

DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES Y AYUDA INTERGENERACIONAL*

Claudine Attias-Donfut

Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des travailleurs salariés

Resum

El present article tracta de la dependència de les persones grans des del punt de vista sociològic. L'autora considera la dependència com una construcció social a l'entorn de la qual es teixeix la trama de les xarxes familiars i institucionals, i com totes dues s'influencien mútuament, tenint en compte no només l'augment del nombre d'ancians sinó també d'altres factors que en l'actualitat hi influencien i que fan de la dependència un perill social assimilable a la malaltia i a l'atur.

La base de dades s'extreu d'una enquesta a 2.316 persones de més de setanta-cinc anys. S'analitza l'organització dels membres de la família des de la influència dels lligams parentius, l'edat, el gènere i l'estat civil per a la prestació d'ajuts i també per a les relacions intergeneracionals voluntàries i els recursos institucionals i professionals que tenen al seu entorn, tot considerant la família com l'alternativa a les residències d'ancians en base a la «norma de solidaritat» i no l'ajut a domicili tal com s'havia previst des de la planificació de l'administració pública.

Resumen

El presente artículo trata la dependencia de las personas mayores desde el punto de vista sociológico. La autora considera la dependencia como una construcción social en torno a la cual se va tejiendo el entramado de redes familiares e institucionales y como ambas se influyen mutuamente, teniendo en cuenta no sólo el aumento del número de ancianos sino también otros factores que influyen en la actualidad y que hacen de la dependencia un peligro social asimilable a la enfermedad o al paro.

La base de datos se extrae de una encuesta a 2.316 personas de más de setenta y cinco años. Se analiza la organización de los miembros de la familia y la influencia de los lazos parentales, la edad, el género, el estado civil para la prestación de ayuda, así como las relaciones intergeneracionales voluntarias y los recursos institucionales y profesionales que tienen alrededor, considerando la familia como alternativa a las residencias de ancianos según la «norma de solidaridad» y no la ayuda a domicilio como se había previsto desde los planes de la administración pública.

* Traducción de Monique Alonso-Tello.

Abstract

This paper talks from a sociological point of view about old people's dependency. The author considers dependency as a social construction, around which a social setting of familiar and institutional networks arises; reciprocal influence between these two variables is also considered. The rising amount of the old people is taken into account, insofar as other factors that have also influence at the present times, and that make dependency become a social danger, which resembles unemployment or disease.

The database is taken from a survey of 2.316 people of 75 and more years old. Organization of family members and influence of kinship relations, age, gender, and marital status on giving of help are analyzed; voluntary intergeneration relationships and available institutional and professional resources are also taken into account; family is seen as an alternative to rest homes according to the «solidarity rule», instead of delivery help service foreseen in public administration plans.

Un niño que conozco, cuando tenía alrededor de tres años y medio, solía decirle a su madre muy serio: «Cuando yo sea mayor, entonces tú serás pequeña. Entonces yo te llevaré, te vestiré y te acostaré». A este fantasma de inversión del orden de las generaciones, descrito por Ernest Jones¹ en 1913, corresponde hoy la situación habitual de adultos, a veces ya mayores, que se vuelven si no los verdaderos padres de sus padres, al menos los que tienen que cuidar de ellos. Desquite decisivo sobre el dominio del ayer o realización tardía del desco recóndito de cuidar a seres queridos², la realidad se aleja pues del fantasma original, la habita otro espectro, el de una muerte paulatina, progresiva, ineluctablemente presente. Con el alargamiento espectacular de la vida, proceso siempre en curso, un número creciente de hombres y sobre todo de mujeres se ven³ o se verán obligados a compartir finales de vida difíciles de parientes con quienes habrán pasado buena parte de su existencia, escrito de una

1. Ernest Jones, «Théorie et pratique de la psychanalyse», Payot, París, 1969, cap. XXIII, p. 372-377. Conferencia pronunciada en Ward's Island, N.Y. 1913, publicada en *Internat. Zeitschr. f. äztzl. Psychoanalyse*, 1er año, 6º cuaderno.

2. Según la interpretación de este fantasma presentado por Jones y los psicoanalistas que lo han estudiado, y a los que se refiere, se reduciría a dos impulsos principales relacionados con el impulso de amor y de odio: el impulso familiar por una parte, y una hostilidad hacia los padres o por lo menos hacia uno de ellos, gozando de una posición imaginaria de superioridad sobre ellos, por otra parte.

3. Un sondeo llevado a cabo en 1986 acerca de franceses mayores de dieciocho años, demostraba que el 21% tenía en el momento de ser encuestado un pariente mayor con problemas para vivir solo. Esta cifra asciende al 27,2% cuando se trata de personas con edades comprendidas entre cincuenta y sesenta y cuatro años. «Enquête conditions de vie et aspirations des français». Preguntas específicas CNAVTS, septiembre de 1986, CREDOC, París. Véase también C. Artias-Donfut «Génération et âges de la vie», PUF, Que sais-je?, 1991.

historia común multiforme compuesta por acercamientos, alejamientos, retornos. La vida va transcurriendo con constantes redefiniciones de las relaciones entre generaciones, poniendo sobre el escenario varias generaciones, por lo general tres, a menudo cuatro⁴, menos veces cinco.

En las investigaciones llevadas a cabo sobre la familia, se corrobora en la actualidad la importancia de los lazos de filiación, incluso su primacía sobre las relaciones de alianza. Este nuevo interés parece un hallazgo que más bien se asemeja a una amnesia: efectivamente, desde los años 60, o incluso antes, las investigaciones gerontológicas han puesto de manifiesto la generalidad de los sistemas familiares extensos, redes complejas de ayudas, de servicios, de actividades que van estrechando lazos entre unidades conyugales y generaciones⁵. La des-cohabitación de las generaciones que todavía perdura hoy no significa ruptura de contactos, sino como lo había señalado L. Rosenmayr, «intimidad a distancia»⁶. Algunas encuestas habían demostrado la mutualidad de los intercambios entre abuelos, padres, nietos casados, a pesar de un diferencial negativo entre la ayuda dispensada y recibida por los primeros: relativamente escasa económicamente (lo que podría sorprender dada la escasez de recursos de los jubilados hace unos treinta años), algo más marcada en las relaciones afectivas, los intercambios de tareas domésticas y de cuidados⁷. Hoy se recalca sobre todo esto último: los cuidados, y en particular los cuidados a los mayores dependientes. Este fenómeno tiene su origen en el nuevo lugar que dicho planteamiento ocupa en las políticas de vejez. Confrontada a esta dependencia, la solidaridad familiar, en gran parte intergeneracional, que se pone en marcha, interviene dentro de un contexto cada vez más institucionalizado. Diversas formas de cuidados, de ayudas, de alojamiento, de prestaciones en especies o en metálico se van desarrollando y están a punto de ser objeto de una financiación y de una gestión específica, la dependencia se transforma entonces en un nuevo peligro social, del mismo tipo que la enfermedad o el paro.

