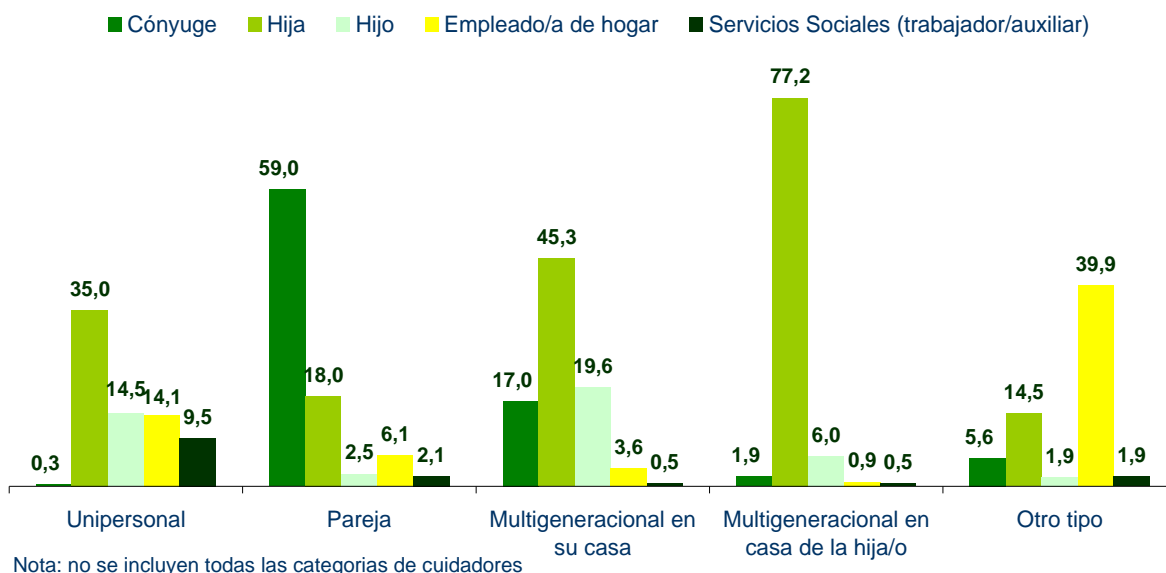


FUENTE: IMSERSO-CIS. Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores, 2006. Estudio 2.647

Cuidados y tipo de convivencia.- Este patrón se matiza según tipo de convivencia y cuidador principal. En los hogares solitarios donde vive un dependiente (que ge-

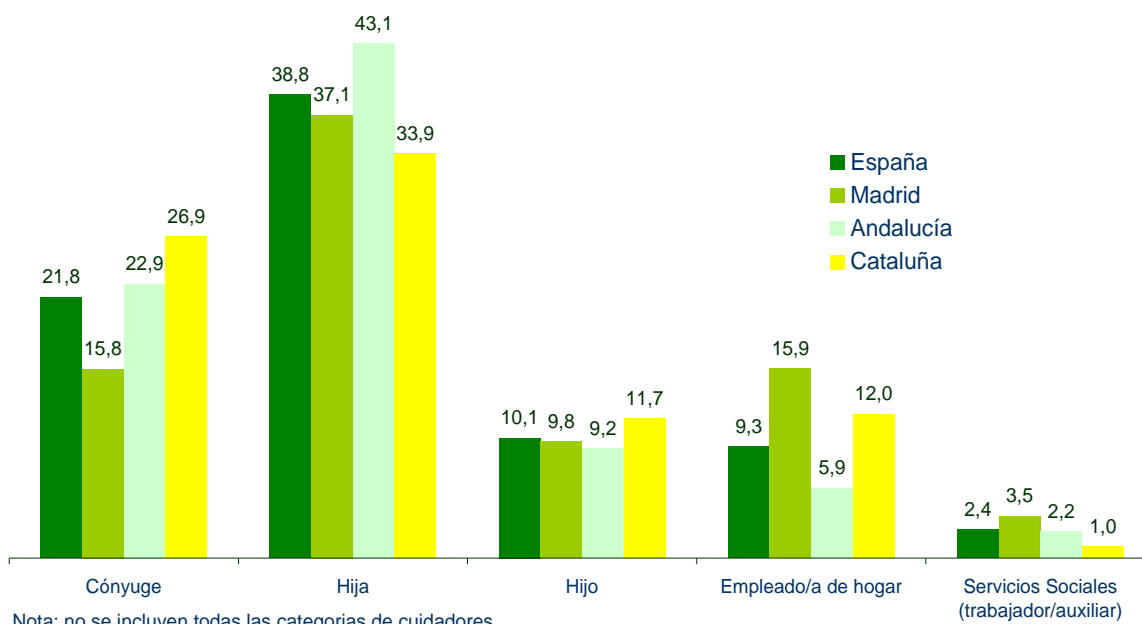
neralmente no tiene una severidad acentuada), el 35,6% son atendidos por una hija, y el 9,4% por los servicios sociales, proporción ésta que es la de mayor entidad de casos atendidos en los hogares con dependientes (Gráficos 7 y 8). La discapacidad se soporta viviendo en solitario porque se suele tratar de casos menos graves; más de la mitad de las personas con discapacidad en esos hogares solitarios están clasificadas como moderadas. Los casos de mayor severidad que viven en soledad son atendidos por la hija, los servicios sociales, empleados de hogar, y otros familiares, por ese orden (Puga, Abellán y Sancho, 2006).

