

Towards the “Defamilisation” of Preferred Care? An Analysis of the Spanish Context (1997-2009)

*¿Hacia la «desfamiliarización» del cuidado predilecto?
Un análisis del contexto español (1997-2009)*

Celia Fernández-Carro

Key words

Formal And Informal Support

- Dependent Older people
- Disability
- Family
- Preferences
- Intergenerational Solidarity

Palabras clave

Apoyo formal e informal

- Dependencia
- Discapacidad
- Familia
- Preferencias
- Solidaridad intergeneracional

Abstract

It has been stated that informal care is the “preferred” option in Spain because this is the form of support used by the majority of the population. However, is this the ideal choice? This paper uses three surveys from the Spanish Centre for Sociological Research (1997, 2001 and 2009) to analyse the preferences of the Spanish population for three types of support in recent years: *informal* family-based caregiving; *formal* public and private services; or *combined* care, which is a combination of the two previous ones. The socio-demographic characteristics of the people who would opt for each one of them is also discussed. The results suggest that, whereas the preference for family caregivers remains the choice of the majority, the preference for formal forms of care has grown substantially in recent decades.

Resumen

Se ha afirmado que en España se «prefiere» el cuidado informal debido a que esa es la forma de apoyo mayoritaria. Sin embargo, ¿se escogería como primera opción en términos ideales? Utilizando tres encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas (1997, 2001 y 2009), este trabajo analiza la evolución reciente de las preferencias de la población española por tres tipos de apoyo: *informal*, basado en cuidadores familiares, *formal*, de servicios públicos y privados, o *mixto*, que combine los dos anteriores, así como la evolución de las características sociodemográficas de las personas que optarían por cada uno de ellos. Los resultados sugieren que, aunque la preferencia de la familia como cuidadora sigue siendo mayoritaria, la preferencia por formas de cuidado formales ha crecido sustancialmente en las últimas décadas.

Citation

Fernández-Carro, Celia (2018). “Towards the ‘Defamilisation’ of Preferred Care? An Analysis of the Spanish Context (1997-2009)”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 164: 57-76. (<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.164.57>)

INTRODUCTION

Care for people with disabilities has emerged as a central theme in the debate on the consequences of demographic change. This has led to an exponential growth in academic research on the organisation of social care and the role that the family plays in it. In the case of Spain, research has found that partners and descendants, the vast majority of them women, have covered the needs of the vulnerable population such as the older, disabled or sick people, relegating the provision of care to the domestic sphere (Abellán, Esparza and Pérez Díaz, 2011; García Calvente, del Río Lozano and Marcos-Marcos, 2011; Tobío *et al.*, 2010). However, the outsourcing of care through the use of public or private services has become increasingly common, although the majority of the Spanish population use informal support (Spijker and Zueras, 2016). Factors such as the increase in longevity and the change in the structure of disability (Gómez Redondo and Fernández-Carro, 2015; Serrano *et al.*, 2014), the reduction in the size of households (Isengard and Szydlik, 2012), and the entry of women into the labour market (Cebrián and Moreno, 2008) have meant that support networks tend to be broader and more heterogeneous, consisting of family members characterised by a greater diversity and bidirectional support flows (Quilodrán and Puga, 2011).

While the features of the structure and organisation of support for dependents in Spain have been profusely addressed in recent decades, the wishes of the population in this regard have not received the same attention. As has been noted (Bazo, 2008), the views of the population on the preferred forms of support have been overlooked. They have appeared in research more as additional variables than as an object of study in their own right. This vacuum is rather surprising, since the guidelines for the development of policies that preserve and extend

the quality of life of dependent people precisely state that they should conform to their wishes (UN, 2002).

Since care has increasingly become a crucial discursive aspect in the debate on the role of the family in contemporary societies, the ultimate goal of this study is to examine whether the support model based on family caregivers that prevails in Spain is also the ideal model. Three surveys carried out by the Spanish Centre for Sociological Research were used to analyse the preferences for three types of support during the 1997-2009 period: *informal* (based on family caregivers), *formal* (based on public and private welfare services), or *combined* a combination of the previous two. The socio-demographic characteristics of the people who would opt for each of them are also explored.

The claim that the Spanish population 'prefers' informal care is based on the fact that the vast majority of the support received is currently informal; however, would this option be the first if it were possible to choose other types of care? The results obtained will provide grounds for reflection as to (i) whether there is in fact a decrease in the *desirability* of the family as the main source of support; and (ii) the population groups on which these changes are taking place. The study of the subjective dimension of care will allow the level of adjustment between behaviours and aspirations to be compared. This information is essential to build future welfare mechanisms for both dependent people and their caregivers.

THE CONCEPT OF PREFERENCE

The study of preferences in social science has almost always been approached from the point of view of Economics; manifested behaviour is interpreted as reflecting an individual's wishes, equating preference and choice (Dieleman, 2001). From the perspective of the so-called *Revealed Preferences Approach*, the

type of support received (whether it is formal or informal), and the caregiver within the family network (partner, sons or daughters, professionals, etc.), are considered ultimate expressions of the preferences of those individuals. The prevalence of family caregivers in Spain has been considered evidence of the so-called *hierarchical compensatory model*, characterised by the inclination to prefer an informal caregiver rather than a formal caregiver (Rogeró, 2009). This model proposes a scale or gradient of desirability in which the partner would be placed as first choice, followed by the sons and daughters, and then by other relatives or people outside of the family group, such as friends or neighbours. The public and private sources of formal support would be placed in the last position, and would only be used if the other types were unavailable.

Psychology, however, defines 'preference' as the latent tendency towards what is considered desirable (Zajonc, 1980). This approach, referred to as *Stated Preferences Approach*, conceptualises preferences as ideal choices made in hypothetical situations; the person by whom one would prefer to be cared for, which would be the preferred place of residence in old age, etc. In this case, the choice is not observational and does not involve a real decision process. It is an informative opinion about expectations, aspirations or goals, which do not necessarily have to be manifested. This second definition of preference will be used in this study.

THE SUBJECTIVE DIMENSION OF CARING: BELIEFS, PERCEPTIONS AND ATTITUDES

It has been shown that subjective elements such as perceptions, values and attitudes play an essential role in the construction of social reality (González Rey, 2008). Durkheim (2008) was the first to notice the existence of a collective consciousness in the form of nor-

mative knowledge, which generates cultural constructions such as myths, religions or beliefs. These social representations are not only opinions shared by a culture or social group. They are systems that guide individuals in their material and social world, helping them to understand and interact with it by providing tools to control the daily context and make it predictable (Farr, 1983; Rateau and Lo Mónaco, 2013). According to the Theory of Social Representations, there is a 'common sense' constructed through the exchange of information that models human behaviour (Moscovici, 2001). Therefore, preferences (a subjective construction) and behaviours (an objectifiable reality) are intimately linked.

The collective imaginary about care in Spain points to the family as the institution responsible for guaranteeing the safety and protection of its members. Some 69% of Spaniards believe that it is the family network that must deal with the needs of the vulnerable population, compared to 31% who believe that this role should be assumed by public bodies (Bazo, 2002). A CIS barometer conducted in March 2008 (no. 2758) showed that 75% of the Spanish population strongly agreed (35%) or quite agreed (40%) that sons and daughters were obliged to take care of the problems of their parents over 65. Along the same line, the data contained in the CIS barometer from September 2010 (no. 2844) showed that 63% of Spaniards did not agree with the fact that it was preferable to resort to public support, instead of family support, in the case of needing help to perform daily routines.

The responsibility attributed to the family and the public administration depends, however, on the type of need to be covered. In view of the vulnerability caused by economic, labour or chronic hardships, the administration is seen as the main social protection agent (Arriba, Calzada and del Pino, 2006; del Pino, 2007). Nevertheless, support in case of having difficulties in carrying out

daily activities (housework, personal hygiene, etc.) or emotional problems is considered mostly a function to be performed by the family (Bazo, 2002). The socio-demographic profile of the population also affects these choices; women, people aged 65 or over, those with a low level of education or those who coreside with dependents are more likely to hold that guaranteeing the well-being of the vulnerable population is a family obligation (Rogero, 2010).

The trust in the different types of caregivers is a determining factor in the construction of care preferences. In September 2010, the CIS barometer no. 2844 asked about how reliable they believed different organisations and people were if they had to resort to them for help. On a scale of 0 (not reliable at all) to 10 (totally reliable), the family was considered to be the most reliable source of support, with a reliability index of 8.5, closely followed by other members of the social network, such as friends (7.6). Public services were allocated a reliability index of 4.5. In addition, 44% of the people were totally confident that their family would meet any of their needs, compared to 4% who fully trusted public services. This generalised perception that the family is the safest form of support turned it into the most desirable one.

Within the kinship network, the partner would be the person chosen mainly in case of needing domestic help; the partner or friends in case of needing emotional help; and fathers, mothers, siblings or spouses (according to age), in case of needing financial help (Fernández Alonso, 2012). These preferences varied depending on the gender of the person who needed help. While for 53% of men over 65, the ideal caregiver would be their partner, the same percentage of women of that age identified their sons and daughters, especially the latter, as the first option (Gómez Redondo and Fernández-Carro, 2015).

The inclination towards family care was also visible in the opinions about where one would prefer to live in case of suffering some disability in old age. Living with relatives was the preferred social-residential solution, above nursing homes or their own home (Fernández-Carro, 2016).

CONDITIONING FACTORS OF THE PREFERENCES IN CARING

Cognitive psychologists have noted that preferences are extremely sensitive to the context and experience of individuals (Warren *et al.* 2011). External conditions shape one's predisposition towards an option among those available, since these conditions establish what is socially and culturally appropriate. People's evaluations are also subject to what they have experienced and the result of that experience.

The persistence of a deeply rooted family-based culture, characterised by a larger proportion of multigenerational households than that observed in other countries in northern and western Europe (Naldini, 2013), the close relationships and frequent contact between relatives (Hank, 2007), and the social norms that point to family members (mainly women) as the most suitable caregivers in case of need (Katz *et al.* 2003) are some of the factors that contribute to a generalised preference for family as caregiver.

The strong normative component of inter-generational solidarity has made individual goals and personal decisions (including those related to care) often dependent on perceived family expectations (Lowenstein and Daatland, 2006). Comparative studies have shown that the family protection plays a more important role in Spain than in other European countries, with members of the family network seeing help more as a social duty than as an option (Katz *et al.*, 2010;

Sánchez Vera and Bote Díaz, 2009). Intergenerational solidarity in Spain is based on the idea of *reciprocity*; the care and attention that parents provided their children in the early stages of life is considered to be an investment in their future security. In turn, adult children have internalised this fact as part of their commitment to their elderly parents (Tobío, 2008). While in Spain and Italy the obligation that children feel to provide care to their parents is widespread, in Denmark, Sweden and the Netherlands there is a greater inclination to attribute that responsibility to the State (Fokkema, Bekke and Dykstra, 2008).