¿Cómo se compaginan estas intervenciones públicas con la acción de la fa-

4. Un estudio longitudinal sobre el paso a la jubilación ha demostrado que de cada cuatro recién jubilados, uno pertenece a una línea de cuatro generaciones y uno de cada cinco recién jubilados tiene todavía un ascendiente en vida; en este último caso se produce un acercamiento significativo entre dos generaciones de jubilados, la frecuencia de sus contactos será entonces mayor que con los demás familiares. P. Paillat (bajo la dirección de), C. Attias-Donfut, f. Clement, C. Delbes, P. Paillat, S. Renaut, A. Rozenkier, *Passages de la vie active a la retraite*, PUF, 1989.

5. Bernice L. Neugarten, *Middle age and aging*, Chicago, University of Chicago Press, 1968.

6. L. Rosenmayr y E. Kockels, «Essai d'une théorie sociologique de la vieillesse et de la famille», *Revue Internationale des Sciences Sociales*, vol. XV, núm. 3, 1963, pp. 432-448.

7. Reuben Hill, «Decision Making and the family life cycle», in *Social Structure and the family: Generational Relations*, Eds. Ethel Shanas and Gordon Streib, Englewood cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1965.

milia? Se plantea dicha pregunta de forma concreta al legislador que tiene que definir los límites bajo forma de criterios de atribución (tope de ingresos, nivel de dependencia, posible recurso a la obligación alimenticia o a la recuperación sobre derchos de sucesión, etc.) siempre que sale una nueva prestación⁸. Por lo general estas decisiones provocan orientaciones fundamentales sobre el reparto de los papeles entre los distintos actores, institucionales, comerciales, privados.

En este campo coexisten dos tesis cuya contradicción sólo es aparente. Por una parte, el desarrollo de los servicios resultaría de la disolución o la regresión de las relaciones sociales, sobre todo familiares. Tomarían pues el relevo de estas relaciones ocupando de alguna forma el puesto abandonado por la familia. Por otra parte, el Estado Providencia en crisis intentaría reducir sus intervenciones y sus gastos haciendo recaer una parte de dichos gastos sobre los ayudantes «naturales» y «voluntarios» que forman parte de la unidad familiar para transformarlos en agentes multiplicadores de sus acciones.

Ambas tesis proceden de una lógica de las necesidades y tienden a minimizar el juego de las lógicas institucionales en interferencia. Pero la evolución actual interesa de la misma forma a las familias y a las instituciones y es dentro de una misma dinámica donde se constituyen nuevas formas de institucionalización y nuevos modelos familiares y donde se establecen lazos que los refuerzan mutuamente. Dicho de otra forma, las normas institucionales que se ponen en marcha contribuyen a producir y legitimizar nuevas formas familiares que, a su vez, las refuerzan. Se dará un ejemplo en este texto, por una parte, con la evolución de las residencias para ancianos y de los servicios para ancianos que van integrando en su estructura cuidados médicos y, por otra parte, con el recurso que supone para las familias estas residencias y el uso que hacen de ellas.

Con esta finalidad y a partir de las prácticas reales, institucionales y familiares, halladas en resultados de encuestas, nos detendremos a analizar las relaciones respectivas entre prestación familiar y prestación social para los ancianos dependientes.

Una reconstrucción previa del contexto histórico en el que se ha elaborado la noción de dependencia y se ha instituido el sistema correspondiente de cuidados nos ayudará a hallar las lógicas institucionales que lo originan.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA

La índole prioritaria del trato de la dependencia dentro de la política de la vejez se fortalece desde los años ochenta. Se da como motivo el crecimiento

8. Es el caso, por ejemplo, de la «guardia a domicilio», que empezó a ser subvencionada por la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse en 1992.

importante y constante, en valor absoluto y relativo, del número de ancianos muy mayores en la población⁹. Por muy importante que sea la evolución demográfica no es suficiente para justificar las nuevas orientaciones de las políticas sociales, marcadas por la medicalización de la vejez y de la muerte en marcos cada vez más institucionalizados. El verdadero motivo está, desde mi punto de vista, en los efectos en cadena de los cambios de la política hospitalaria. Un breve retorno a la historia¹⁰ permitirá despejar los fenómenos que han contribuido a la configuración progresiva de la dependencia como nuevo peligro social.

La era moderna de las instituciones de atención a ancianos empieza en el siglo XIX, en el momento en que los servicios hospitalarios eran el lugar privilegiado para la producción y los conocimientos médicos de alto nivel¹¹. El hospital era entonces un lugar de asistencia y de hospedaje social, que atendía muchos ancianos pobres; pervive todavía esta tradición aunque se va medicalizando y distribuye sus funciones entre el hospicio, lugar exclusivamente de hospedaje, y el hospital especializado en cuidados. El hospicio guarda todavía su carácter de atención a los pobres de todas las edades y a los incurables, mientras que el hospital queda abierto a todas las clases sociales, desarrollando una tecnología médica moderna, que se va afianzando desde 1945.

Integrado dentro del mundo hospitalario, el hospicio se vuelve también un establecimiento de cuidados para las afecciones, por decirlo de alguna forma, incurables¹². Se ha beneficiado pues de los adelantos de la medicina, de mayor higiene y mayor bienestar. No obstante, se le identifica todavía con la «vejez de los pobres»¹³ y representa el modelo opuesto de las colectividades de ancianos, y frente a él se van a crear y a desarrollar residencias de ancianos. Los lugares de hospedaje para ancianos se ven obligados a evolucionar bajo la presión de una nueva demanda. Los pobres ya no son los únicos que necesitan recibir atención en colectividades. Bajo el efecto de la urbanización, de la descohabitación y del aislamiento de los ancianos, las clases medias también se ven obligadas a buscar cierta seguridad para la vejez, ya no de cara a la miseria,

9. Q.C. Dinh, «Le vieillissement de la population sera plus important que prévu», *Economie et Statistique*, núm. 243, mayo de 1991.

10. C. Attias-Donfut vuelve a trabajar sobre este análisis en «Prendre en charge la dépendance», *Informations Sociales*, CNAF, nº 5/1986, París; C. Attias-Donfut y A. Rozenkier con la colaboración de S. Renaut, «La taille des maisons de retraite et leur médicalisation», *CNAVTS*, diciembre de 1985, y C. Attias-Donfut y A. Rozenkier, «Logements-foyers: l'enjeu d'une médicalisation», *Gérontologie et société*, núm. 25, 1983, pp. 40-53.

11. Ver los trabajos de M. Foucoult, «Naissance de la clinique», PUF, 1972. «Histoire de la folie», Gallimard, 1972 y de F. Steudler, «L'hôpital en observation», Armand Colin, 1974.