GRÁFICO 7. Quién cuida en primer lugar según tipo de hogar donde vive la persona que necesita ayuda.



FUENTE: IMSERSO-CIS. Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores, 2006. Estudio 2.647

GRÁFICO 8. Persona que cuida en 1^{er} lugar. España, Madrid, Andalucía y Cataluña



FUENTE: IMSERSO-CIS. Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores, 2006. Estudio 2.647

En los hogares donde el dependiente vive en pareja, la ayuda procede fundamentalmente del cónyuge (59,5%), aunque también la hija (desde fuera del hogar) atiende en el 17,5% de los casos, muchas veces como cuidadora secundaria. Los servicios sociales como cuidadores principales (2,0%) apenas se dejan sentir en este tipo de hogares.

En los hogares multigeneracionales, cuando el dependiente vive con alguno de sus hijos, destaca sobremanera el papel de la hija cuidadora: en el 76,7% de los casos una hija asume responsabilidades de atención; en el 6,3% es el hijo y en 3,8% la nuera. En cambio, los servicios sociales apenas tienen presencia.

Finalmente, en otras formas de convivencia suelen predominar otros parientes y empleados de hogar, dedicados éstos específicamente a cuidar (39,5%) o a otras tareas domésticas. En estos hogares, los servicios sociales públicos son también irrelevantes.

En estos dos tipos de hogares, multigeneracionales y en convivencia con otros familiares o servicio doméstico, las tasas de gravedad son más altas, porque las personas con mayor severidad y mayor número de discapacidades no pueden vivir solas, y desarrollan la estrategia preferida: la reagrupación familiar, y si no es posible buscan un apoyo formal permanente (empleada de hogar), o si no pueden desarrollar estas estrategias, han de institucionalizarse.

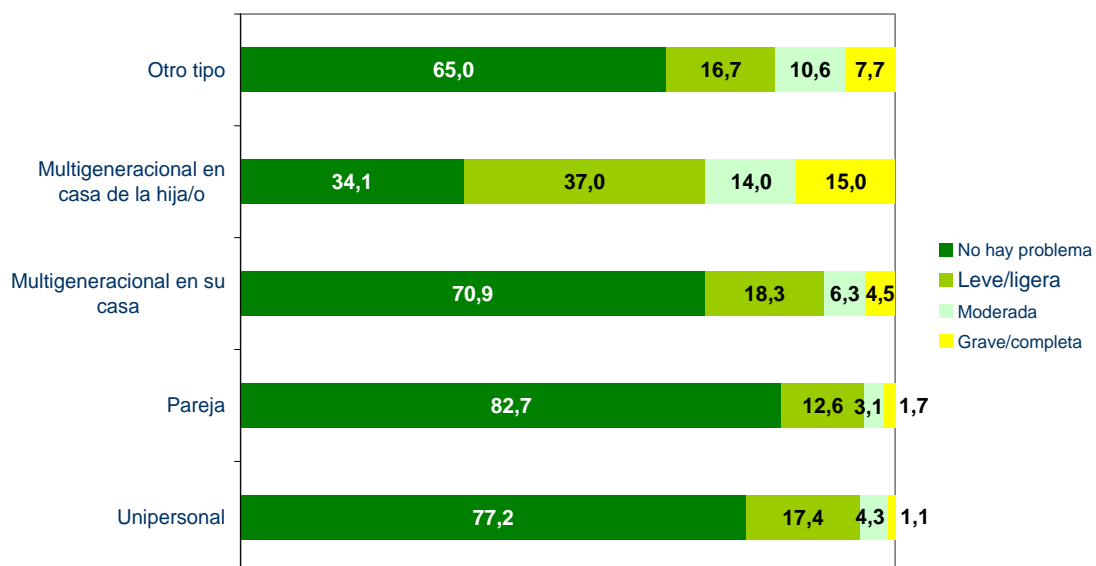
Este patrón de de cuidados de larga duración y forma de convivencia descubre que las situaciones de dependencia más graves y con mayor carga de cuidados han sido las más invisibles desde el ámbito público, pues se encuentran en su mayoría en hogares multigeneracionales, en los que especialmente las hijas se hacen cargo de una situación que en muchos casos no trasciende fuera del ámbito familiar, pero que tiene graves consecuencias dentro del hogar y en las relaciones entre sus miembros. Mientras, la situación entre los solitarios resulta alarmante y muy visible para los gestores de los cuidados formales, debido a la especial vulnerabilidad que les confiere la

soledad residencial y la consecuente alarma social (y política) que provocaría su desatención (Puga, Abellán, Sancho, 2006).