However, the perception of filial obligations and the construction of parental expectations in relation to care have undergone a remarkable transformation in recent times (Meil, 2011). The growing importance of individual aspirations and choices, a direct consequence of what Beck (1992) called the *individualisation process*, has not only permeated the way in which younger generations see the care of their parents or grandparents, but also the wishes and aspirations of the older people when they assess the solutions to possible situations of dependency (Gomila, 2011). One of the consequences of these changes is that the actors involved in care of diversify, giving rise to forms that combine the support provided by relatives with the help of public or private professionals (Rogero *et al.*, 2008).

At the same time, it is to be expected that those changes that compromise the real ability of families to care and the variety of alternatives available also affect the population's preferences. The massive entry of women into the labour market has been a key factor in this.

In the current model of social support, women are the pillar around which the organisation of care is structured. The traditional sexual division of labour has caused women to be 'naturally' responsible for the

activities of the private sphere, based on the conception that women are more skilled for care tasks. In addition, the social policies implemented reinforce women's position as an almost exclusive safeguard for the well-being of family members (García Sainz, 2010; Martín Palomo, 2008). However, as productive work by women has become normalised and the reproductive work within households and families is rarely evenly shared, the different roles played by women have become conflicted. Problems such as women's 'double shift', lack of personal time, as well as significant physical and psychological strain, have prompted the search for alternatives such as the hiring of private assistance services and the request for public aid. In spite of the growing demand for support, the social policies implemented are insufficient, as they are aimed at the population that lacks own economic and social resources (Ranci and Pavolini, 2013).

Based on the above, the initial hypotheses of this study are:

- H1:** *Since the construction of preferences is extremely sensitive to the context and experience of individuals, changes related to the various of forms of support available and to the ability of traditional caregivers (women in the family network) to take on this task, are causing an increase in the 'desirability' of other forms of support outside the family among the Spanish population.*
- H2:** *In the Spanish context, where the organisation and provision of care is structured around the family, especially regarding support in carrying out daily activities, it can be expected a generalised tendency towards resorting to the family as an ideal option.*

METHODOLOGY

Data Sources

The Spanish Centre for Sociological Research (CIS) conducts monthly barometers. The questionnaires include a set of questions related to a subject of public debate. Some of these barometers have asked about the wishes of Spaniards in relation to the social care model since the 1980s. Although this information has not been systematically recorded, it has been done with sufficient regularity to track down the transformations occurred in recent decades.

Three surveys from the years 1997, 2001 and 2009 were used to conduct the analysis, as they included very similar questions about caregiving preferences held. Specifically, these surveys asked who the person interviewed would prefer to be helped by in case of limitations that prevented them from carrying out the activities of daily living, such as getting dressed, bathing, going out, etc. (Table 1). The response categories included various informal carers (their partner, children, neighbours or friends) and formal carers (social services and contracted professionals). Respondents were also asked about the possibility of combining both types of support.

There are some variations in the way of collecting information that must be mentioned in order to correctly interpret the results. In 2009, the question about preferences was asked separately to those who received care at the time of the survey and those who did not. The same question wording and order of categories was used. Those who received care were asked who helped them, if they would prefer to receive this help from another person and who would that person be. Those who did not receive care were asked directly. A new variable was generated with the information provided by both questions. Another variation was that the category labelled in 1997 and 2001 as 'Fam-

ily and Social Services jointly' was identified in 2009 as 'Family and caregivers equally', whereby the category of 'professional services' was added for the first time. The increasing diversification of sources of formal support probably caused the rewriting of the label and professional caregivers to be specified in 2009. These changes may have biased the responses in favour of informal care in the years 1997 and 2001 due to the low ratings obtained in the assessment of social services, and to the fact that private professional services were not considered. Additionally, the kind of tasks being asked about (completion of daily tasks) as well as the order in which the response categories were presented (7 first items refer to informal caregivers) may skew the responses in favour of informal care.

One of the most frequent problems of longitudinal analyses with cross-sectional data is the way the same variable is operationalised differently in the various surveys. As greater knowledge is gained, small changes were made to the wording and/or the categories in the questions, especially when they were not specifically designed for time series. However, the comparative analysis of surveys can be ultimately validated if the type of variables analysed are relatively homogeneous and/or *ad hoc* solutions can be found to the problems that arise (Mateo Pérez, 2000). Despite these differences, the selected sources present an acceptable degree of comparability in terms of population units, geographic scope, sample design and type of question.

The samples of the three surveys were representative at a national level and had a theoretical size of 2,500 individuals aged 18 or older, who at the time of the survey were residing in private dwellings. The sample sizes used in the analysis was: 2,435 individuals in 1997; 2,454 individuals in 2001; and 2,240 individuals in 2009. Multi-stage sampling was used to select the participants, who were interviewed personally in their homes.

TABLE 1. Statements and response categories of the questions in the CIS barometers

YEAR	STUDY No.	QUESTION	RESPONSE CATEGORIES
1997	2244	Q9. <i>If you were incapacitated one day and needed help to carry out activities of daily living such as bathing, getting dressed, going out, etc., who would you like to be mainly helped by? (One answer)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Partner • Son • Daughter • Either son or daughter • Other relatives • Neighbour • Friend • Public social services • Family and Social Services jointly^a
2001	2439	Q9. <i>If one day you needed help to carry out activities of daily living such as bathing, getting dressed, going out, etc., who would you like to be mainly helped by? (One answer)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Partner • Son • Daughter • Either son or daughter • Other relatives • Neighbour • Friend • Public social services • Family and Social Services jointly^a
2009	2801	<p>(Those who DO receive care)</p> <p>Q16. <i>Do you currently need help to carry out activities of daily living such as bathing, getting dressed, going out, etc.?</i></p> <p>Q16a. <i>Who is your main carer?</i></p> <p>Q16b. <i>Would you like someone to else to do this for you?</i></p> <p>Q16c. <i>Who? (All: One answer)</i></p> <hr/> <p>(Those who DO NOT receive care)</p> <p>Q17. <i>If one day you needed help to carry out activities of daily living such as bathing, getting dressed, going out, etc., who would you like to be mainly helped by? (One answer)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partner • Son • Daughter • Either son or daughter • Other relatives • Neighbour • Friend • Social services • Private professionals² • Family and caregivers equally

^a "Family and Social Services" was included in studies no. 2244 (1997) and no. 2439 (2001); the category "Family and Caregivers equally" was included in study no. 2801 (2009).

^b This category was only included in the survey of questionnaire no. 2801 (2009).

Methods

A descriptive analysis was performed of the preferences for different types of care during the 1997-2009 period. The available information points to a distinction between three options:

– *Informal Care.* This has the following features: (i) the caregiver belonged to the

individual's social network, (ii) the care provided was a voluntary activity for which no financial compensation or salary was received (Andersson, Levin and Emtinger, 2002).

– *Formal care:* assistance provided by public or private services in exchange for a regular payment. There is a wide range of

TABLE 2. *Distribution of the sample according to preference (YES / NO) by type of support and selected covariates. Survey No. 2244 (1997)*

	INFORMAL		FORMAL					COMBINED							
	YES		NO		Sig.	YES		NO		Sig.	YES		NO		Sig.
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Sex															
Male	1001	40	163	7		94	4	1070	43		69	3	1095	44	
Female	1045	42	262	8		107	4	1150	46		105	4	1152	46	
Age															
18-29	523	21	100	4	*	43	2	580	23	*	57	2	566	23	**
30-39	397	16	79	3		34	1	442	18		45	2	431	17	
40-49	288	12	59	2		36	1	311	12		23	1	324	13	
50-59	279	11	52	2		30	1	301	12		22	1	309	12	
60-69	316	13	47	2		33	1	330	13		14	1	349	14	
70-79	195	8	33	1		20	1	208	8		13	1	215	9	
80+	57	2	20	1		18	1	58	2		13	1	62	2	
Educational level															
No formal education	209	8	29	1	**	23	1	215	9		16	1	232	9	**
Primary education	1157	46	182	7		97	4	1242	50		85	3	1254	50	
Secondary education	456	18	105	4		54	2	507	20		51	2	510	20	
Higher education	205	8	56	2		23	1	238	10		33	1	228	9	
Employment situation															
Working or looking for work	198	8	1037	42		109	4	1126	45		89	4	1146	46	**
Pensioner, retiree or student	100	4	568	23		55	2	613	25		45	2	623	25	
Unpaid domestic work	74	3	431	17		37	1	468	19		37	1	468	19	
Living with someone															
Live with someone 65+	745	30	125	5		69	3	801	33		56	2	814	33	
Does not live with someone 65+	1309	52	252	10		132	5	1429	57		120	5	1441	58	
Dependents in the family															
Having dependents in the family	479	19	94	4		33	1	540	22		61	2	512	21	**
Not having dependents in the family	1573	63	282	11		168	7	1687	68		114	5	1741	70	
Place of residence															
Less than or equal to 2000 inhabitants	177	7	33	1	**	19	1	191	8	**	14	1	196	8	
from 2001 to 10,000	378	15	40	2		22	1	396	16		18	1	400	16	
from 10,001 to 50,000	480	19	85	3		44	2	521	21		41	2	524	21	
from 50,001 to 100,000	169	7	42	2		26	1	185	7		16	1	195	8	
from 100,001 to 400,000	483	19	87	3		46	2	524	21		41	2	529	21	
from 400,001 to 1,000,000	127	5	27	1		10	1	144	6		17	1	137	5	
More than 1,000,000 inhabitants	243	10	64	3		35	1	272	11		29	1	278	11	

Bivariate Analysis (Chi²): *** p <0.000; ** p <0.05; * p <0.1.

Up to 100%, missing values (2.4% missing values in the total sample).

TABLE 3. *Distribution of the sample according to preference (YES / NO) by type of support and selected covariates. Survey No. 2801 (2009)*

	INFORMAL				FORMAL					COMBINED				Sig.	
	YES		NO		Sig.	YES		NO		Sig.	YES		NO		
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N		%
Sex					**					*					**
Male	841	34	275	11		181	7	935	38		94	4	1022	41	
Female	796	32	328	13		207	8	917	37		121	5	1003	40	
Age					***					***					***
18-29	320	13	127	5		81	3	366	15		46	2	401	16	
30-39	348	14	140	6		86	3	402	16		54	2	434	17	
40-49	290	12	118	5		65	3	343	14		53	2	355	14	
50-59	252	10	99	4		70	3	281	11		29	1	322	13	
60-69	208	8	58	2		45	2	221	9		13	1	253	10	
70-79	167	7	43	2		27	1	183	7		16	1	194	8	
80+	52	2	18	1		14	1	56	2		19	1	66	3	
Educational level					***					***					***
No formal education	84	3	22	1		17	1	89	4		15	1	101	4	
Primary education	458	18	104	4		7	3	485	20		27	1	535	22	
Secondary education	831	33	312	13		196	8	947	38		116	5	1027	41	
Higher education	259	10	164	7		97	4	326	13		67	3	356	14	
Employment situation					***					***					
Working or looking for work	1041	42	416	17		259	10	1198	48		157	6	1300	52	
Pensioner, retiree or student	425	17	124	5		90	4	90	19		34	1	515	21	
Unpaid domestic work	168	7	57	2		36	1	36	8		21	1	204	8	
Living with someone					***					*					**
Live with someone 65+	128	5	416	17		85	3	459	19		43	2	501	21	
Does not live with someone 65+	1158	47	464	19		299	12	1323	53		165	7	1457	59	
Having dependents in the family					**										*
Having dependents in the family	491	20	196	8		123	5	564	23		73	3	614	25	
Not having dependents in the family	1142	46	407	16		265	11	1284	52		142	6	1407	57	
Place of residence					***					**					**
Less than or equal to 2000 inhabitants	116	5	30	1		24	1	122	5		16	1	140	6	
from 2001 to 10,000	281	11	83	3		57	2	307	12		26	1	338	14	
from 10,001 to 50,000	428	17	139	6		94	4	473	19		45	2	522	21	
from 50,001 to 100,000	181	7	86	3		63	3	204	8		23	1	244	10	
from 100,001 to 400,000	373	15	126	5		73	3	426	17		53	2	446	18	
from 400,001 to 1,000,000	110	4	41	2		21	1	130	5		20	1	131	5	
More than 1,000,000 inhabitants	148	6	98	4		56	2	190	8		42	2	204	8	

Bivariate Analysis (Chi²): *** p <0.000; ** p <0.05; * p <0.1.