12. «Los hospicios proporcionan albergue a los ancianos, enfermos e incurables y les prodigan los cuidados que necesitan» (Artículo L. 678 del Código de Salud Pública del 11 de diciembre de 1958).

13. Nicole Benoit-Lapierre y otros, *La vieillesse des pauvres*, Les éditions ouvrières, 1980.

sino también de cara a la soledad. Las residencias para ancianos no tienen nada que ver con el sistema hospitalario; sólo son un lugar de hospedaje, aunque a veces estén equipadas con un espacio especializado para los ancianos más frágiles (sección inválidos). Gracias a las ayudas de la administración pública y de los regímenes de jubilación, dichos establecimientos se están multiplicando. Un verdadero parque de residencias para ancianos —entre ellas algunas pertenecen a asociaciones o agrupamientos cuya intervención en este campo viene ya de muchos años, como por ejemplo las congregaciones religiosas— va constituyéndose con modos de funcionamiento muy diversificados y acoge a una población socialmente heterogénea.

El hospital conserva y desarrolla su papel médico, pero el «desagüe» que supone para el hospicio se vuelve socialmente insoportable. Una ley social preveía en 1975 su desaparición para transformarlo ya sea en establecimiento social (residencia para jubilados), ya sea en establecimiento sanitario (estancias largas). Al mismo tiempo se puso en marcha una política de «alternativa a la hospitalización» que se refería exclusivamente a los ancianos para quienes la estancia en hospitales parece cada vez menos «adecuada» si se tiene en cuenta la vocación del hospital. Así se ha ido desarrollando, a lo largo de los años, una diferencia entre la modalidad cuidados y la modalidad asistencia y hospedaje. Se ha procedido asimismo a una separación entre los cuidados que necesitan una medicación técnica moderna y los que no necesitan tanta competencia médica, como por ejemplo los de *nursing*. La legitimación aún frágil de la «geriátrica» nos lleva a apartar de las instituciones especializadas los cuidados de *nursing* ya que no vienen a completar los actos técnicos cuyo carácter especializado sería evidente. Dicha política hospitalaria se ha visto pues reforzada por la convergencia de intereses de los cuerpos profesionales dentro de su estrategia de valoración de la práctica geriátrica y de los organismos de seguridad social dentro de su preocupación de racionalización económica: reducir los gastos del hospital, aliviándole de las funciones sociales heredadas por su historia, para que pueda seguir evolucionando, modernizándose y desarrollándose tecnológica y científicamente. El cuerpo médico ha tenido mucho que ver en esta evolución, apoyado por otros profesionales, paramedicales, trabajadores sociales, responsables de establecimientos. La especialización del hospital ha llevado a las residencias para ancianos a dar cuidados corrientes para poder acoger o guardar a los ancianos que ya no pueden permanecer en un hospital.

Dentro de una lógica similar, la ayuda institucional a domicilio se ve reforzada con servicios médicos, mejor adaptados que la simple ayuda a domicilio para la dependencia alta: cuidados médicos, servicios de guardia, etc. Su evolución así como la de los establecimientos «provistos de medios médicos» obligan a políticas planificadas, racionalizadas, para hacerse cargo de cuidados que tendrán que darse fuera del hospital. Dichas políticas se basan en un aná-

lisis de las necesidades a partir de una definición de la dependencia. A este nivel también, el cuerpo médico ha desempeñado un papel importante por su contribución a la definición y a la divulgación de varias nociones de incapacidad y de obstáculos, así como de medios para ponderarlos.

Tal y como se puede leer en los textos administrativos o en estudios epidemiológicos (unos y otros reciben influencia mutua), se define la dependencia como la situación de una persona que ya no puede realizar los actos de la vida cotidiana por sí sola, y necesita por lo tanto la ayuda de otra persona. La noción de dependencia recoge, de hecho, la de «disminución», pero es muy significativo que sea el término de «dependencia» el que haya prevalecido. La dependencia evoca una situación de subordinación, de pérdida de dominio de su propia existencia, cosa que se ve muy a menudo favorecida por las condiciones en que se ha vivido dicha disminución.

La dependencia implica pues una necesidad de ayuda. Pero nosotros preferimos el concepto de «prestación» al de ayuda, ya que va menos cargado de ideología asistencial, es más evocador del intercambio y va tan íntimamente vinculado que puede llegar a ser irreversible, el dependiente puede volverse prestador¹⁴ o el prestador volverse dependiente de la prestación¹⁵.

Después de este análisis, podemos concluir que la dependencia ha sido socialmente construida a la medida de su institucionalización. La evolución demográfica no parece haber sido un elemento decisivo; la toma de conciencia y la inquietud suscitadas por el crecimiento continuo de la tercera edad parecen más bien haber sido incrementadas por la preocupación de desarrollar un sistema diversificado del tratamiento de la dependencia fuera de las estructuras hospitalarias, al mismo tiempo que se controlaban los gastos por salud.

PRÁCTICAS INSTITUCIONALES Y FAMILIARES: RESULTADOS DE ENCUESTAS

El deseo de planificar y de racionalizar las distintas prestaciones concedidas a los ancianos dependientes originó una encuesta por iniciativa de la Caisse

14. Catherine Dechamp-Le Roux, aplicando el concepto de prestación a su reflexión sobre las profesiones relacionadas con salud, descubre en juegos de inversión de papeles e identificaciones precoces a figuras «prestatarias» un origen de la vocación profesional. «Propos sur le concept de pourvoyance», pp. 161-170 in *Figures de la dépendance autour d'Albert Memmi*, Coloquio de Cerisy-La-Salle, bajo la dirección de Catherine Dechamp-Le Roux, PUF, col. Les Champs de la santé, 1991.

15. Albert Memmi, «Le fardeau du pourvoyeur», pp. 195-210 in *Figures de la dépendance*, CNAVTS, La Documentation Française, París, 1990.

Nationale d'Assurance Vieillesse¹⁶ que tenía entre otros objetivos el de aportar algunos elementos que pudieran responder a la pregunta siguiente: ¿casa u hospedaje colectivo, cuál de estas soluciones parece ser mejor económicamente? Entre los resultados más importantes, esta encuesta ha desvelado el importante papel de la familia, no sólo en el apoyo que reciben a domicilio los ancianos dependientes, sino también en la elección entre la casa o el hospedaje colectivo. Nos referiremos aquí a estos datos y no a los que se refieren al tema principal de la encuesta, la comparación de los gastos vinculados a la dependencia, que no entra dentro del tema que tratamos aquí.