La provisión de cuidados perfila un patrón de asistencia con la predominancia del papel de la hija (en casi todos los tipos de hogar) como rasgo más característico del sistema de atención informal en España, que contrasta con el de otros países europeos. Las hijas constituyen un soporte permanente, preventivo y complementario a los cónyuges; son el pilar de la ayuda, las cuidadoras por excelencia, un auténtico centro de servicios para la familia, auténtico vehículo de la solidaridad familiar. Es posible que en el futuro aumente el papel de varones cuidadores, y no sólo por cambios en comportamientos y valores, sino también porque una mayor longevidad de los mismos les hará vivir más y se les presentarán más situaciones de discapacidad de su esposa que deban ser atendidas.

Servicios sociales y hogar.- Un importante esfuerzo de los servicios sociales, asumiendo la responsabilidad de cuidadores principales o secundarios, hasta la llegada de la Ley de Dependencia, se dirigía a los hogares solitarios, donde es más visible y limitante la discapacidad. Donde menos se invertía era en los hogares donde viven hijas o hijos, quienes suelen realizar ese papel de cuidador principal y a veces único. Más del 50% de las atenciones de los servicios sociales (como cuidadores principales) se centran en los hogares solitarios, cuando sólo el 19,6% de los dependientes viven en este tipo de hogar. Esta diferencia en la distribución del cuidado formal público entre tipos de hogares es más significativa si se recuerda que la gravedad de las personas con discapacidad en los hogares solitarios es más reducida (no podrían vivir solos). Pero, en los hogares con hijos, viven el 57% de todos los graves. Es decir, la mayor concentración de situaciones de gravedad se correspondía con una menor dedicación de los servicios sociales y una mayor implicación de la hija, mujer de edad intermedia (45 a 65 años) (Gráfico 9).

GRÁFICO 9. Grado de la dependencia según tipo de hogar



Fuente: IMSERSO-CIS: Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores, 2006. Estudio 2647.

Los servicios públicos aprovechan la existencia de una (fuerte) solidaridad familiar. Esto les permite centrarse en otros objetivos, en otros casos, donde no existe

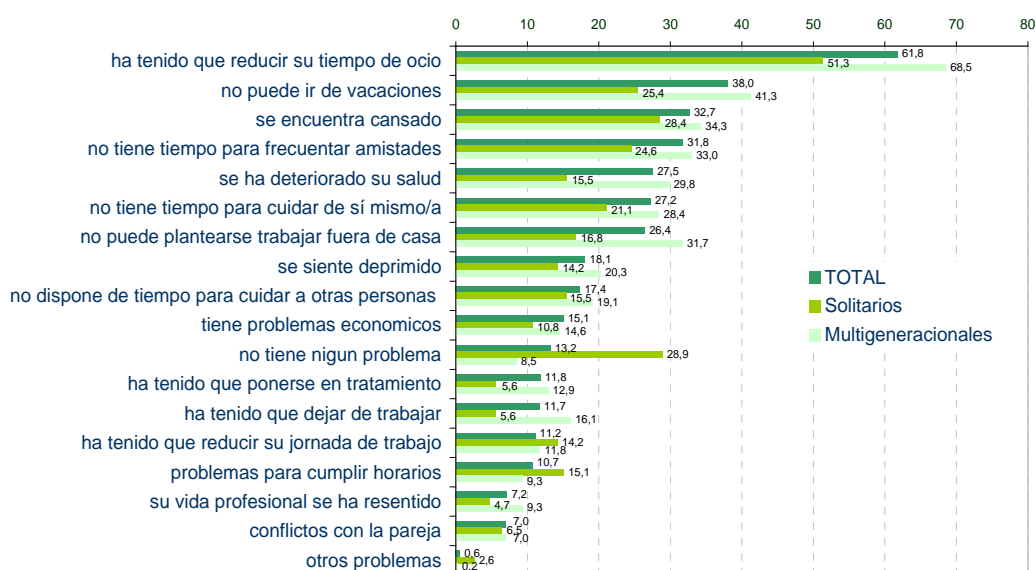
esa solidaridad estructural o donde no hay solidaridad asociativa. Su reducida extensión (por falta de recursos públicos) puede acentuar su actuación de forma sesgada, obviando o descuidando hogares donde se necesitaría más su apoyo, bien directo al dependiente, bien al cuidador. Es decir, buena parte de la política social descansa en la solidaridad familiar.

LA CARGA DEL CUIDADO.