Up to 100%, missing values (2.4% missing values in the total sample).

profiles of formal caregivers, which ranged from qualified professionals to domestic employees without specific qualifications (Tobío *et al.*, 2010).

- *Combined care*: in which care by formal and informal caregivers was combined.

A descriptive analysis of the preference for a certain type of care by sex (male/female) and age (decennial groups 18-80+ years) was carried out in the first stage. The second stage explored the socio-demographic profiles associated with each preference. Six logistic regression models were developed, two for each type of support (informal, formal and combined) corresponding to the first and last years of the period (1997-2009). Binary logistic regressions estimate the probability that an event will occur or not based on a series of explanatory variables. In this study this event was the preference for each of the three support models (informal/formal/combined), for which a dichotomous dependent variable was generated with two response categories: 'Yes, it is preferred' or 'Not preferred'.

In addition to gender and age, other socio-demographic features were considered as independent variables, such as educational level (no formal education, primary, secondary or higher education), and current work status (working/ looking for work, pensioner/retiree/student), or unpaid domestic work. Some indication was found that both factors were closely related to perceptions of solidarity between generations: people with a higher level of education showed a lower sense of 'obligation' to care for their elders (Fokkema, ter Bekke and Dykstra, 2008).

Given that the construction of preferences is influenced by the individual's experience (Warren *et al.*, 2011), variables such as the size of the household, living with someone over 65, and whether there was a dependent family member were included as a proxy for that experience.

The type of environment in which the individual resided, whether rural or urban, also

influenced preference for a particular care model. The distinctive features of the individuation process in each of those environments conditioned adherence to traditional norms and values on the role of the family and, consequently, the vision of which form of support was most desirable (Paniagua-Mazorra, 2008). The variable 'size of the place of residence' was included, covering seven categories according to number of inhabitants; from less than 2,000 to more than one million.

The degree of statistical association between the dependent variable of each model and the selected covariates was analysed by means of a bivariate analysis (Pearson's chi-squared test), which revealed a significant correlation in most cases (tables 2 and 3).

RESULTS

Preferences for each type of care over time

The results show that a majority prefer exclusively informal support in Spain. The percentage of the population that would prefer to be cared for by family members exceeded 70% (Figure 1) in all of the surveys. However, there was also a gradual increase in the tendency either towards formal care exclusively, or towards a combined form of formal and informal support.

In 1997, 84% of the interviewees thought that, in case of having an impairment, they would prefer to receive help from a member of their social and family network. In 2001, the percentage had dropped slightly to 79%. In 2009, it stood at 70%. This decrease represented a significant increase in the preference for the type of formal care, which went from 8% in 1997 to 21% in 2009. The preference for combined care remained relatively stable, moving from 7% in 1997 to 9% in 2009. At the end of the study period, more than a quarter of the interviewees (30%) stated that they would opt for a support model

that involved some form of formal support, either totally or in part.

Trends by sex

The preferences of men and women showed a similar trend; an inclination for the informal support that decreased throughout the period (Figure 2).

Men who would prefer informal caregivers went from 86% in 1997 to 75% in 2009. Among women, this percentage went from 82% in 1997 to 70% in 2009. This significant decline in the preference for informal care has led to a general increase in the preference for formal caregivers, especially among Spanish women. Whereas in 1997 the preference for receiving help exclusively from formal caregivers was the same for both sexes (8%), in 2009 these percentages had more than doubled, reaching 17% for men and 20% for women. The increase in the preference for combined forms of care was somewhat lower, and was higher among men.

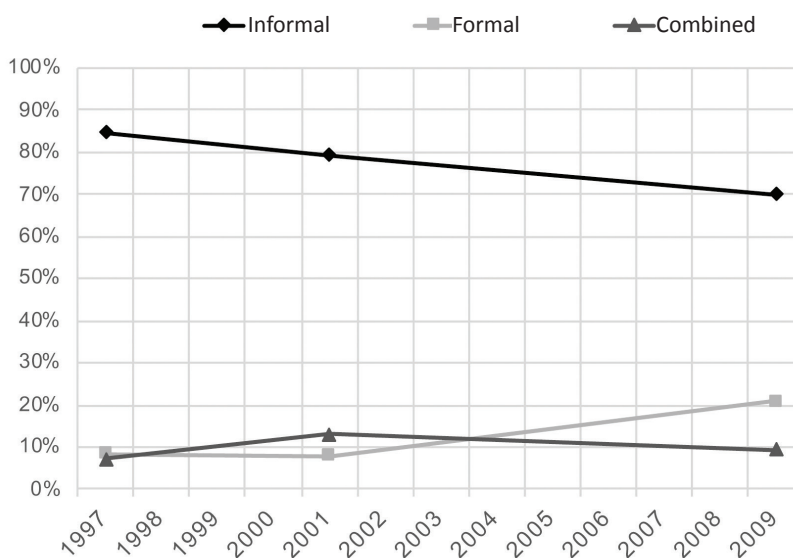
While in 1997, 6% of men and 8% of women said that they would opt for a combined form of formal and informal support, in 2009, 8% of men and 10% of women stated that they would choose this solution.

Trends by age

Informal support was the preferred care in all age groups, although it showed a clear downward trend throughout the period. This decrease was especially observable among older individuals, although it was also important in young age groups (Figure 3). During the 1997-2009 period, the proportion of people between 18 and 29 who would choose to ask for support from one of their relatives or friends reduced from 84% in 1997 to 72% in 2009. Among oldest-old, the decline in that preference was even greater; while 90% of the population over 80 years old in 1997 would prefer to receive informal support, in 2009 that percentage barely reached 74%.

The preference for formal support on an

GRAPH 1. Preference for different types of support, Spain 1997-2009



Source: Developed by the author from CIS surveys numbers 2244, 2439, and 2801.

exclusive basis increased considerably in age groups up to 39 years old, as percentages doubled. The preference for formal support among the population between 18 and 29 years old went from 7% in 1997 to 13% in 2009, and among those from 30 to 39 years old it went from 7% to 14%. The preference for formal support also increased among the population aged 40 to 59, although to a lesser extent.

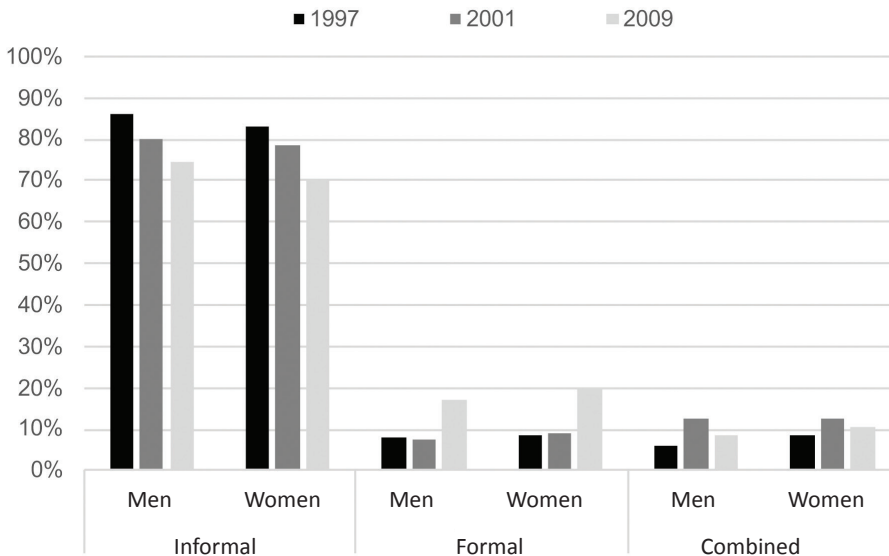
The preference for a model that combined family assistance with formal services was also generalised among all age groups, although the increase in percentages between 1997 and 2009 was even more significant than in the case of only formal care. The preference for a combination of caregivers grew until 2001, the year after which the percentages in all age groups stabilised to around 14%. The most striking increase was found among people aged 80 or older, which went from 2% who preferred this option in 1997 to 14% in 2009.

Profiles associated with preferences for each type of care

The results of the regression models show two trends in the profiles associated with the preferences for each type of support during the period 1997-2009. While substantial changes were perceived in some of the features, it was also noted that the association of other characteristics with each preference became established (Table 4).

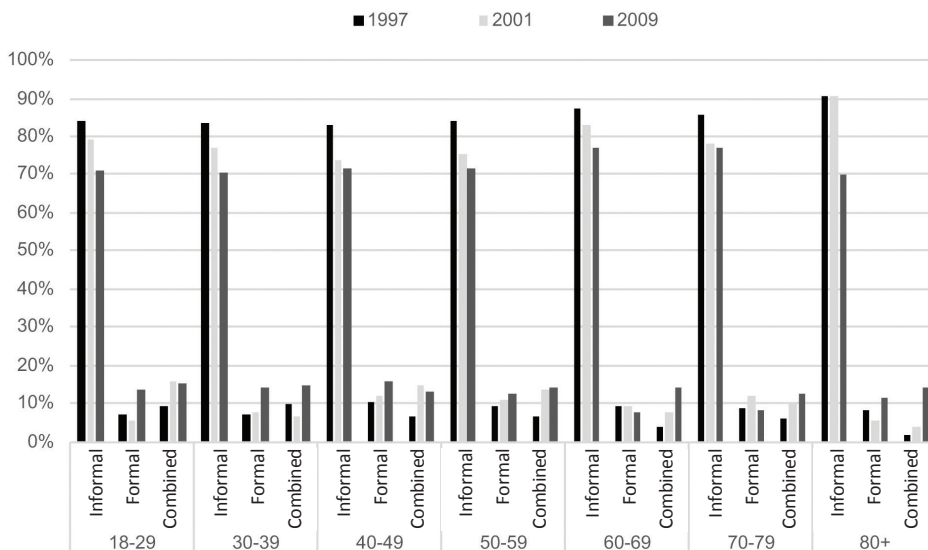
There was a clear tendency for the traits of individuals associated with the informal support model to become established, both positively and negatively. On the one hand, the lower tendency for women and people with a higher level of education to prefer informal support fell in Spain between 1997 and 2009. On the other hand, the relationship between a larger household size and a preference for informal support, as well as the size of the place of residence, grew. In 1997, people residing in rural areas with between 2,001 and 10,000 inhabitants, showed a notable preference for informal care. In 2009,

GRAPH 2. Preference for different types of support by sex, Spain 1997-2009



Source: Developed by the author from CIS surveys numbers 2244, 2439, and 2801.