Esta encuesta se realizó a una muestra representativa de 2.136 personas con setenta y cinco años cumplidos en fecha del 1 de enero de 1988, en el Doubs y en Loire-Atlantique, por sondeo a probabilidades iniguales y en cinco tipos de residencia: domicilio propio (1.003 encuestados), hospedaje-hogar (194), residencia para ancianos sin servicio de cuidados médicos (242), residencias para ancianos con servicio de cuidados médicos (493) y larga estancia (204). Para las personas que viven en casa se seleccionó la muestra en los ficheros de la Caisse d'Assurance Maladie y para las personas que están viviendo en establecimientos colectivos, las listas completas de residentes entregadas por dichos establecimientos. En la muestra se hizo referencia a dichos residentes para establecer una comparación con las personas que viven en su casa. Hubo dos fuentes de información para cada encuestado:

- una encuesta directa con cuestionario dio a conocer la *situación socio-económica y demográfica* de cada individuo así como el *grado de dependencia* y las *ayudas* recibidas (en tiempo y en valor),
- las Cajas de Seguro por enfermedad dieron a conocer los consumos médicos, los gastos y los reembolsos correspondientes a cada encuestado durante el año 1988.

Se llegó a un tope de setenta y cinco años para alcanzar una representación significativa de dependientes según el grado de incapacidad en la vida diaria (para los cuidados corporales, la alimentación, el vestir, la movilidad dentro y fuera del domicilio, etc.). Se alcanzaron los resultados siguientes: entre los de más de setenta y cinco años el 23% tiene incapacidad muy importante, el 27% incapacidad media y el 50% incapacidad escasa o inexistente; a los 90 años y más, la incidencia de la incapacidad importante alcanza al 70,8% (el

16. Los resultados que se presentan en este artículo provienen en parte de ese libro y en parte de una nueva explotación de dichos datos que he hecho en colaboración con S. Renaut, en la Direction des Recherches de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, quien pidió este estudio y lo coordinó. Los datos entresacados de este trabajo se citarán con la página de referencia, mientras que los datos inéditos, que provienen de la nueva explotación, serán citados como «explotación secundaria».

16,8 media y el 12,4 escasa o inexistente). Las encuestas llevadas a cabo por el INSERM¹⁷ en distintos puntos de Francia reflejan resultados similares: el 29,4% de las personas de más de setenta y cinco años tendría un nivel de dependencia que necesita una ayuda importante.

El análisis multivariado de los factores de dependencia demuestra que «a igualdad», el grado de dependencia es relativamente más alto en las personas con ingresos reducidos, las más aisladas, las mayores y las mujeres¹⁸. El cúmulo de la enfermedad, la soledad y la escasez de recursos para una categoría de ancianos tiene su origen —y así lo han demostrado otros estudios¹⁹— en una sucesión de inconvenientes a lo largo de la vida; las categorías más desfavorecidas son también las que gozan de menos salud, las que tienen menor esperanza de vida y, por lo tanto, la mayor probabilidad de ver morir a sus familiares con todas las consecuencias que esto conlleva, viudez y soledad.

¿Dónde viven los muy mayores? Según la encuesta CNAV 90 sobre el conjunto de personas de setenta y cinco años y más, capacitadas o dependientes, el 12% se alberga en establecimientos más o menos provistos de servicio médico (exceptuando los hospedaje-hogares considerados aquí como domicilios ordinarios). La probabilidad de ingreso en un establecimiento va incrementándose con la edad y el grado de dependencia: el 23% de ancianos de ochenta y cinco años a ochenta y nueve y el 33% de los de más de noventa años viven en establecimientos²⁰. Para las personas albergadas en establecimientos, el grado de dependencia es muy elevado y varía en función del tipo de establecimiento y el nivel de su servicio médico; en los establecimientos en que el servicio médico es más importante (largas estancias), el 100% de los residentes tiene problemas de consideración o medios, el 81% está en residencias con servicio médico, y el 70% en residencias sin servicio médico. Estos números están, de todas formas, muy por encima de los que se observan en el domicilio particular (22%). Pero como es en éste que residen el 88% de los de más de setenta y cinco años, es también ahí que se encuentra la mayoría de las personas dependientes: el 87% de los de dependencia media, el 70% de dependencia importante, el 50 al 60% de muy fuerte o extrema dependencia²¹. Los datos de las encuestas INSERM lo corroboran: las tres cuartas partes de los de más de sesenta y cinco años confinados en cama o en silla de ruedas viven en sus casas.

Como ya hemos indicado, la familia desempeña un papel primordial en

17. Alain Colvez y otros, *Approche épidémiologique des besoins en services pour les personnes âgées dépendantes*, INSERM, 1990.

18. *Le prix de la dépendance*, op. cit., p. 113.

19. C. Attias-Donfut y M. Gognalons-Nicolet, *Après cinquante ans, la redistribution des inégalités*, GIG, CNRO, 1980.

20. *Le prix de la dépendance*, op. cit., pp. 46-48.

21. *Ibid.*, p. 52.

la alternativa entre el domicilio propio o el ingreso en residencia o demás formas de hospedaje colectivo, a partir del momento en que las incapacidades alcanzan un grado en que la ayuda de una persona se hace imprescindible en la vida de todos los días. La intervención familiar es decisiva a la vez por la prestación hacia los ancianos que viven en su casa y por su peso en el momento en que hay que decidir si hay que ingresar a un anciano:

- Las prestaciones familiares y las del entorno son imprescindibles si el anciano se queda en su casa y prácticamente insustituible por la ayuda profesional, aunque ésta sea un complemento.
- No es el interesado quien toma la determinación de marcharse de casa para ingresar en un establecimiento, sino los familiares o un profesional.

PRESTACIONES FAMILIARES Y PRESTACIONES PROFESIONALES A DOMICILIO

Las personas muy dependientes permanecen muy a menudo en su casa cuando todavía vive el cónyuge o cuando viven con la familia. La presencia del cónyuge garantiza una asistencia permanente ya que es poco frecuente que los dos cónyuges sean al mismo tiempo muy dependientes: para el conjunto de las parejas encuestadas, el 67% indicaba gozar de buena salud para ambos cónyuges, el 0,7% serios problemas para ambos, el 2,9% problemas medianos para ambos o problemas medianos para uno e importantes para el otro, y para los demás casos, uno de los dos cónyuges es totalmente válido y el otro tiene problemas más o menos serios²². Este fenómeno tiene su explicación, sin lugar a dudas, a la vez por la selección que la permanencia en casa acarrea, las parejas de dependientes se ven obligadas a ingresar dentro de una institución (representan el 5% de los residentes en residencias para ancianos con servicio médico) y por la poca probabilidad de dependencia simultánea para ambos miembros de la pareja dada la diferencia de edad y de la mortandad en edades distintas para ambos sexos. Los mayores de setenta y cinco, años que conviven con otros miembros de la unidad familiar suponen más del 20% en relación con los que viven en su casa. Son a igualdad (edad, ingresos, sexo), más dependientes que los que viven solos²³.

Está claro que el nivel de dependencia no es el único que va a determinar el ingreso en una institución, sino la interacción entre situación familiar y nivel de dependencia. El nivel de ingresos interviene también en la elección: las

22. *Ibid.*, p. 120.