Las consecuencias sufridas por el cuidador constituyen un factor de tensión adicional sobre el modelo familiar de cuidados y llegan a hacer difícil, si no inviable en algunas circunstancias, esa forma de transferencia de recursos intergeneracionales. La carga del cuidado incide en la vida normal de los cuidadores, en su entorno familiar, económico-laboral y en su propia salud. La carga es a veces excesiva en dedicación o en tareas molestas y comportamientos inadecuados de la persona dependiente. El modelo familiar, esa riqueza de cuidados y relaciones, se resiente y existe el riesgo de que pierda las ventajas comparativas que tenía sobre otras sociedades europeas. El tiempo es un recurso finito y el transferido hacia el dependiente se quita del resto de actividades cotidianas, incluso del cuidado de otros miembros de la familia, como los propios hijos de los cuidadores.

Las consecuencias más citadas por los cuidadores en su acción de apoyo se relacionan con la vida familiar y el tiempo de ocio (Gráfico 10). Un 61,8% de los cuidadores ha tenido que reducir su tiempo de ocio, más de un tercio no puede ir de vacaciones y casi uno de cada tres no tiene tiempo para frecuentar amistades ni para cuidar de sí mismo. En segundo lugar están las que afectan a la propia salud de los cuidadores: se encuentran cansados (32,7%), se ha deteriorado su salud (27,5%) o se sienten deprimidos (18,1%). Finalmente, en tercer lugar, aparecen consecuencias de tipo económico, sobre todo laboral o profesional: un 26,4% afirma que no puede plantearse trabajar fuera de casa, un 11,7% ha tenido que dejar el trabajo, un 11,2% ha reducido su jornada laboral o tiene problemas para cumplir los horarios (10,7%).

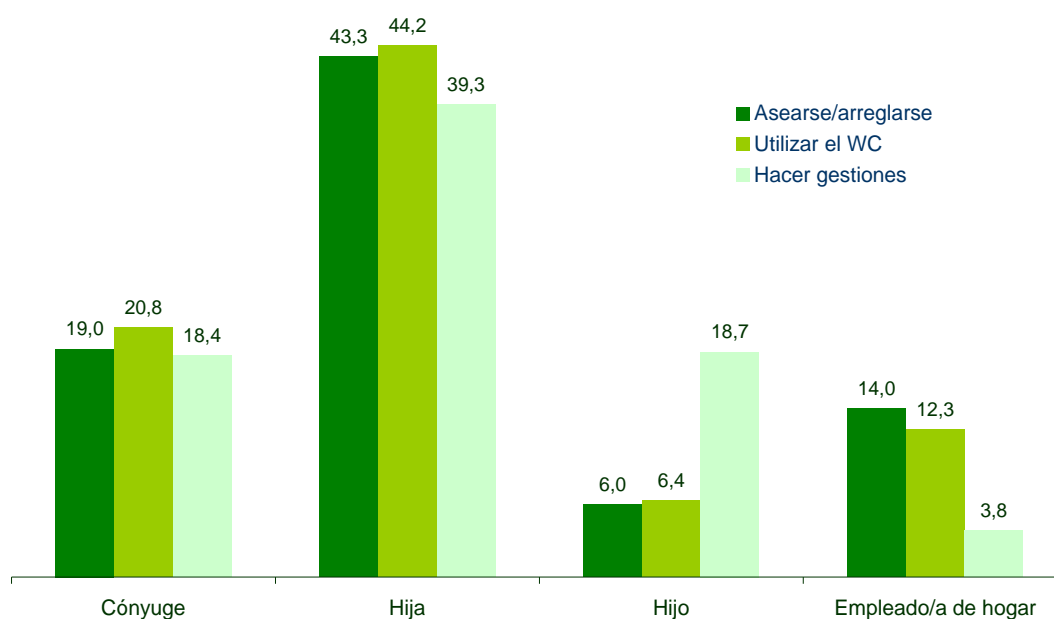
GRÁFICO 10. Consecuencias de la carga de cuidado en los cuidadores



Fuente: IMSERSO: Encuesta de ayuda informal, 2004.

La discriminación o reparto de tareas por sexo reaparece también en las consecuencias negativas de la prestación de cuidados. En los aspectos profesionales o laborales, las mujeres suelen dejar más a menudo el trabajo o reducir su jornada laboral, bien porque su estatus profesional es inferior, bien porque asumen un papel tradicional de cuidados dejando al varón el compromiso de aportar recursos económicos al hogar o porque no tienen otra opción. Cuando trabaja fuera del hogar, las responsabilidades de los cuidados perjudican su carrera profesional, sus derechos contributivos para conseguir una pensión y sus propios ingresos actuales, que en muchos casos pueden ser inferiores a los del varón. En los últimos años, desde la Encuesta de Ayuda Informal de 1994⁹, los problemas laborales de las cuidadoras destacan cada vez más en la percepción de la carga (Gráfico 11).