GRAPH 3. Preferences for the different types of support by decennial age group, Spain 1997-2009



Source: Developed by the author from CIS surveys numbers 2244, 2439, and 2801.

people who lived in urban centres with more than 1,000,000 inhabitants and between 50,000 and 100,000 inhabitants showed the lowest tendency towards informal care. Therefore, the declining preference for informal support in more populated and urban environments was intensified. Regarding the changes in the profile related to the preference for the informal model, in 1997, being 80 years old or older was positively correlated with the choice of informal forms of care, while in 2009 this association ceased to be significant.

The profiles associated with the preference for formal support saw a similar phenomenon in terms of consolidation and change. The results of the age variable reflected the strong generational component of the willingness for formal support. Those people who in 1997 were between 40 and 49 years old showed a greater tendency to prefer formal support. In 2009, it was the individuals between 50 and 59 years old, the same ones who in 1997 were between

40 and 49 years old and, therefore, belonging mostly to the cohort born between 1950 and 1959, who showed a greater predilection for support from public or private services. Another feature correlated with this preference was the size of the household. Consistent with the results observed in the informal care model, a larger household size was negatively correlated with the choice of formal care. This profile feature, however, decreased in both magnitude and statistical significance with the passage of time.

Changes in the preference for formal support were reflected in how certain characteristics ceased to be associated: having a dependent family member and residing in rural areas ceased to be negatively associated with the preference for this model in 2009.

The association that gender and educational level maintained with the choice of a combined care was consolidated throughout the period under study. The preference for combined care was maintained among wom-

TABLE 4. Profiles associated with preferences for each type of support over time (Binomial Logistic Regression)

	INFORMAL				FORMAL				COMBINED			
	1997		2009		1997		2009		1997		2009	
	OR	E.S.	OR	E.S.	OR	E.S.	OR	E.S.	OR	E.S.	OR	E.S.
<i>Female (male ref.)</i>	0.69 **	0.09	0.81 **	0.08	1.29	0.22	1.17	0.13	1.54 **	0.29	1.27 **	0.20
30-39	1.09	0.20	1.03	0.15	0.78	0.21	0.93	0.16	1.07	0.25	1.03	0.23
40-49	0.82	0.16	0.98	0.15	1.79 **	0.46	0.84	0.16	0.80	0.23	1.31	0.29
50-59	0.97	0.21	0.94	0.16	1.51	0.43	1.14 **	0.22	0.70	0.21	0.89	0.23
60-69	1.45	0.37	1.16	0.26	1.36	0.44	0.99	0.25	0.33 **	0.13	0.65	0.25
70-79	1.49	0.46	1.13	0.29	1.19	0.48	0.83	0.24	0.42 *	0.19	1.18	0.51
80+	2.39 *	1.20	2.78	0.24	1.00	0.58	1.34	0.45	0.13 *	0.14	0.99	0.56
No formal education	Ref.				Ref.				Ref.			
Primary education	0.88	0.20	1.41	0.33	0.85	0.22	0.70	0.17	1.99	0.88	0.98	0.51
Secondary education	0.59 **	0.16	0.87	0.22	1.41	0.45	0.91	0.24	2.47 *	1.18	2.30	1.19
Higher education	0.58 *	0.17	0.58 **	0.15	1.02	0.37	1.18	0.34	3.42 **	1.68	3.45 **	1.82
Working or looking for work	Ref.				Ref.				Ref.			
Pensioner, retiree or student	0.89	0.15	1.00	0.16	0.79	0.18	1.13	0.21	1.57 *	0.37	0.77	0.21
Unpaid domestic work	1.11	0.21	0.93	0.17	0.69	0.17	1.03	0.22	1.17	0.29	1.14	0.32
Household size	1.23 ***	0.06	1.14 **	0.05	0.78 ***	0.05	0.87 **	0.04	0.88 **	0.06	0.94	0.06
Living with someone 65+	0.91	0.14	1.14	0.13	1.01	0.21	0.85	0.11	1.18	0.25	1.00	0.19
Having dependents in the family	0.98	0.14	1.16	0.12	0.58 **	0.12	0.88	0.10	1.67 **	0.30	0.88	0.14
Less than or equal to 2000 inhabitants.	Ref.				Ref.				Ref.			
from 2001 to 10,000	1.78 **	0.46	1.00	0.24	0.55 *	0.18	0.91	0.24	0.61	0.23	1.33	0.59
from 10,001 to 50,000	1.09	0.25	0.87	0.19	0.82	0.24	1.02	0.25	1.03	0.34	1.53	0.65
from 50,001 to 100,000	0.89	0.24	0.59 **	0.14	1.31	0.43	1.55 *	0.40	0.85	0.34	1.71	0.77
from 100,001 to 400,000	1.12	0.26	0.93	0.21	0.87	0.26	0.79	0.20	0.93	0.31	2.04 *	0.85
from 400,001 to 1,000,000	1.03	0.31	0.78	0.21	0.68	0.28	0.85	0.26	1.31	0.52	2.58 **	1.19
More than 1,000,000 inhabitants	0.95	0.24	0.49 **	0.12	1.03	0.33	1.29	0.34	1.04	0.38	3.46 **	1.48
N	2,341		2,324		2,341		2,324		2,341		2,324	
<i>Pseudo R</i> ²	0.13		0.13		0.14		0.13		0.15		0.16	

***p < 0.000; ** p < 0.05; *p < 0.1.

Note: dichotomous dependent variable in the three models (ref. 'Preferred').

en, compared to men, and people with higher education, compared to those who did not have any formal education.

However, features such as age were no longer associated with the passage of time. Being over 60 was related to preferring this form of support in 1997, but this was no longer the case in 2009. At the same time, being outside the labour market (being a pensioner, retired or a student), the size of the household (negatively associated with this preference in 1997), or the existence of a dependent relative not necessarily co-resident (positively correlated with this preference in 1997), also failed to be significant. On the contrary, other variables such as the type of place of residence began to show a positive correlation with the preference for combined care in 2009. Those living in a place with more than 100,000 inhabitants were more likely to choose this type of support.

CONCLUSIONS

The question posed at the outset was: what are the recent changes in the preferences for the different types of care in Spain? And in which population groups have these changes been observed? Two starting hypotheses were formulated: the first one was that the predilection for formal care, to the detriment of family care, was increasing; and the second one was that, despite such predilection, a generalised inclination towards family care could be expected.

Consistent with some previous research (Bazo, 2002), the results of this study have confirmed these two hypotheses. Regarding the first one, the preference for formal caregivers, exclusively or in combination with family caregivers, has increased in the last decades. This increase, moreover, has been generalised among both sexes and all age groups, particularly among the female population and among both very young (18-29 years) and very old people (over 80 years). As

to the second hypothesis, it was confirmed that the increase in the preference for models that involve formal care services is still incipient, and that the majority of the population continues to have an inclination towards the informal model, based on family caregivers.

The changes found in the socio-demographic profiles of the people who would opt for each of the support models were also in line with previous studies (Rogero, 2010). Women and the population with the highest educational level, as well as those living in urban settings, showed a lower inclination towards informal caregivers; and the preference for public or private services was more significant among the generations that are currently taking on the role of informal caregivers.

The fact that preferences are extremely sensitive to the context, and that there is a wide range of perceived options which influence the way in which Spaniards construct their expectations about the best care arrangements. As changes occur in the beliefs that the family is perceived as being the only source of care, the generalised perception that this is the most desirable model to deal with dependence is also changing. This progressive defamilisation of the elements that make up the subjective dimension of care (perceptions, beliefs, values, etc.) is reflected in the organisation of social care. Preferences and behaviours are interdependent, creating a generalised change that will normalise (if it has not already done so) the externalisation of care away from the family as being a desirable option in countries with a strong familiaristic culture and tradition.

It can be said that, although the family is still seen as the backbone for the organisation of care, there is a demand for a greater role of public and/or private services, which are also assessed more positively than they were in the past. The Spanish population perceive that families are fundamental in ensuring the well-being of the vulnerable population, while at the

same time claim for a greater presence of public services as active agent in the provision of social care. Therefore, the decrease in the predilection for informal care and the increase in the desirability of formal care confirm a latent preference for shared support options that alleviate the burden that informal caregivers currently bear in Spain. Although the model of care in Spain is replacement-based in a practical sense, ideally a model is preferred that would combine intergenerational solidarity with external help. This would allow informal caregivers to make their personal and/or professional lives more easily compatible with the provision of care and, in turn, would respect the autonomy and independence of the people cared for.

The limitations of this study stem from the way in which information about preferences is recorded. As these are not questions designed to be studied over time, the labelling of the categories has changed slightly over the years, which makes it difficult to compare surveys. The fact that the first seven response categories refer to informal caregivers (relatives and members of the social network) may drive respondent's views towards these types of caregivers. *Social desirability* must also be added to this as a biasing factor. The high degree of normative solidarity in Spanish society could be an influencing factor in terms of stating that family forms of care are the most desirable, especially among those who have held more traditional values (older people, rural population, etc.). Another limitation is that much of the potentially explanatory information of preferences is not recorded by this type of opinion poll. The lack of key data to understand how preferences are built; health status, norms and religious or political values, own experience of care, etc., prevents more exhaustive explanatory analyses from being conducted. For example, the influence of religious beliefs could not be taken into account in this analysis despite its importance (Gans, Silverstein,

and Lowenstein, 2009), since it was recorded in 2009 but not in 1997. The available data would also need to be updated, since the most recent survey with questions about preferences dates back to 2009. The political and economic circumstances occurred in Spain in recent years calls for this information to be updated in order to analyse the extent to which the economic crisis and the social protection cuts are affecting the population's views as to who they would prefer to be helped by in the event that they had problems in carrying out daily activities.

It was already mentioned in the introduction that the preferences towards one form of care or another vary depending on the situation underlying the need for support. Previous studies showed that assistance in carrying out daily activities (getting dressed, bathing, going out... etc.) was considered a family task (Bazo, 2002), favouring an inclination towards informal care. It would be important to carry out similar analyses applied to other types of support, such as financial or support related to chronic diseases, in order to verify if a process of 'defamilisation' of preferences is taking place in these areas.

In summary, and consistent with the findings by Puga *et al.* (2006), Bazo (2008), and Tobío (2013), the results of this study point more to a transformation of the imaginary on the role of the family network than to a weakening of its importance, since the family has not disappeared as a central actor in the dynamics of support, and this is not likely to happen in the foreseeable future. What has been confirmed is that there has been a change in the beliefs and attitudes of the population towards the actors participating in these dynamics. The desire to have support available from outside of the family that covers a good part of the needs of the dependent population is a clear symptom of this transformation, especially among women and middle-aged people, that is, the current caregivers.