23. *Ibid.*, p. 126.

personas cuyos ingresos son menores, que tienen más dificultades para hacer frente al incremento de los gastos de ayuda y de cuidados que exige su estado de salud, están normalmente ingresadas. Por lo tanto podemos decir que los establecimientos especializados albergan ancianos con pocos ingresos y pocos recursos familiares y de salud.

Además de estas diferencias significativas entre los que viven en casa y en establecimientos, se observa, a domicilio más que en casa, una aportación efectiva importante de las familias: entre los ancianos de más de setenta y cinco años que viven en casa, que estén bien de salud o incapacitados, cerca del 60% tiene a su alrededor al menos una persona que le aporta efectivamente una ayuda en los actos usuales de la vida diaria (limpieza, gestiones administrativas, cuidados personales); el 30% se beneficia de una ayuda profesional para dichos actos. Teniendo en cuenta la acumulación de estas dos ayudas, el 70% de las personas recibe al menos una ayuda para su vida diaria. La distribución y el volumen de horas van aumentando con el grado de dependencia, dentro de una coherencia en cuanto a ayudas de la familia y de forma más esporádica cuando se trata de ayudas profesionales, mucho más determinadas por el nivel de ingresos.

Por lo menos el 44% de las personas válidas dispone de una ayuda, mientras que se ayuda siempre a las personas muy dependientes; en este caso, es importante mencionar que el 95% de las personas dependientes se beneficia como mínimo de una ayuda de su entorno familiar, no obstante la ayuda profesional que viene a añadirse a esa ayuda familiar sólo se refiere a menos de la mitad de los casos.

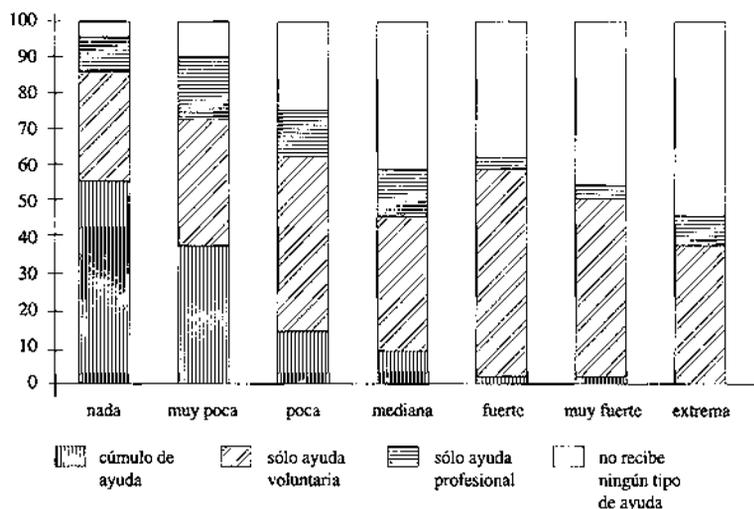
El volumen medio de horas de ayuda voluntaria, de cincuenta horas por mes, alcanza más de cien horas para las personas más dependientes. El tiempo medio de ayuda profesional de treinta horas por mes alcanza ciento once para los más dependientes. Teniendo en cuenta una menor divulgación de la ayuda profesional en comparación con la ayuda de los familiares o vecinos, ésta representa en su totalidad un volumen de horas tres veces mayor.

A pesar de su mucha aproximación²⁴, estos resultados de conjunto ponen de manifiesto la intervención primordial de la familia en la vida diaria de los incapacitados, no sólo por el volumen de la ayuda prestada, sino, y sobre todo, por su carácter incontornable: una persona muy disminuida se ve siempre ayudada por su entorno, mientras que sólo una de cada dos recibe una ayuda profesional; dicho de otra forma, la ayuda profesional no es suficiente y no puede en ningún caso sustituir la de los familiares o vecinos, o sea que la alternativa se encuentra todavía entre las prestaciones de la familia o el ingreso

24. Las horas han sido contabilizadas por días y semanas, pero dicha contabilización es todavía tributaria de las declaraciones más o menos claras de los interesados. Se puede pensar que las ayudas informales, sobre todo las del cónyuge, son subvaloradas, ya que son naturales.

GRÁFICO 1

Reparto de las personas mayores que viven en su casa según el tipo de ayudas por grado de dependencia (en porcentaje)



Fuente: CEBS LASER CNAV. Encuesta MAD-HC 1989

en residencia, y no lo que ha constituido el credo de distintos programas de políticas de vejez desde el informe Laroque²⁵, la oposición entre los servicios de mantenimiento a domicilio y el hospedaje colectivo.

Para comparar la prestación familiar y la prestación profesional, claro está que se pueden contabilizar las horas, según el método expuesto más arriba, que ha permitido deducir que el volumen de horas de ayuda de familiares y vecinos es tres veces mayor al de las ayudas de los profesionales. Pero también se puede considerar el conjunto de gastos ocasionados por la dependencia y la aportación de los distintos financiadores²⁶ de dichos gastos; dándole un valor monetario ficticio a las horas de ayudas dispensadas por la familia, se puede establecer el reparto de los distintos gastos asumidos por las instituciones, el individuo y su entorno. Los resultados demuestran que para el conjunto de los ancianos mayores de setenta y cinco años que viven en su casa, la ayuda

25. Pierre Laroque, «Politique de la vieillesse», Informe de la Comisión de estudios de los problemas de la vejez. Haut Comité Consultatif de la Population et de la famille, Documentation Française, 1962.

26. *Le prix de la dépendance*, op. cit., pp. 181-219, «Méthode de la valorisation du temps bénévolé», pp. 367-372.

denominada «voluntaria» o sea del entorno, principalmente familiar, representa algo más de la mitad del conjunto de los gastos de ayuda, las instituciones costean cerca de una tercera parte y el anciano algo menos de una quinta parte. Entre las personas muy dependientes, los gastos de ayuda se incrementan (más de tres veces más altos que para el conjunto de los individuos), la proporción de la ayuda voluntaria se incrementa en cerca del 60% y la de las instituciones es algo más baja (menos de una tercera parte).

El análisis de los gastos de las distintas categorías de población pone de manifiesto un tipo de equivalencia o de sustitución entre recurso a las ayudas y recurso a los cuidados sanitarios: una frecuencia superior de hospitalización, así como gastos más importantes para la salud de las personas que viven solas en comparación con las que viven con su pareja o con otros miembros de la unidad familiar. Esta hipótesis es tanto más posible cuando las personas que viven solas en su casa tienen relativamente menos miembros dependientes que los demás hogares y que el crecimiento de los gastos de salud con la dependencia va acompañado de un cambio en la estructura de gastos (más cuidados paramédicos sobre todo)²⁷. Se puede concluir que los actos paramédicos y las hospitalizaciones no suponen sólo cuidados técnicos, sino «ayudas» equiparables o equivalentes a las que puede dar la familia.