GRÁFICO 11. Persona que cuida según naturaleza de algunos tipos de tareas



FUENTE: IMSERSO-CIS. Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores, 2006. Estudio 2.647

Respecto a la salud o al estado general, las mujeres declaran cotas más altas de cansancio y depresión o tener que tomar medicamentos para sobrellevar la situación. Su compromiso con los cuidados y su dedicación emocional suelen ser superiores a los de los varones. En cuanto a la vida familiar y el tiempo de ocio, la carga negativa de los cuidados es también mayor entre las mujeres, pero de manera menos acentuada que en la salud y la vida laboral.

Las consecuencias del cuidado son también diferentes según el tipo de hogar donde resida el dependiente mayor. El 28,9% (frente a una media del 13,2%) de los cuidadores de las personas que viven en soledad declara que no tiene problemas, quizá porque –como se ha dicho– los mayores solitarios no suelen estar entre los casos más graves, por un mayor alejamiento emocional, al no existir una convivencia continua o también porque suele haber una mayor proporción de cuidadores formales (profesionales). Otros cuidadores de dependientes solitarios destacan, ya en segundo lugar, haber tenido problemas de horarios en su trabajo o haber reducido su jornada. Por lo tanto, predominan las razones profesionales. La independencia en la forma de

⁹ IMSERSO (1995): *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Ministerio de Asuntos Sociales.

convivencia tiene un papel liberador para los familiares cuidadores. A pesar de que realicen tareas que requieren dedicación e intensidad, en algún momento del día se pueden aislar del problema que les ocupa y concentrarse en otro tipo de actividades fuera del entorno doméstico de la persona dependiente.

Cuando el dependiente vive con su cónyuge, el cuidador (que suele ser el otro cónyuge o la hija) declara en mayor proporción que la media problemas de salud y, en segundo lugar, familiares y sociales (tiempo de ocio, relaciones). Muchos afirman seguir un tratamiento (antidepresivo, de ansiedad, angustia, nervios, etc.) para resistir la situación.

Las consecuencias negativas del cuidado se concentran en mayor medida en los hogares en los que los dependientes viven con sus hijos. En estos casos, los cuidadores se resienten, de forma destacada, en su vida profesional o han tenido que dejar de trabajar; a continuación, declaran problemas de salud (se sienten deprimidos) o han tenido que reducir su tiempo de ocio. En estos hogares, donde existe más de una generación, con la hija normalmente como cuidadora, es donde menos hogares se encuentran libres de problemas, aunque su visibilidad ante las administraciones es menor que en los casos de hogares solitarios. Los problemas de convivencia, la falta de espacio, las conductas insolidarias de otros miembros de la familia y la ausencia de intimidad son elementos que pueden introducir importantes desequilibrios en la estructura familiar de los que conviven con una persona que necesita mucha ayuda; además, reducen la calidad de vida de todos los miembros del hogar.

Algunas demandas.- Las familias demandan a las Administraciones Públicas que intervengan en los cuidados de forma similar, independientemente del tipo de hogar en el que vivan los dependientes. La mayoría de las personas de edad entrevistadas (42,6%, ECVM 2006) creen que la Administración Pública debería participar, aunque la familia debería ser la principal responsable del cuidado y atención de los mayores, reconociendo su papel como garante de la solidaridad, pero no necesariamente como su proveedora, o no su única proveedora. En segundo lugar en importancia, la población afirma que la Administración debería ser el principal responsable de la atención, aunque las familias también participasen en el cuidado. En el Barómetro de noviembre de 2004¹⁰, los españoles entrevistados declaraban sus preferencias por las medidas que se deberían tomar (en primer lugar) para ayudar a las personas cuidadoras: desarrollar más los servicios de ayuda a domicilio (30,8%), apoyo económico en forma de salario mensual (17,3%), aumentar las residencias y alojamientos (15,8%), y hacer más centros de día (13,5%).