BIBLIOGRAPHY

- Abellán García, Antonio; Esparza Catalán, Cecilia and Pérez Díaz, Julio (2011). "Evolución y estructura de la población en situación de dependencia". *Cuadernos de Relaciones laborales*, 29 (1): 43-67. doi: 10.5209/rev_CRLA.2011.v29.n1.2
- Andersson, Agneta; Levin, Lars-Åke and Emtinger, Bengt Goran (2002). "The Economic Burden of Informal Care". *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18(01): 46-54.
- Arriba, Ana; Calzada, Inés and Pino, Eloísa del (2006). *Las actitudes de los españoles hacia el Estado de Bienestar:(1985-2005)*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Bazo, María Teresa (2002). "Dar y recibir: Análisis comparativo de las prácticas de intercambio entre generaciones, preferencias y valores en las familias españolas". *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 45: 55-65.
- Bazo, María Teresa (2008). "Personas mayores y solidaridad familiar". *Política y Sociedad*, 45(2): 73-86.
- Beck, Ulrich (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. New York: Sage.
- Cebrián, Inmaculada and Moreno, Gloria (2008). "La situación de las mujeres en el mercado de trabajo español: desajustes y retos". *Economía industrial*, (367): 121-137.
- Dieleman, Frans M. (2001). "Modeling Residential Mobility: A Review of Recent Trends in Research". *Journal of Housing and the Built Environment*, 16 (3): 249-265. doi: 10.1023/A:1012 515709292
- Durkheim, Émile (2008). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Madrid: Alianza.
- Farr, Robert M. (1983). "Escuelas europeas de Psicología social: la investigación de representaciones sociales en Francia". *Revista Mexicana de Sociología*, 45 (2): 641-658.
- Fernández Alonso, Mercedes. (2012). "Social Support Networks in Spain: The Factors that Determine Models of Choice". *International Sociology*, 27(3): 384-402.
- Fernández-Carro, Celia (2016). "Ageing at Home, Co-residence or Institutionalisation? Preferred Care and Residential Arrangements of Older Adults in Spain". *Ageing and Society*, 36(3): 586-612. doi: 10.1017/S0144686X1400138X.
- Fokkema, Tineke; Bekke, Susan ter and Dykstra, Pearl (2008). *Solidarity between Parents and their Adult Children in Europe* (vol. 76). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Gans, Daphne; Silverstein, Merrill and Lowenstein, Ariela (2009). "Do Religious Children Care more and Provide more Care for Older Parents? A Study of Filial Norms and Behaviors across Five Nations". *Journal of Comparative Family Studies*, 40(2): 187-201.
- García Calvente, Mar; Río Lozano, María del and Marcos-Marcos, Jorge (2011). "Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España". *Gaceta Sanitaria*, 25 (2): 100-107. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.09.006
- García Sainz, Cristina (2010). "Políticas públicas y distribución del trabajo por género". In: Heredero, C. (ed.). *Observatorio de Igualdad de Género*. Madrid: Fundación Sindical de Estudios.
- Gómez Redondo, Rosa and Fernández-Carro, Celia (2015). "Personas mayores, Discapacidad y Dependencia". *Informe 2014 Las Personas Mayores en España*. Madrid: Colección Documentos Estadísticos, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Gomila, María Antonia (2011). "Las relaciones intergeneracionales en el marco de la familia contemporánea: cambios y continuidades en transición hacia una nueva concepción de la familia". *Historia Contemporánea*, (31): 505-542.
- González Rey, Fernando (2008). "Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales". *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 4(2): 224-243.
- Hank, Karsten (2007). "Proximity and Contacts between Older Persons and their Children: A European Comparison". *Journal of Marriage and the Family*, 69 (1): 157-173. doi: 10.1111/j.1741-3737. 2006.00351.x
- Isengard, Bettina and Szydlik, Marc (2012). "Living Apart (or) Together? Coresidence of Elderly Parents and their Adult Children in Europe". *Research on Ageing*, 34 (4): 449-474. doi:10.1177/ 0164027511 428455
- Katz, Ruth; Daatland, Svein Olaf; Lowenstein, Ariela; Bazo, María Teresa; Ancizu, Icíar; Herlofson, Katharina; Mehlihaussen-Hassoen, D. and Prilutzky, D. (2003). "Family Norms and Preferences in Intergenerational Relations". In: Bengtson, V. L. and Lowenstein, A. (eds.). *Global Ageing and Challenges to Families*. New York: Aldine de Gruyter.
- Katz, Ruth; Gur-Yaish, Nurit and Lowenstein, Ariela (2010). "Motivation to Provide Help to Older Parents in Norway, Spain, and Israel". *The International Journal of Aging and Human Development*, 71(4): 283-303.

- Lowenstein, Ariela and Daatland, Svein Olaf (2006). "Filial Norms and Family Support in a Comparative Cross-national Context: Evidences from the OASIS study". *Ageing and Society*, 26: 203-233.
- Martín Palomo, María Teresa (2008). "Los cuidados y las mujeres en las familias". *Política y Sociedad*, 45(2): 29-47.
- Mateo Pérez, Miguel Ángel (2000). "Problemas para la comparación con encuestas de opinión pública". *Psicothema*, 12 (2): 3737-376.
- Meil, Gerardo (2011). *Solidaridad e Individualización Familiar* (Vol. 32). Barcelona: Obra Social. Fundación «La Caixa».
- Mora, Martín (2002). "La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici". *Athenea Digital*, 2: 1-25.
- Moscovici, Serge (2001). *Social Representations: Essays in Social Psychology*. New York: New York University Press.
- Naldini, Manuela (2013). *The Family in the Mediterranean Welfare States*. London: Frank Cass.
- ONU (2002). "Second World Assembly of Ageing. Political declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing". Madrid: Organización de las Naciones Unidas.
- Paniagua-Mazorra, Ángel (2008). "La individualización del mundo rural: dimensiones analíticas para ¿un concepto generalizable?". *Economía, Sociedad y Territorio*, 8(27): 639-659.
- Pino, Eloísa del (2007). "Las actitudes de los españoles hacia la reforma del Estado de Bienestar". *Política y Sociedad*, (44): 185-208.
- Puga, María Dolores; Abellán García, Antonio y Sancho Castiello, Teresa (2006). "Mayores y familia en la sociedad actual". *Informe España*. Madrid: Fundación Encuentros, pp. 263-333.
- Quilodrán, Julieta and Puga, Dolores (2011). "Nuevas familias y apoyos en la vejez: escenarios posibles en México y España". *Revista Latinoamericana de Población*, 8: 63-85.
- Ranci, Costanzo and Pavolini, Emmanuelle (2013). "Institutional Change in Long-term Care: Actors, Mechanisms and Impacts". In: Pavolini, E. and Ranci, C. (eds.). *Reforms in Long-term Care Policies in Europe*. New York: Springer.
- Rateau, Patrick, and Lo Monaco, Gregory (2013). "La Teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y método". *CES Psicología*, 6(1): 22-42.
- Rogero García, Jesús (2009). "Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia". *Revista Española de Salud Pública*, 83 (3): 393-405.
- Rogero García, Jesús (2010). *Los Tiempos del Cuidado: El Impacto de la Dependencia de los Mayores en la Vida Cotidiana de sus Cuidadores*. Madrid: IMSERSO.
- Rogero García, Jesús; Prieto-Flores, María Eugenia and Rosenberg, Mark W. (2008). "Health Services Use by Older People with Disabilities in Spain: Do Formal and Informal Care Matter?". *Ageing and Society*, 28 (7): 959-978.
- Sánchez Vera, Pedro and Bote Díaz, Marcos (2009). "Familismo y cambio social. El caso de España". *Sociologías*, 11(21): 122-149.
- Serrano, Juan P.; Latorre, Jose M. and Gatz, Margaret (2014). "Spain: Promoting the Welfare of Older Adults in the Context of Population Aging". *The Gerontologist*, 54 (5): 733-740.
- Spijker, Jeroen and Zueras, Pilar (2016). "El cuidado a los mayores en un contexto de envejecimiento y cambios social, político y económico". *Panorama Social*, 1 (23): 109-124.
- Tobío, Costanza (2008). "Redes familiares, género y política social en España y Francia". *Política y Sociedad*, 45 (2): 87-104.
- Tobío, Costanza (2013). "Estado y familia en el cuidado de las personas: Sustitución o complemento." *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31:17-38.
- Tobío, Costanza; Agulló, María Silveria; Gómez, María Victoria and Martín-Palomo, María Teresa (2010). *El Cuidado de las Personas. Un Reto para el Siglo XXI*. Barcelona: Obra Social, Fundación «La Caixa».
- Warren, Caleb; McGraw, A. Peter and Boven, Leaf van (2011). "Values and Preferences: Defining Preference Construction". *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 2(2): 193-205.
- Zajonc, R. B. (1980). "Feeling and Thinking — Preferences Need No Inferences". *American Psychologist*, 35: 151-175.

RECEPTION: April 18, 2017

REVIEW: June 14, 2017

ACCEPTANCE: December 14, 2017

¿Hacia la «desfamiliarización» del cuidado predilecto? Un análisis del contexto español (1997-2009)

*Towards the 'Defamilisation' of Preferred Care?
An analysis of the Spanish Context (1997-2009)*

Celia Fernández-Carro

Palabras clave

Apoyo formal e informal

- Dependencia
- Discapacidad
- Familia
- Preferencias
- Solidaridad intergeneracional

Key words

Formal and Informal Support

- Dependent Older People
- Disability
- Family
- Preferences
- Intergenerational Solidarity

Resumen

Se ha afirmado que en España se «prefiere» el cuidado informal debido a que esa es la forma de apoyo mayoritaria. Sin embargo, ¿se escogería como primera opción en términos ideales? Utilizando tres encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas (1997, 2001 y 2009), este trabajo analiza la evolución reciente de las preferencias de la población española por tres tipos de apoyo; *informal*, basado en cuidadores familiares, *formal*, de servicios públicos y privados, o *mixto*, que combine los dos anteriores, así como la evolución de las características sociodemográficas de las personas que optarían por cada uno de ellos. Los resultados sugieren que, aunque la preferencia de la familia como cuidadora sigue siendo mayoritaria, la preferencia por formas de cuidado formales ha crecido sustancialmente en las últimas décadas.

Abstract

It has been stated that informal care is the 'preferred' option in Spain because this is the form of support used by the majority of the population. However, is this the ideal choice? This paper uses three surveys from the Spanish Centre for Sociological Research (1997, 2001 and 2009) to analyse the preferences of the Spanish population for three types of support in recent years: *informal* family-based caregiving; *formal* public and private services; or *combined* care, which is a combination of the two previous ones. The socio-demographic characteristics of the people who would opt for each one of them is also discussed. The results suggest that, whereas the preference for family caregivers remains the choice of the majority, the preference for formal forms of care has grown substantially in recent decades.