INGRESO EN UN ESTABLECIMIENTO

La familia desempeña un papel primordial en el momento de mantener a los mayores en su casa, y es de nuevo esta misma familia la que se encuentra en el primer plano cuando se trata de ingresar a un anciano.

Resulta efectivamente curioso que la iniciativa de ingresar en un establecimiento no dependa casi nunca del interesado: según una encuesta del INSEE²⁸, es la familia quien decide el 76% de los ingresos en una larga estancia o una institución; un profesional decide el 22% y el interesado interviene en el 2% de los casos. En los hospicios y residencias para ancianos, el interesado interviene algo más a menudo, pero siempre de forma minoritaria: el 20% de los casos. En el 80% de los casos no es el interesado quien toma la decisión: en el 45% de los casos es la familia quien decide y en el 35% otros colaboradores (instituciones, profesionales). Los motivos de ingreso, según declaraciones de los responsables de establecimientos, son para la mayoría las dificultades que tiene la familia para hacerse cargo del anciano (82% para las residencias, 56% para las estancias largas). Dichas dificultades van asociadas

27. *Ibid.*, p. 237.

28. L. Kasparian y J.L. Borkowski, «Les circonstances d'entrée dans les établissements sociaux», INSEE Première n° 122, febrero de 1991.

a problemas de salud que muchas veces conllevan trastornos mentales. Así, el 23% de las admisiones en residencias resulta de una mala salud física, el 25% de una salud mental deficiente y el 17% de un cúmulo de ambas. En los servicios de largas estancias en los hospitales, de cada diez pacientes seis tienen problemas físicos, mientras más de la mitad presentan alguna perturbación de las facultades mentales²⁹. Hay que considerar estos resultados con mucha precaución por el hecho de la heterogeneidad de las afecciones agrupadas bajo la categoría «mental» que incluye tanto la demencia como la depresión o la mera ansiedad o insomnio. Esta encuesta ha revelado asimismo la edad avanzada de los ancianos ingresados: muchos no entran más que con los ochenta cumplidos (el 45% en residencias para ancianos y el 69% en largas estancias)³⁰.

De la mayoría de las encuestas llevadas a cabo acerca de residentes se deduce que la soledad suele ser el motivo determinante para ingresar, lo que viene corroborado por la encuesta CNAV 90: el 47% de los motivos se refiere a la soledad y el 10% a dificultades de relación con el entorno. Otros estudios cualitativos han demostrado que pueden determinar dicha decisión conflictos familiares o incluso que opiniones divergentes acerca de este tema pueden acarrear la ruptura de relaciones familiares³¹.

Las relaciones afectivas no son las únicas que entran en juego, existen también estrategias económicas en este campo. Los problemas de propiedad, de transmisión por herencia o donación pueden también determinar la elección de los familiares o del interesado para quedarse en casa, vivir con la familia o ingresar en una institución; el recurso a una «ayuda social»³², que conlleva una obligación alimentaria y recuperación sobre la sucesión y concierne directamente a los descendientes y herederos potenciales, interfiere necesariamente en los intercambios intergeneracionales, que lo determinan o que él puede influir. Se confirma esta hipótesis comparando a los ancianos alojados en instituciones según si reciben o no una ayuda social³³. El 22% de las personas alojadas en instituciones se beneficia de la ayuda social y el 66% no tiene descendientes, mientras que de las personas ingresadas que no recurren a la

29. L. Kasparian y J.L. Borkowski, INSEE 91, op. cit., p. 1.

30. *Le prix de la dépendance* nueva explotación.

31. M.T. Perrin-Espinasse y B. Lefebvre, «Services urbains et personnes âgées dépendantes», Informe roneotipado, Mire & Plan Urbain, 1991, «Algunas observaciones ponen de manifiesto situaciones familiares que pueden ir hasta una solicitud de ingreso llevada a cabo por un anciano contra la voluntad de sus hijos, o una negativa de ingreso por su parte que han acarreado la ruptura de las relaciones entre el anciano y sus hijos», p. 110.

32. La prestación de ayuda social es una ayuda pública concedida bajo condiciones de recursos y que conlleva por lo general recuperación ya sea directamente acerca de los hijos (obligación alimentaria), sea sobre la sucesión. Se practica sobre todo para completar el pago de los gastos de alojamiento —que pueden ser muy altos— de las personas con recursos insuficientes.

33. *Le prix de la dépendance*, nueva explotación.

CUADRO I

Calidad del ayudante voluntario, principal o secundario, a domicilio o en alojamiento-hogar (en porcentaje)

Condición del ayudante	Parentesco							Total
	Cónyuge	Hijo Hija	Yerno Nuera	Hermano Hermana	Nietos	Otro parentesco	Vecino	
Principal	17,8	51,3	11,5	1,2	1,2	5,3	11,7	100
Secundario	0,7	56,5	20,7	1,6	2,1	15,0	3,3	100

Fuente: *El precio de la dependencia*, p. 309, recuadro 3-17.

ayuda social, sólo el 35% está en este caso. Esta diferencia sensible demuestra el carácter disuasivo de la obligación alimentaria o de la recuperación sobre sucesión para recurrir a una ayuda social cuando existen descendientes. Además, la minoría de las personas que recurren a la ayuda social teniendo hijos recibe muy pocas veces una ayuda por parte de los descendientes (10%), mientras que el 42% de los no beneficiarios de la ayuda social que tienen hijos recibe una ayuda por su parte. La ayuda social que implica legalmente una contribución material de los descendientes, parece intervenir dentro de un contexto de falta de solidaridad intergeneracional que induce o sanciona.

EL PAPEL DE LA SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL

Los datos que acabamos de ver trataban de la solidaridad familiar en su conjunto y han demostrado su extensión y su relevancia. Un análisis más pormenorizado de los «ayudantes» según su parentesco pone de manifiesto la importancia de la solidaridad intergeneracional. En el cuadro I «ayudante principal» y «ayudante secundario» son las dos primeras personas sucesivamente nombradas por el encuestado como las que le aportan principalmente una ayuda. El ayudante principal ha sido nombrado por el 53% de las personas encuestadas, el ayudante secundario sale en bastantes menos ocasiones: 15%³⁴.

El cónyuge interviene siempre el primero, cuando puede hacerlo, y casi nunca en segunda posición, pero la mayoría de los dependientes son viudos y por lo tanto son los hijos los principales prestatarios. El conjunto de descendientes: los hijos y sus cónyuges, los escasos nietos, representan cerca de dos de los tres ayudantes principales y cerca de cuatro de los cinco ayudantes secundarios.

34. *Ibid.*, p. 310.