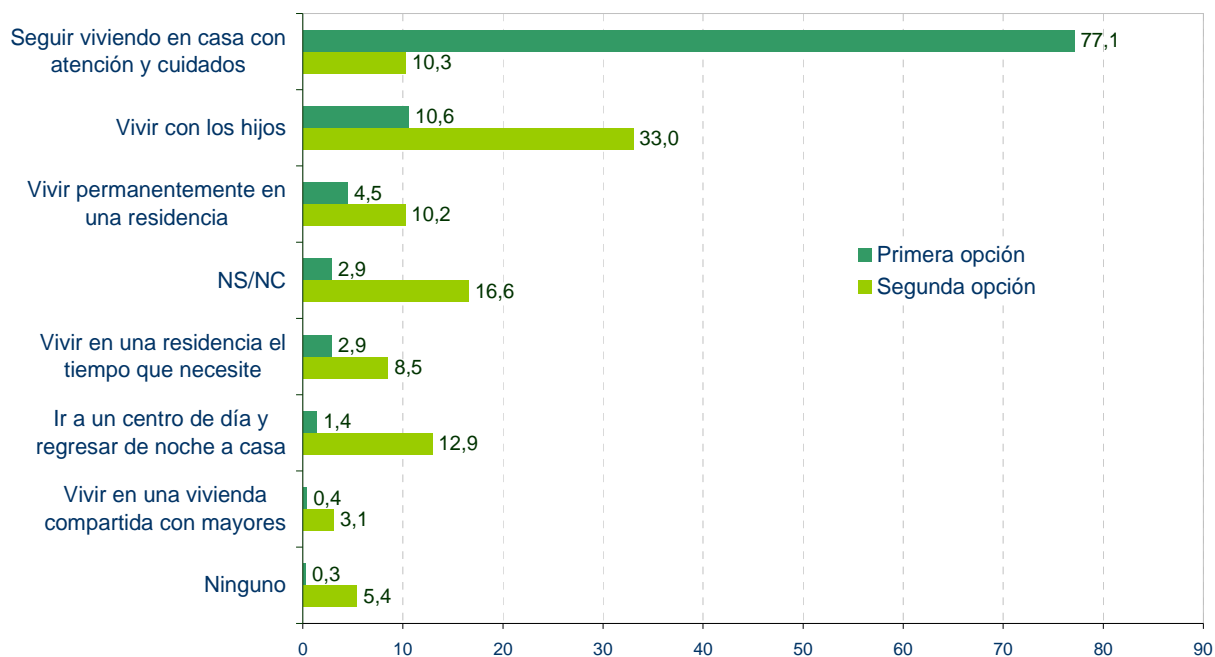
En cuestión de preferencias sobre convivencia en caso de necesitar ayuda por dependencia, las personas mayores lo tienen bastante claro: el 77,1% en primera opción afirma que prefieren seguir viviendo en casa recibiendo atención y cuidados; si no puede ser, prefieren vivir con los hijos (10,6% en primera opción, 33,0% en segunda; ECVM 2006) y después otras alternativas (Gráfico 12).

Sin embargo, las opiniones de los españoles de todas las edades resaltan que el camino para satisfacer esas demandas a través de políticas específicas no es corto. Son muy pocos los que están de acuerdo que los cuidadores no reciben suficiente apoyo ni hay suficientes servicios sociales para atender las situaciones de fragilidad de modo que los dependientes puedan permanecer en su propio hogar (Gráfico 13). Además, consideran que los dependientes no pueden vivir en su hogar porque éste

¹⁰ CIS (2004): *Estudio 2.581*.

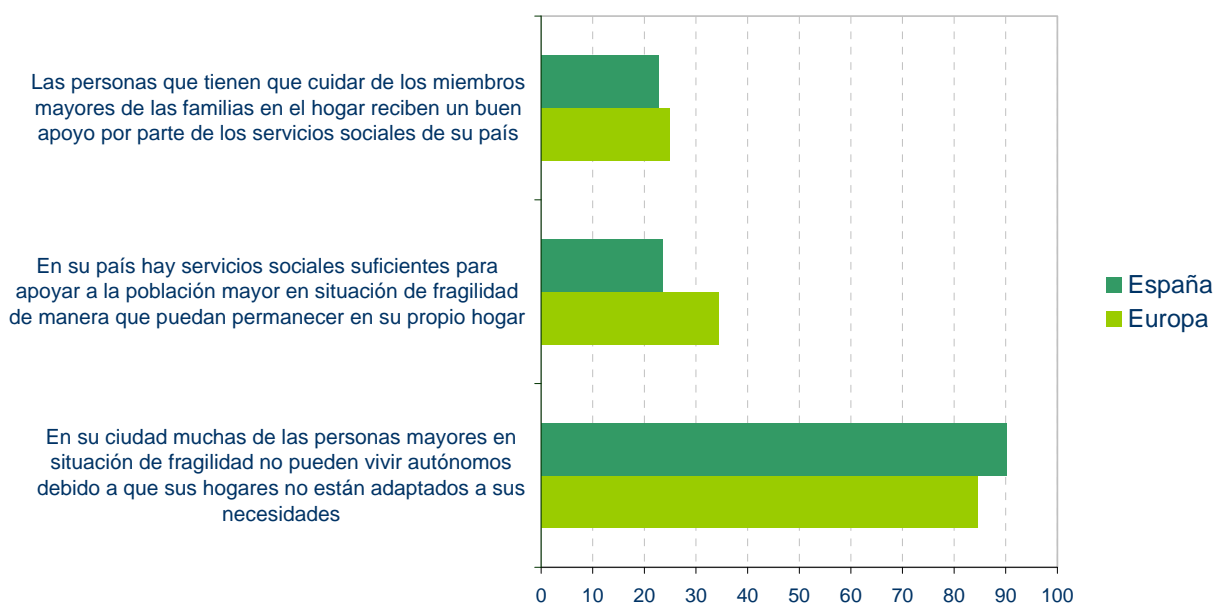
no está adaptado a sus necesidades. Buena parte de la discapacidad que genera dependencia es moderada o leve y está determinada por un entorno no adaptado.