Cómo citar

Fernández-Carro, Celia (2018). «¿Hacia la “desfamiliarización” del cuidado predilecto? Un análisis del contexto español (1997-2009)». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 164: 57-76. (<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.164.57>)

La versión en inglés de este artículo puede consultarse en <http://reis.cis.es>

Celia Fernández-Carro: UNED | celia.fernandez@der.uned.es

INTRODUCCIÓN

La irrupción del apoyo a la dependencia como tema central del debate sobre las consecuencias del cambio demográfico ha multiplicado el número de investigaciones sobre la organización del cuidado social y el papel de la familia dentro de este. En lo relativo al contexto español, las investigaciones han constatado que parejas y descendientes, en su inmensa mayoría mujeres, han sido las personas encargadas de cubrir las necesidades de la población vulnerable, como personas mayores, con discapacidad o enfermos, circunscribiendo la provisión de ayuda al ámbito doméstico (Abellán, Esparza y Pérez Díaz, 2011; García Calvente, del Río Lozano y Marcos-Marcos, 2011; Tobío *et al.*, 2010). Sin embargo, y aunque en España el tipo de apoyo mayoritario es de naturaleza informal, la externalización del cuidado mediante la utilización de servicios públicos o privados es cada vez más habitual (Spijker y Zueras, 2016). Factores como el aumento de la longevidad y el cambio en la estructura de la discapacidad (Gómez Redondo y Fernández-Carro, 2015; Serrano *et al.*, 2014), la reducción del tamaño de los hogares (Isengard y Szydlík, 2012) o la incorporación de la mujer al mercado laboral (Cebrián y Moreno, 2008) hacen que las redes de apoyo tiendan a ser más amplias y heterogéneas, no únicamente familiares, caracterizándose por una mayor diversidad y bidireccionalidad de los flujos de apoyo (Quilodrán y Puga, 2011).

Mientras los rasgos de la estructura y organización del apoyo a la dependencia en España han sido profusamente abordados en las últimas décadas, los deseos de la población en este sentido no han recibido la misma atención. Como se viene señalando (Bazo, 2008), se ha obviado la importancia de conocer las opiniones de la población sobre las formas de apoyo predilectas, apareciendo en las investigaciones más como variables adicionales que como un objeto de

estudio con entidad propia. Este vacío resulta cuanto menos sorprendente, ya que las directrices para la elaboración de políticas que preserven y extiendan la calidad de vida de las personas dependientes es, precisamente, que estas se ajusten a sus deseos (ONU, 2002).

Dado que el cuidado aparece como un eje discursivo en plena expansión dentro del debate sobre el papel de la familia en las sociedades contemporáneas, el objetivo último de este trabajo es examinar si el modelo de apoyo basado en cuidadores familiares también prevalece en España en términos ideales. Utilizando tres encuestas implementadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas, el análisis explora la evolución de las preferencias durante el periodo 1997-2009 hacia tres tipos de apoyo; *informal*, basado en cuidadores familiares, *formal*, basado en servicios de asistencia públicos y privados, o *mixto*, que combine los dos anteriores. A su vez, se explora la evolución de las características sociodemográficas de las personas que optarían por cada uno de ellos.

La afirmación de que la población española «prefiere» el cuidado informal se sustenta en el hecho de que la gran mayoría del apoyo recibido es de esa naturaleza, sin embargo, ¿se escogería como primera opción si existiese la posibilidad de elegir? Los resultados obtenidos permitirán reflexionar sobre: 1) si realmente estamos asistiendo a una disminución de la *deseabilidad* de la familia como principal recurso de apoyo, y 2) en qué grupos de población se están produciendo estos cambios. El estudio de la dimensión subjetiva del cuidado permitirá contrastar el nivel de ajuste entre comportamientos y aspiraciones, una información que resulta esencial para construir los mecanismos de bienestar futuros, tanto de las personas dependientes como de sus cuidadores.

EL CONCEPTO DE PREFERENCIA

El estudio de las preferencias en ciencia social se ha abordado casi siempre adoptando la definición propuesta desde la economía; los comportamientos manifiestos se interpretan como el reflejo de los deseos de la persona, equiparando preferencia y elección (Dieleman, 2001). Bajo la óptica de las denominadas *revealed preferences approach*, o preferencias reveladas, recibir un determinado tipo de apoyo, o quien sea la persona cuidadora dentro de la red familiar, son consideradas expresiones últimas de las preferencias de esos individuos. La prevalencia de los cuidadores familiares en España ha sido considerada una evidencia del denominado *modelo compensatorio jerárquico*, caracterizado por la inclinación a preferir un cuidador informal antes que uno formal (Rogeró, 2009). Este modelo propone una escala o gradiente de deseabilidad en el que la pareja se situaría como primera opción, los hijos e hijas a continuación, seguidos por otros familiares o personas sin parentesco, como amigos o vecinos. Las fuentes de apoyo formales públicas y privadas se situarían en el último puesto y solo se recurriría a ellas en caso de que las anteriores no existiesen o no pudieran asumir las tareas de apoyo.

De forma paralela, la psicología define «preferencia» como la tendencia latente hacia lo que se considera deseable (Zajonc, 1980). Este enfoque, denominado como *stated preferences approach*, o preferencias declaradas, conceptualiza las preferencias como elecciones ideales efectuadas ante situaciones hipotéticas; la persona por la que se preferiría ser cuidado, cuál sería su lugar de residencia preferido en la vejez, etc. En este caso, la elección no es observacional y no implica un auténtico proceso de decisión. Se trata de una opinión informativa sobre expectativas, aspiraciones o metas que no necesariamente han de manifestarse. Es esta segunda definición de preferencia la que adopta el presente trabajo.

LA DIMENSIÓN SUBJETIVA DEL CUIDADO: CREENCIAS, PERCEPCIONES Y ACTITUDES

Se ha demostrado que elementos subjetivos como las percepciones, valores o actitudes tienen un papel esencial en la construcción de la realidad social (González Rey, 2008). Durkheim (2008) fue el primero en advertir la existencia de una conciencia colectiva en forma de saber normativo, que genera construcciones culturales como los mitos, religiones o creencias. Estas representaciones sociales no solo son opiniones compartidas por una cultura o grupo social. Se trata de sistemas de pensamiento que guían a los individuos en su mundo material y social, ayudándoles a comprenderlo e interactuar con él, proveyendo herramientas para controlar el contexto cotidiano y volverlo previsible (Farr, 1983; Rateau y Lo Mónaco, 2013). Según la teoría de las representaciones sociales, existe un «sentido común» construido mediante el intercambio de información que modela el comportamiento humano (Moscovici, 2001). Por tanto, las preferencias, como construcción subjetiva, y el comportamiento mostrado, como realidad objetivable, están íntimamente ligados.

El imaginario colectivo sobre el cuidado en España señala a la familia como la institución responsable de garantizar la seguridad y protección de sus miembros. Un 69% cree que es la red familiar la que debe ocuparse de las necesidades de la población vulnerable, frente al 31% que cree que ese papel corresponde a las administraciones públicas (Bazo, 2002). Un barómetro del CIS realizado en marzo de 2008 (nº 2758) mostró que el 75% de la población española estaba muy de acuerdo (35%) o bastante de acuerdo (40%) con que hijos e hijas estaban obligados a hacerse cargo de los problemas de sus progenitores. En esta misma línea, los datos del barómetro del CIS (nº 2844) de septiembre de 2010 reflejaban que un 63% no estaba de acuerdo con que fuera preferible recu-

rrir a ayudas públicas, en vez de a la familia, en caso de necesitar ayuda para realizar las rutinas diarias.

La responsabilidad atribuida a familia y administraciones depende, sin embargo, del tipo de necesidad que debe ser cubierta. Ante la vulnerabilidad provocada por adversidades económicas, laborales o derivadas de enfermedades crónicas, las administraciones son vistas como el principal agente de protección social (Arriba, Calzada y del Pino, 2006; del Pino, 2007). Sin embargo, el apoyo en caso de dificultades para la realización de actividades cotidianas (tareas domésticas, aseo e higiene personal, etc.) o problemas emocionales, se considera mayoritariamente una función propia de la familia (Bazo, 2002). El perfil sociodemográfico de la población también hace variar estas atribuciones; es más frecuente que las mujeres, personas de más de 65 años, con un bajo nivel de estudios o que conviven con dependientes, atribuyan a la familia el deber de garantizar el bienestar de la población vulnerable (Roger, 2010).

La confianza que la población deposita en los distintos tipos de cuidadores es determinante en la construcción de las preferencias. En septiembre de 2010, el barómetro del CIS 2844 preguntó acerca de la fiabilidad que les daban diferentes organismos y personas si tuvieran que recurrir a ellos en busca de ayuda. En una escala de 0 (ninguna confianza) a 10 (total confianza), la familia era considerada la fuente de apoyo más fiable, con un índice de confianza de 8,5, seguida de cerca por otras figuras de la red social como los amigos (7,6). Los servicios públicos mostraban un índice de confianza de 4,5. Además, un 44% de las personas entrevistadas confiaba totalmente en que su familia resolvería cualquiera de sus necesidades, frente al 4% de quienes confiaban plenamente en los servicios públicos. Esa percepción generalizada de que la familia es la forma de apoyo más segura la convierte a su vez en la más deseable.

Dentro de la red de parentesco, la pareja sería la figura escogida principalmente en caso de necesitar ayuda doméstica, la pareja o los amigos en caso de necesitar ayuda emocional, y padres, madres, hermanos/as o cónyuges, según la edad, en caso de necesitar ayuda económica (Fernández Alonso, 2012). Esas preferencias varían en función del género de la persona que necesita la ayuda. Mientras que para el 53% de los varones mayores de 65 años el cuidador ideal sería su pareja, el mismo porcentaje de mujeres de esa edad identifican a sus hijos e hijas, especialmente a estas últimas, como primera opción (Gómez Redondo y Fernández-Carro, 2015).

La inclinación hacia formas familiares de cuidado también es visible en las opiniones acerca de dónde se preferiría vivir en caso de sufrir alguna discapacidad en la vejez; la coresidencia con familiares es la solución socio-residencial predilecta, por encima de las residencias de mayores o la vivienda propia (Fernández-Carro, 2016).

FACTORES CONDICIONANTES DE LAS PREFERENCIAS SOBRE EL TIPO DE CUIDADO

Desde la psicología cognitiva se apunta que las preferencias son extremadamente sensibles al contexto y a la experiencia de los individuos (Warren *et al.*, 2011). Por un lado, las condiciones exógenas modelan la predisposición de la persona hacia una u otra de las alternativas disponibles, ya que estas condiciones establecen lo que es social y culturalmente apropiado. Por otro, las evaluaciones de las personas están sujetas a lo que han experimentado y al resultado de esa experiencia.

La persistencia de una cultura familiarista muy arraigada, caracterizada por una proporción de hogares multigeneracionales mayor que la observada en otros países del norte y oeste de Europa (Naldini, 2013), es-

trechas relaciones y contactos frecuentes entre miembros de la red de parentesco (Hank, 2007) y normas sociales que apuntan a los familiares, principalmente mujeres, como los cuidadores más idóneos y seguros (Katz *et al.*, 2003), son algunos de los factores que contribuyen a que la red familiar sea el mecanismo de apoyo preferido para la mayoría de la población en España.