CUADRO 2

Ayudante principal en casa*

<i>Características del ayudante** (%)</i>	<i>Cónyuge</i>	<i>Hijo/Hija</i>	<i>Yerno/Nuera</i>	<i>Vecinos</i>
Mujeres	67	72	88	70
Solteros	—	23	—	9
Sin hijos	20	30	6	29
En actividad	—	47	31	22
Parados	—	5	3	3
Jubilados	84	18	24	46
Otros inactivos	11	28	34	27
Viven en:				
La misma vivienda	98	36	42	—
Cerca	—	18	28	59
El mismo barrio	—	17	16	37

* El conjunto de estos números se refiere a las características de los ayudantes en función de su parentesco con el anciano.

** Como los cuadros no reproducen el conjunto de las respuestas de forma exhaustiva, el total de cada una de las columnas no alcanza el 100%.

Fuente: *El precio de la dependencia*, Explotación secundaria

Los Cuadros 2 y 3, que presentan algunas características de los principales ayudantes y de los ayudantes secundarios, dejan traslucir algunas diferencias: hay mayoritariamente hombres entre los ayudantes secundarios, máxime entre los yernos: a pesar de que las nueras intervengan más bien en primera posición, hay dos veces más yernos que nueras que prestan ayuda en segunda posición. Así la prestación pasa más por la hija que por el hijo, lo que demuestra la repartición por sexo de los hijos ayudantes: el 70% son hijas.

Se ha subrayado varias veces la mayor implicación de las mujeres en las prestaciones para los ancianos dependientes, así como la carga que supone en la edad de la madurez en que se acumulan otras demandas por parte de los hijos, y a veces problemas profesionales o sociales³⁵. Un estudio reciente ha demostrado que la mayor intervención de las mujeres depende, no obstante, de la composición de la familia: entre los hijos únicos o los que pertenecen a familias homogéneas

35. S.L. Boyd y J. Treas, «Family care of the frail elderly: a new look at "Women in the middle"», *Women's studies Quarterly* 17 (1/2), 66-74, Spring/summer 1989.

Dependencia de las personas mayores y ayuda intergeneracional

CUADRO 3

Ayudante secundario*

<i>Características del ayudante** (%)</i>	<i>Hijo/Hija</i>	<i>Yerno/Nuera</i>	<i>Otro parentesco</i>
Mujeres	65	30	68
Solteros	30	—	7
Sin hijos	33	17	13
En actividad	58	46	30
Parados	7	—	5
Jubilados	15	32	32
Otros inactivos	19	9	22
Viven en:			
La misma vivienda	26	24	11
Vivienda contigua	15	15	35
El mismo barrio	22	17	33

* El conjunto de estos números se refiere a las características de los ayudantes en función de su parentesco con el anciano.

** Como los recuadros no reproducen el conjunto de las respuestas de forma exhaustiva, el total de cada una de las columnas no alcanza el 100%.

Fuente: *El precio de la dependencia, Explotación secundaria*

compuestas únicamente por mujeres o por hombres, los hombres y las mujeres dan volúmenes de ayuda equivalentes y viven la misma experiencia de estrés y de carga. Es únicamente en el caso de familias mixtas que las mujeres se ven más implicadas que los hombres³⁶. En la encuesta CNAV 90 existe otro factor que se revela determinante en la propensión a atender a los ancianos, la ausencia de hijos y la condición de soltero: el 32% de los hijos que aportan su ayuda no tiene hijos; muchos son solteros (el 24% de los ayudantes principales y el 30% de los ayudantes secundarios). El número de solteros es mayor para los hijos que para las hijas: el 34% de los hijos ayudantes principales son solteros y el 21% de las hijas. La diferencia es más notable cuando el anciano es muy dependiente: el 41% de los hijos y el 25% de las hijas que intervienen a título principal son, en ese caso, solteros. Sólo se pueden aplicar estos datos a personas que viven en su casa, y la situación es muy distinta en los establecimientos: los hijos que inter-

36. R.T. Coward y J.W. Dwyer, «The association of gender, sibling network composition, and patterns of parent care by adult children», *Research on aging* 12 (2): 158-181, June 1990.

CUADRO 4

Edad de los descendientes ayudantes (CNAV 91)

Edad	Descendientes	
	Ayudantes principales	Ayudantes secundarios
-35 años	4,3	9,3
35-44	19,5	9,3
45-54	38,2	30,2
55-64	30,5	39,5
65-74	7,5	11,6

* Van incluidos dentro de los descendientes, los hijos e hijas, yernos y nueras y nietos

Fuente: *El precio de la dependencia*. Explotación secundaria

vienen cuando los padres están ingresados están prácticamente todos casados. Tener pues un hijo o una hija solteros significaría algo así como una protección contra el peligro de tener que ingresar en un establecimiento o también como una mayor garantía de recibir una ayuda en caso de dependencia.

La gran mayoría de los ayudantes reside muy cerca, sea en la misma vivienda, sea en sus inmediaciones: la vivienda condiciona mucho la disponibilidad del ayudante en caso de dependencia.

Se nota también en los Cuadros 2 y 3 una fuerte proporción de inactivos entre los ayudantes: sólo el 47% de los hijos y el 31% de los yernos o nueras «ayudantes principales» ejercen una actividad. Los ayudantes secundarios entran más frecuentemente dentro de este supuesto: el 58% y el 46% respectivamente. El número elevado de jubilados (el 37% de los ayudantes principales) y de mujeres sin actividad que se dedican a esta faena indica bien la disponibilidad que ello exige. Estos datos son reveladores asimismo de la edad también avanzada de los hijos.

Los ayudantes secundarios tienden a ser más viejos que los principales, pero con más diferencia en las edades. En todos los casos la gran mayoría se encuentra entre los cuarenta y cinco y sesenta y cinco años. La edad de los ayudantes va en aumento conforme se intensifica la dependencia, lo que corresponde también a una edad más avanzada de los padres. No obstante, la mayoría de los ayudantes no ha alcanzado la edad de la jubilación y, a pesar de no tener actividad, siguen siendo «activos potenciales».

La comparación de los ancianos según la naturaleza del parentesco con el ayudante confirma el carácter de la prestación intergeneracional. En efecto, la ayuda de otros miembros de la familia o de los vecinos se ejerce en la ma-

CUADRO 5

Características de las personas que reciben ayuda en función de la ayuda recibida por parte del ayudante principal

	<i>No reciben ayuda</i>	<i>Ayuda del cónyuge</i>	<i>Ayuda de los descendientes</i>	<i>Ayuda de los vecinos</i>	<i>Otro parentesco</i>
Propietarios	63%	73%	39%	48%	30%
Inquilinos	22%	17%	23%	32%	27%
Vivienda gratis	14%	11%	38%	10%	27%
No tienen hijos vivos	18%	12%	4%*	48%	77%
No tienen hijos cerca	41%	45%	13%	73%	90%

* Representa la ayuda de los yernos, nueras y nietos

Fuente: *El precio de la dependencia*, Explotación secundaria

yoría de los casos cuando los hijos no viven cerca y muchas veces cuando no quedan hijos en vida.