GRÁFICO 12. Recursos preferidos (en primer y segundo lugar) en caso de necesitar ayuda.



Fuente: IMSERSO-CIS: Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores, 2006. Estudio 2647

GRÁFICO 13. Nivel de acuerdo con ciertas afirmaciones



FUENTE: Eurobarometer. Flash FB Series nº269. Intergenerational solidarity, 2009. Nota: % población de acuerdo (mucho o bastante)

CONCLUSIÓN

El repaso de las solidaridades familiares estructurales (corresidencia, proximidad), asociativas (contactos) y funcionales (cuidados), en relación con la dependencia entre las personas mayores, permite delinear un modelo de familia española con fuertes vínculos, al igual que en los países del sur de Europa, en contraste con los países nórdicos y centroeuropeos, con lazos no tan estrechos. Las personas mayores de países como España tienen todavía una amplia red familiar, pues pertenecen a generaciones con altas tasas de fecundidad y ancladas en estructuras familiares de atención y relación más tradicionales (Puga, Abellán, Sancho, 2006).

En cambio, las cohortes españolas jóvenes siguen una tendencia similar a la de los otros países europeos en comportamientos reproductivos (con un mayor declive de la fecundidad), igualdad de sexos en nivel educativo (incluso con las mujeres superando a los varones) y en integración en el mercado laboral (crecientes tasas de ocupación femenina que continuarán aumentando en el futuro). Pero la distribución por sexo en la prestación de cuidados se aleja del patrón europeo y parecen ralentizarse los cambios.

La mujer española sigue teniendo un gran protagonismo con respecto a los varones y en comparación con los otros países europeos. Se han “modernizado” algunos aspectos de la vida de las generaciones (fecundidad, formas familiares, nupcialidad, divorcio), pero no el modelo de cuidados, que permanece centrado en la familia y en la relación preferente hija-padres.

Esto refleja una dualidad de patrones en España. Por una parte, la mujer trabaja por la equidad en la educación, el trabajo, la vida social y, por otra, persiste el modelo previo de provisión de cuidados a los padres mayores, basado en el sistema tradicional, cuando la función de la mujer en el hogar y la familia se centraba en los papeles reproductivos. La carga del cuidado tiene consecuencias negativas en los vínculos familiares intergeneracionales. Este modelo dual sufre tensiones, por lo que se necesitan soluciones, alternativas o intervenciones de los poderes públicos desarrollando sistemas formales de atención.

La Ley de Dependencia (diciembre de 2006) trataba de aportar soluciones: (a) ayudando a las familias según la gravedad de la dependencia, independientemente de la forma de convivencia del dependiente; (b) liberando en parte de la tarea de cuidado, permitiendo a los cuidadores tradicionales su desarrollo profesional con la integración en el mercado de trabajo, o compaginando vida laboral y familiar; (c) a la vez, se originarían nuevos yacimientos de empleo en el área de cuidados, potenciando la profesionalización del cuidado. Se necesitan estudios de seguimiento para comprobar el grado de cumplimiento de estos objetivos de la ley, cuyo balance es desigual (septiembre 2009) (Informe final, 2009; Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios, 2009).