El fuerte componente normativo de la solidaridad intergeneracional ha hecho que las metas individuales y las decisiones personales, también con respecto al cuidado, dependan muchas veces de las expectativas familiares percibidas (Lowenstein y Daatland, 2006). Estudios comparativos muestran que el papel protector otorgado a la familia está más presente en España que en otros países europeos, concibiéndose la ayuda entre miembros de la red familiar más como un deber que como una opción (Katz *et al.*, 2010; Sánchez Vera y Bote Díaz, 2009). Aquí, la solidaridad intergeneracional se funda en la idea de *reciprocidad*; la atención y cuidados que los padres y madres proveyeron a sus hijos e hijas en las primeras etapas de la vida es considerado como una inversión para su seguridad futura. A su vez, hijos e hijas adultos han integrado este hecho como parte del compromiso con sus padres y madres mayores (Tobío, 2008). Mientras que en España o Italia el sentimiento de obligación de cuidar por parte de hijos e hijas es generalizado, en Dinamarca, Suecia o Países Bajos existe una mayor inclinación a atribuir esa responsabilidad al Estado (Fokkema, Bekke y Dykstra, 2008).

No obstante, la percepción de las obligaciones filiales y la construcción de las expectativas parentales en relación al cuidado han experimentado una transformación notable en los últimos tiempos (Meil, 2011). La importancia creciente de las aspiraciones y elecciones individuales, consecuencia directa de lo que Beck (1992) denominó *proceso de individualización*, no solo ha calado en la manera en que las generaciones más jóve-

nes entienden la atención a sus padres o abuelos, sino también en los deseos y aspiraciones de los mayores cuando valoran las mejores soluciones ante posibles situaciones de dependencia (Gomila, 2011). Una de las consecuencias de estos cambios es que los actores implicados en la atención a la población dependiente se diversifiquen, dando lugar a formas mixtas que combinan el apoyo provisto por familiares con la ayuda de profesionales públicos o privados (Rogerero *et al.*, 2008).

Paralelamente, es esperable que los cambios que comprometen la capacidad real de asumir el cuidado dentro de las familias y la variedad de alternativas disponibles también afecten a las preferencias de la población. En este sentido, la masiva incorporación de la mujer al mercado laboral supone un factor clave.

En el actual modelo de apoyo a la dependencia, las mujeres son el pilar en torno al cual se estructura la organización del cuidado. La tradicional división sexual del trabajo ha naturalizado las actividades del ámbito privado como femeninas, concibiendo el cuidado como una tarea para la que las mujeres presentan más y mejores aptitudes. A esto hay que sumar la implementación de políticas sociales que refuerzan su posición como salvaguarda casi exclusiva del bienestar de los miembros de la familia (García Sainz, 2010; Martín Palomo, 2008). Sin embargo, la normalización de la participación de las mujeres en el trabajo productivo y la escasa redistribución del trabajo reproductivo dentro de los hogares y las familias han hecho que los diferentes roles desempeñados por las mujeres entren en conflicto. Problemáticas como la «doble jornada» femenina, falta de tiempo propio, además de un importante desgaste físico y psicológico, han impulsado la búsqueda de alternativas como la contratación de servicios privados de asistencia o la solicitud de ayudas públicas de apoyo a la dependencia. A pesar de la creciente demanda, las políticas sociales implementadas

suponen un apoyo muy residual, siendo destinadas a la población que demuestre falta de recursos económicos y sociales propios (Ranci y Pavolini, 2013).

En base a lo anteriormente expuesto, las hipótesis iniciales de este trabajo son:

- H1:** *Debido a que la construcción de las preferencias es extremadamente sensible al contexto y a la experiencia de los individuos, los cambios relacionados con la diversidad de formas de apoyo disponibles y la capacidad de las cuidadoras tradicionales (mujeres de la red de parentesco) para asumir esa tarea están provocando un incremento de la «de-seabilidad» de otras formas de apoyo fuera de la familia por parte de la población española.*
- H2:** *En un contexto como el español, donde la organización y provisión del cuidado está estructurado en torno a la familia, especialmente en el caso del apoyo en la realización de actividades de la vida diaria, cabe esperar una inclinación generalizada hacia la red de parentesco como forma de apoyo también en términos ideales.*

METODOLOGÍA

Fuentes de datos

El Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) realiza barómetros mensuales cuyos cuestionarios incluyen un bloque de preguntas dedicadas a un tema de especial relevancia pública. Desde los años ochenta, algunos de estos barómetros han incluido preguntas sobre los deseos de la población en relación al modelo de apoyo a la dependencia. Si bien el registro de esta información no ha sido sistemático, sí que se ha realizado con una periodicidad suficiente para rastrear las transformaciones producidas en las últimas décadas.

Para realizar el análisis, se han seleccionado tres encuestas, realizadas en los años 1997, 2001 y 2009, con preguntas muy similares sobre los cuidadores predilectos. Concretamente, estas encuestas preguntan por quién preferiría ser ayudada la persona entrevistada en caso de presentar limitaciones que le impidiesen desarrollar sus actividades cotidianas como vestirse, bañarse, salir a la calle, etc. (tabla 1). Las categorías de respuesta contemplaban diversas figuras informales (pareja, hijos, vecinos o amigos) y formales (servicios sociales y profesionales contratados). También la posibilidad de combinar ambos tipos de apoyo.

Existen algunas variaciones en el modo de recogida de información que es necesario mencionar de cara a la interpretación de resultados. En el año 2009, la pregunta sobre preferencias se efectuó por separado a aquellos que reciben y no reciben cuidados en el momento de la encuesta, aunque con el mismo enunciado y orden de categorías. A los primeros, se les pregunta quién les presta ayuda, si preferirían que esa ayuda se la prestase otra persona y quién sería esa persona. A los que no reciben cuidados, se les pregunta directamente. Se ha generado una única variable con la información recogida por ambas preguntas. Otra variación es que la categoría etiquetada en 1997 y 2001 como «Familia y Servicios Sociales conjuntamente» se identifica en 2009 como «Familia y cuidadores a partes iguales», añadiendo por primera vez la categoría de «servicios profesionales». Probablemente, la creciente diversificación de fuentes de apoyo formal ha motivado la nueva redacción de la etiqueta y la especificación sobre los cuidadores profesionales en 2009. Estos cambios pueden haber sesgado las respuestas en favor del cuidado informal en los años 1997 y 2001 debido a la baja valoración de los servicios sociales y al no considerar los servicios profesionales privados. También el tipo de apoyo por el que se pregunta, la realización de las tareas diarias, así como el orden en el que

TABLA 1. Enunciado y categorías de respuesta de las preguntas en los barómetros del CIS

AÑO	Nº ESTUDIO	ENUNCIADO	CATEGORÍAS DE RESPUESTA
1997	2244	P 9. Si Ud. algún día se viera incapacitado y necesitara ayuda para realizar las actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, salir a la calle, etc., ¿quién desearía que se la prestase principalmente? (Una respuesta)	Pareja Hijo Hija Hijo o hija indistintamente Otros parientes Vecino/a Amigo/a Servicios Sociales públicos Familia y Servicios Sociales conjuntamente ^a
2001	2439	P 9. Si Ud. algún día necesitara ayuda de otras personas para realizar actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, salir a la calle, etc., ¿quién desearía que se la prestase principalmente? (Una respuesta)	Pareja Hijo Hija Hijo o hija indistintamente Otros parientes Vecino/a Amigo/a Servicios Sociales públicos Familia y Servicios Sociales conjuntamente ^a
2009	2801	(A los/as que SÍ reciben cuidados) P 16. En la actualidad, ¿necesita Ud. ayuda de otras personas para realizar actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, salir a la calle, etc.? P16a. ¿Quién le presta ayuda principalmente? P 16b. ¿Le gustaría que se la prestase otra persona? P 16c. ¿Quién? (Todas: Una respuesta)	Pareja Hijo Hija Hijo o hija indistintamente Otros parientes Vecino/a Amigo/a Servicios Sociales Profesionales privados ^b Familia y cuidadores a partes iguales ^a
		(A los/as que NO reciben cuidados) P 17. Si Ud. algún día necesitase ayuda de otras personas para realizar actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, salir a la calle, etc., ¿quién desearía que le prestase esa ayuda? (Una respuesta)	

^a «Familia y Servicios Sociales» se incluye en los estudios 2244 (1997) y 2439 (2001), la categoría «Familia y Cuidadores a partes iguales» en el estudio 2801 (2009).

^b Esta categoría solo se incluye en el cuestionario de la encuesta 2801 (2009).

se presentan las categorías de respuesta (7 primeros ítems aluden a cuidadores informales), pueden inclinar la respuesta en favor del cuidado informal.

Uno de los problemas más frecuentes de los análisis longitudinales con datos trans-

versales es la diferente operacionalización que encuestas sucesivas hacen de una misma variable. El avance del conocimiento hace que vayan incorporándose pequeñas modificaciones en el enunciado de la pregunta y/o las categorías, sobre todo cuando

TABLA 2. Distribución de la muestra según la preferencia (SÍ/NO) por tipo de apoyo y covariables seleccionadas. Estudio 2244 (1997)

	INFORMAL				FORMAL				FORMA MIXTA			
	SÍ		NO		SÍ		NO		SÍ		NO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo												
Hombre	1.001	40	163	7	94	4	1.070	43	69	3	1.095	44
Mujer	1.045	42	262	8	107	4	1.150	46	105	4	1.152	46
Edad				*				*				**
18-29	523	21	100	4	43	2	580	23	57	2	566	23
30-39	397	16	79	3	34	1	442	18	45	2	431	17
40-49	288	12	59	2	36	1	311	12	23	1	324	13
50-59	279	11	52	2	30	1	301	12	22	1	309	12
60-69	316	13	47	2	33	1	330	13	14	1	349	14
70-79	195	8	33	1	20	1	208	8	13	1	215	9
80+	57	2	20	1	18	1	58	2	13	1	62	2
Nivel estudios				**								**
Sin estudios	209	8	29	1	23	1	215	9	16	1	232	9
Educación primaria	1.157	46	182	7	97	4	1.242	50	85	3	1.254	50
Educación secundaria	456	18	105	4	54	2	507	20	51	2	510	20
Educación superior	205	8	56	2	23	1	238	10	33	1	228	9
Situación laboral												**
Trabaja o busca trabajo	198	8	1.037	42	109	4	1.126	45	89	4	1.146	46
Pensionista, jubilado o estudiante	100	4	568	23	55	2	613	25	45	2	623	25
Trabajo doméstico no remunerado	74	3	431	17	37	1	468	19	37	1	468	19
Convivencia												
Convive con alguien de 65+	745	30	125	5	69	3	801	33	56	2	814	33
No convive con alguien de 65+	1.309	52	252	10	132	5	1.429	57	120	5	1.441	58
Familiar dependiente												**
Con familiar dependiente	479	19	94	4	33	1	540	22	61	2	512	21
Sin familiar dependiente	1.573	63	282	11	168	7	1.687	68	114	5	1.741	70
Hábitat				**				**				
Menor o igual a 2.000 hab.	177	7	33	1	19	1	191	8	14	1	196	8
de 2.001 a 10.000	378	15	40	2	22	1	396	16	18	1	400	16
de 10.001 a 50.000	480	19	85	3	44	2	521	21	41	2	524	21
de 50.001 a 100.000	169	7	42	2	26	1	185	7	16	1	195	8
de 100.001 a 400.000	483	19	87	3	46	2	524	21	41	2	529	21
de 400.001 a 1.000.000	127	5	27	1	10	1	144	6	17	1	137	5
Más de 1.000.000 de hab.	243	10	64	3	35	1	272	11	29	1	278	11

Análisis bivariado (Chi²): ***p < 0,000; ** p < 0,05; *p < 0,1.