La condición de propietario es menos frecuente en los que reciben ayuda por parte de los hijos, lo que se asemeja a las variaciones sociales de la prestación intergeneracional: ésta es más densa en las clases más modestas.

Estos datos demuestran la extensión pero también los límites de la intervención de los hijos: la escasa densidad de la red de ayudas, muy pocas veces compuesta por más de dos personas activamente comprometidas, la condición de cercanía de la vivienda, el número elevado de solteros o de parejas sin hijos, el número muy importante de personas sin actividad, son significativos de la carga que supone tal función, y de las dificultades que supone el asumirla cuando intervienen otras obligaciones profesionales o familiares. La movilización familiar es sin embargo efectiva, a pesar de su fragilidad, ya que des cansa sobre normas muy potentes de solidaridad familiar.

LA NORMA SOLIDARIA

La prestación intergeneracional corresponde a una verdadera norma solidaria muy viva en la mayoría de las familias. Los resultados de un sondeo efectuado a una muestra de franceses mayores de dieciocho años³⁷ demuestran

37. «Conditions de vie et aspirations des Français», CREDOC, septiembre de 1986, op. cit.

que en caso de tener que hacerse cargo de algún familiar los franceses prefieren hospedarlo en su casa en el 46% de los casos, y la ayuda familiar siguiendo el anciano viviendo en su propia casa (haciéndose cargo de los cuidados y servicios que necesite dicho familiar) es la solución adoptada por el 29%. El ingreso en residencias para ancianos es menos frecuente (18%), la ayuda social a domicilio es igualmente escasa (13%). El ingreso en algún hospital es un medio poco frecuente (8%). Pero en los pocos casos en que la dependencia viene de trastornos mentales, la mayoría adopta la solución de la residencia para ancianos o el hospital.

Se pone de manifiesto también la solidaridad familiar en las respuestas dadas por las personas que no tienen dicho problema y a quienes se preguntaba sobre la solución que adoptarían en el caso de presentárseles dicho problema: el 67% de los franceses que no se ven actualmente afectados por dicho problema declara que actuaría él mismo si uno de sus familiares anciano ya no pudiera vivir solo. Entre ellos, el 40% le daría cobijo y el 27% recurriría a servicios a domicilio especializados participando ellos también en dicha ayuda. Se siente efectivamente muy profundamente la necesidad de participar uno mismo: sólo el 3% de los encuestados piensa en recurrir a servicios a domicilio sin participación personal. El 16% buscaría una plaza en un establecimiento adaptado y el 14% no sabe lo que haría si se presentara el caso³⁸.

Del conjunto de estos resultados se desprende la importancia de la prestación efectiva aportada cuando surge la dependencia. No encontramos este fenómeno sólo en Francia, parece ser un modelo generalizado en las sociedades occidentales sea cual sea el nivel de desarrollo de la protección social del país (sin hablar de las sociedades tradicionales o del Tercer Mundo, en que existe una fuerte solidaridad familiar al no haber alternativa institucional); ya sea en Austria³⁹ en que los servicios a domicilio son más escasos que en Francia, o en Canadá⁴⁰ en que son más extensos, el destino de los ancianos incapacitados depende de la existencia de parientes que puedan ayudarles y que vivan cerca o en la misma casa. Resultaría interesante estudiar las diferencias internacionales entre los sistemas institucionales y los tipos de relación entre familias e instituciones. Lesemann y Chaume concluyen del estudio que han llevado a cabo en Quebec sobre la autonomía de lo que ellos denominan «economía familiar» en comparación con las instituciones: la determinación de un pariente de intervenir acerca de un anciano dependiente se ve exenta de presiones, ya sea por parte de la familia, ya sea por la inexistencia de solución ins-

38. Ibid.

39. Josep Kytir, Rainer Münz, «Age, gender and care», Seminar paper for IUSSP Seminar on *Gender and Family change in Industrialized countries*, Viena, octubre de 1991.

40. Frédéric Lesemann, Claire Chaume, *Familles-Providence, la part de l'Etat*, Editions Saint Martin, Montreal, 1989.

titudinal y dependería de una estrategia en la que el componente afectivo desempeñaría un papel importante⁴¹.

Es sin lugar a dudas en parte verdadero, y la existencia de la ayuda de la familia sin o con ayudantes profesionales, de la que acabamos de hablar, tiende a confirmarlo, pero la pertinencia de este análisis encuentra unos límites al observar ya no sólo a las personas que viven en su casa, como por ejemplo en el estudio canadiense que acabamos de ver, sino al conjunto de los ancianos, que viven en su casa o en un establecimiento, como en la encuesta CNAV 90. Hemos visto efectivamente que muy pocas veces los ancianos ingresan en una residencia por elección propia, y que la influencia de la familia sigue incluso después de su ingreso aunque se vaya modificando (va disminuyendo). Hay verdadera captación de la decisión del interesado en provecho de la familia o de los profesionales. Todo sucede como si hubiera connivencia entre familia e instituciones para asegurar la continuidad del lazo familiar, controlando en todo momento al interesado. La única discontinuidad ha sido introducida por la asistenta social que juega a favor del estado para recuperar parte de sus gastos, con los recursos o los bienes del anciano dependiente o de sus hijos. Pero en la mayoría de los casos, cuando quedan familiares, hay una interferencia y continuidad en las formas familiares e institucionales de prestaciones.

Las estrategias de los familiares no dependen exclusivamente de la prestación social, devienen también de una dinámica relacional que se remonta a las historias de vidas entrecruzadas. No es cualquier niño el que se encuentra al lado del viejo pariente incapacitado. Incluso a veces se le ha asignado dicho papel ya desde su infancia⁴² y hemos visto que dicho pariente no tiene hijos o es soltero. Para entender la importancia de las prestaciones hacia los parientes mayores, sus mediaciones, sus posibles rupturas, hay que tener en cuenta la circulación de la deuda familiar⁴³ en el conjunto del sistema de intercambio, en la historia de las transmisiones ascendientes y descendientes⁴⁴, de la misma forma que las relaciones con formas muy diversificadas de prestación social.

41. Ibid, pp. 233-238.

42. Tamara K. Hareven and Kathleen Adams, «The middle generation: Cohort Comparisons in assistance to aging parents in an american community», comunicación en el Simposio *Intergenerational relations, family and social change*, Constanza, octubre de 1991.

43. F. Bloch, M. Buisson, J.C. Mermet, «Dettes et filiation», CNRS-CNAF, 1989.

44. Es el objeto de una investigación que se está llevando a cabo en Francia sobre una muestra de mil quinientas familias multigeneracionales que trata de los distintos niveles de los intercambios, económicos, culturales, afectivos y simbólicos. Los resultados de dicha encuesta, bajo la dirección de Claudine Attias-Donfut en la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, están previstos para 1993.