RESUMEN

1. El declive de la mortalidad y el consiguiente aumento de la esperanza de vida redimensiona las estructuras y las relaciones familiares.
2. Un descenso de la fecundidad junto a la mayor longevidad determinan un proceso de envejecimiento y una mayor probabilidad de discapacidad y dependencia a edades elevadas. Es el precio a pagar por una mayor supervivencia.
3. Esa longevidad y descenso de la fecundidad provocan una “verticalización” de la familia: más generaciones viviendo a la vez y de menor tamaño, y con más relaciones verticales (abuelos-padres-hijos) en tareas de apoyo intergeneracional.
4. Los cuidados a los dependientes es la respuesta a los cambios demográficos; significan el mejor ejemplo de solidaridad familiar. Es una manera de conocer la fortaleza de los vínculos familiares.
5. Un 28,7% de los mayores tienen necesidad de ayuda para alguna actividad de la vida diaria; las mujeres, en mayor proporción.
6. Con la edad aumentan las tasas de dependencia. A los 80 años, uno de cada dos personas es dependiente.
7. Menor estatus educativo y socioeconómico va aparejado con mayores tasas de dependencia.
8. Las dificultades para las actividades cotidianas tienen orden jerárquico en su severidad, inversamente proporcional a su extensión en la población: las más extendidas son las de movilidad, seguidas por las tareas domésticas y finalmente limitaciones para el autocuidado.
9. El tipo de convivencia de los dependientes sigue un ciclo: en la vejez temprana viven en hogares en pareja, y al final en multigeneracionales, con descenso importante de los hogares unipersonales.
10. Existe un patrón de proximidad familiar en la convivencia (intimidad a distancia) entre los mayores españoles, bien diferente de países centro y norte-europeos.
11. El patrón de cuidado: las mujeres dependientes son cuidadas por sus hijas, y si están casadas, por sus hijas y marido. Los varones son cuidados por su mujer, pues la mayoría están casados, y por su hija.
12. Según tipo de convivencia, en los hogares solitarios, la hija juega un papel fundamental de cuidadora. En los multigeneracionales, destaca sobremanera.
13. La predominancia de la hija es el rasgo más característico del sistema de atención informal. Es un soporte permanente, preventivo y complementario a los cónyuges cuidadores. Es el pilar del cuidado, de la solidaridad familiar.
14. La tarea del cuidado en España sigue recayendo en la familia: un 78% de los dependientes reciben la atención de un miembro de la familia como cuidador principal.
15. La política social ha descansado en la existencia de una fuerte solidaridad familiar.
16. Las principales consecuencias de la carga del cuidado afectan al tiempo de ocio y a la salud. También al desarrollo profesional de la persona que cuida.
17. Los nuevos procesos demográficos dan más sentido al término reciprocidad familiar. Avalan la idea de una sostenida importancia de la vida familiar como respuesta al dilema del declive familiar; fortaleza, potencial disponibilidad y rapidez de respuesta son rasgos de esa importancia.
18. Sin embargo, la fortaleza de los lazos familiares corre el riesgo de salir perjudicada por la carga y el escaso apoyo recibido. La solidaridad pública debe fortalecer la solidaridad familiar. La Ley de Dependencia trata de actuar según este principio, pero el balance hasta ahora es desigual.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán García, A.; Castejón Villarejo, P.; Esparza Catalán, C. (2007): "La dependencia en las personas mayores". *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, octubre, nº 30, p. 133-145.
- Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (2009): *La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Madrid, 112 p. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/aeval-participacion-01.pdf>.
- Bengtson, V. L. y Roberts, E. L. (1991): "Intergenerational solidarity in aging families: an example of formal theory construction", en *Journal of Marriage and Family*, 53, p. 856-870.
- Bengtson, V. L. (2001): "Beyond the nuclear family: the increasing importance of multigenerational bonds", en *Journal of Marriage and Family*, 63, p. 1-16.
- Cambois, E.; Robine, J.M. (1996): "An International Comparison of Trends in Disability-Free Life Expectancy," in R. Eisen and F. Sloan: *Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions*, Boston, Kluwer, p.11-23.
- CIS (2004): Barómetro noviembre de 2004. *Estudio 2.581*.
- Eurobarómetro Flash (2009): Intergenerational Solidarity, nº 269, marzo. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_en.htm
- IMSERSO: *Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores*, 2004. www.portalmayores.com, microdatos.
- IMSERSO (2007): *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores*. Madrid, 166 p. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-aproposito-01.pdf>
- IMSERSO (2008): *Las personas mayores en España. Informe 2008*. Madrid, MSPS, 2 vols. <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2008/index.html>
- INE (2002): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Resultados nacionales detallados*. Madrid, 489 p.
- INE (2005): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Informe General*. Madrid, 444 p.
- INE (2006): *Encuesta nacional de salud*, microdatos. <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html>
- *Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Congreso de los Diputados, septiembre de 2009, 154 p. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/comisionexpertos-informe-01.pdf>.
- INSERSO (1995): *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Jacobzone, S. (2000): "Coping with Aging: Internacional Challenges". *Health Affairs*, mayo-junio, p. 213-225.
- Katz, S.; Akpom, C.A. (1976) "A measure of primary sociobiological functions". *Int. J. Health Serv.*, vol. 6, 3, p. 493-508.

- Puga González, M.D.; Abellán García, A.; Sancho Castiello, M.T. (2006): “Mayores y familia en la sociedad actual”, p. 261-338. En *Informe España 2006. Una interpretación de su realidad social*. Madrid, Fundación Encuentro, 352 p. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-aproposito-01.pdf>
- Puyol Antolín, R.; Abellán García, A. (Coord.) (2006): *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid, Mondial Assistance, 234 p. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/abellan-envejecimiento-01.pdf> ; <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/abellan-envejecimientoresumen-01.pdf>
- Riley, M. W. y Riley, J. W. (1993): “Connections: kin and cohort”, en Bergtson, V. L. y Achenbaum, W. A. (eds.): *The changing contract across generations*. Nueva York: A. de Gruyter, p. 169-189.
- SHARE Project (2005): *Health, Ageing and Retirement in Europe*, <http://www.share-project.org/>, y microdatos.