Hasta 100%, valores perdidos (2,4% valores perdidos de la muestra total).

TABLA 3. Distribución de la muestra según la preferencia (SÍ/NO) por tipo de apoyo y covariables seleccionadas. Estudio 2801 (2009)

	INFORMAL				FORMAL					FORMA MIXTA				Sig.	
	SÍ		NO		Sig.	SÍ		NO		Sig.	SÍ		NO		
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N		%
Sexo					**					*					**
Hombre	841	34	275	11		181	7	935	38		94	4	1.022	41	
Mujer	796	32	328	13		207	8	917	37		121	5	1.003	40	
Edad					***					***					***
18-29	320	13	127	5		81	3	366	15		46	2	401	16	
30-39	348	14	140	6		86	3	402	16		54	2	434	17	
40-49	290	12	118	5		65	3	343	14		53	2	355	14	
50-59	252	10	99	4		70	3	281	11		29	1	322	13	
60-69	208	8	58	2		45	2	221	9		13	1	253	10	
70-79	167	7	43	2		27	1	183	7		16	1	194	8	
80+	52	2	18	1		14	1	56	2		19	1	66	3	
Nivel estudios					***					***					***
Sin estudios	84	3	22	1		17	1	89	4		15	1	101	4	
Educación primaria	458	18	104	4		7	3	485	20		27	1	535	22	
Educación secundaria	831	33	312	13		196	8	947	38		116	5	1.027	41	
Educación superior	259	10	164	7		97	4	326	13		67	3	356	14	
Situación laboral					***					***					
Trabaja o busca trabajo	1.041	42	416	17		259	10	1.198	48		157	6	1.300	52	
Pensionista, jubilado o estudiante	425	17	124	5		90	4	90	19		34	1	515	21	
Trabajo doméstico no remunerado	168	7	57	2		36	1	36	8		21	1	204	8	
Convivencia					***					*					**
Convive con alguien de 65+	128	5	416	17		85	3	459	19		43	2	501	21	
No convive con alguien de 65+	1.158	47	464	19		299	12	1.323	53		165	7	1.457	59	
Familiar dependiente					**										*
Con familiar dependiente	491	20	196	8		123	5	564	23		73	3	614	25	
Sin familiar dependiente	1.142	46	407	16		265	11	1.284	52		142	6	1.407	57	
Hábitat					***					**					**
Menor o igual a 2.000 hab.	116	5	30	1		24	1	122	5		16	1	140	6	
de 2.001 a 10.000	281	11	83	3		57	2	307	12		26	1	338	14	
de 10.001 a 50.000	428	17	139	6		94	4	473	19		45	2	522	21	
de 50.001 a 100.000	181	7	86	3		63	3	204	8		23	1	244	10	
de 100.001 a 400.000	373	15	126	5		73	3	426	17		53	2	446	18	
de 400.001 a 1.000.000	110	4	41	2		21	1	130	5		20	1	131	5	
Más de 1.000.000 de hab.	148	6	98	4		56	2	190	8		42	2	204	8	

Análisis bivariado (Chi²): ***p < 0,000; ** p < 0,05; *p < 0,1.

Hasta 100%, valores perdidos (9,8% valores perdidos de la muestra total).

las preguntas no están pensadas específicamente para realizar series temporales. Sin embargo, el análisis comparado de encuestas puede validarse en última instancia si el tipo de variables analizadas son relativamente homogéneas y/o podemos solucionar *ad hoc* los problemas que plantean (Mateo Pérez, 2000). A pesar de las diferencias, las fuentes seleccionadas presentan un grado aceptable de comparabilidad, en lo que respecta a unidades poblacionales, ámbito geográfico, diseño de la muestra y tipo de pregunta.

Las muestras de las tres encuestas son representativas a nivel nacional y cuentan con un tamaño teórico de 2.500 individuos de 18 o más años, que en el momento de la encuesta estaban residiendo en viviendas particulares. El tamaño de las muestras utilizadas en el análisis es de 2.435 personas en 1997, 2.454 individuos en 2001 y 2.240 individuos en 2009. La selección de participantes, quienes fueron entrevistados personalmente en sus viviendas, se realizó utilizando un muestreo polietápico.

Métodos

Este estudio realiza un análisis descriptivo de la evolución de las preferencias por distintos tipos de cuidado durante el periodo 1997-2009. La información disponible permite distinguir tres opciones:

- *Cuidado informal*: caracterizado por: 1) la persona cuidadora pertenece a la red social del individuo, 2) el cuidado es una actividad voluntaria por la que no se recibe ninguna contraprestación económica o salario (Andersson, Levin y Emtinger, 2002).
- *Cuidado formal*: asistencia provista por servicios públicos o privados a cambio de un desembolso económico regular. Los cuidadores formales presentan un amplio abanico de perfiles que van desde

profesionales cualificados a empleados domésticos sin especialización concreta (Tobío *et al.*, 2010).

- *Cuidado mixto*: en el que se combinan cuidadores formales e informales.

En una primera fase se realiza un análisis descriptivo de las preferencias por tipo de cuidado en función del sexo (hombre/mujer) y la edad (grupos decenales 18-80+años). En una segunda fase, el análisis explora la evolución de los perfiles sociodemográficos asociados a cada preferencia. Se han realizado seis modelos de regresión logística; dos para cada tipo de apoyo (informal, formal y mixto), correspondientes al año de inicio y final del periodo (1997-2009). La regresión logística binaria estima la probabilidad de que un evento ocurra o no en base a una serie de variables explicativas. En este caso, el evento es la preferencia por cada uno de los tres modelos de apoyo, informal/formal/mixto, para lo cual se ha generado una variable dependiente dicotómica con dos categorías de respuesta: «Sí se prefiere» o «No se prefiere».

Como variables independientes, además del género y la edad, se han considerado otros rasgos sociodemográficos como el nivel educativo (sin estudios, estudios primarios, secundarios o superiores) y el estatus laboral actual (trabaja/busca trabajo, pensionista/jubilado/estudiante, o trabajo doméstico no remunerado). Hay indicios de que ambos factores están estrechamente relacionados con las percepciones sobre la solidaridad entre generaciones: las personas con mayor nivel educativo muestran un menor sentimiento de «obligación» de cuidar a sus mayores (Fokkema, ter Bekke y Dykstra, 2008).

Dado que la construcción de las preferencias está influenciada por la experiencia del individuo (Warren *et al.*, 2011), se han incluido variables como el tamaño del hogar, si se convive con alguna persona mayor de 65 años, y si se tiene algún familiar dependiente como *proxy* de esa experiencia.

El tipo de entorno en el que se reside, si este es rural o urbano, también influye en la preferencia sobre un modelo de cuidado. Las particularidades con que se viene produciendo el proceso de individuación en uno y otro ámbito condicionan el apego a las normas y valores tradicionales sobre el papel de la familia y, en consecuencia, la visión sobre qué forma de apoyo es más deseable (Paniagua-Mazorra, 2008). Se ha incluido la variable «tamaño de hábitat», que comprende siete categorías en función de su número de habitantes; de menos de 2.000 a más de un millón.

El grado de asociación estadística entre la variable dependiente de cada modelo y las covariables seleccionadas se ha analizado mediante un análisis bivariado (prueba Chi² de Pearson), el cual ha revelado una correlación significativa en la mayoría de los casos (tablas 2 y 3).

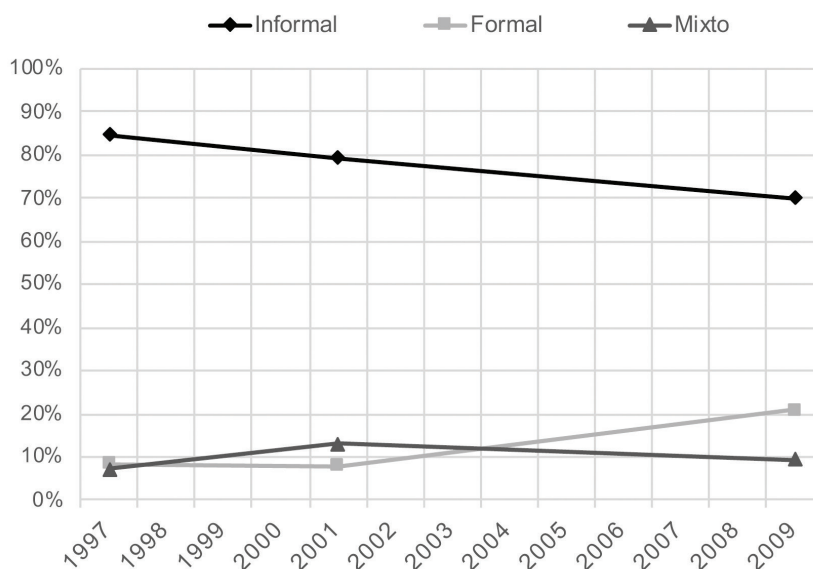
RESULTADOS

Evolución de las preferencias por cada tipo de apoyo

Los resultados muestran que la preferencia por el apoyo exclusivamente informal es mayoritaria en España. En todos los años de encuesta, el porcentaje de población que preferiría ser cuidado por familiares supera el 70% (gráfico 1). Sin embargo, también se observa un aumento paulatino de la inclinación por el cuidado formal en exclusiva o por una forma mixta de apoyo formal e informal.

En 1997, un 84% de los entrevistados opinaban que en caso de sufrir algún impedimento preferirían recibir ayuda de algún miembro de su red social y familiar. En 2001, ese mismo porcentaje desciende levemente, hasta situarse en el 79%. En 2009, se situaba en el 70%. Este descenso supuso una importante subida de la preferencia por

GRÁFICO 1. Evolución de la preferencia por los diferentes tipos de apoyo (España, 1997-2009)



Fuente: Elaboración propia, estudios 2244, 2439 y 2801 CIS.

el tipo de cuidado formal, que pasó del 8% en 1997 al 21% en 2009. La preferencia por el cuidado mixto se mantuvo relativamente estable, pasando del 7% en 1997 al 9% en 2009. Al final del periodo estudiado, más de la cuarta parte de los entrevistados, un 30%, optarían por un modelo de apoyo que contemplase total o parcialmente algún tipo de apoyo formal.

Tendencias en función del sexo

La evolución de las preferencias de hombres y mujeres muestra una tendencia similar; una inclinación por el apoyo de tipo informal predominante que desciende a lo largo del periodo (gráfico 2).

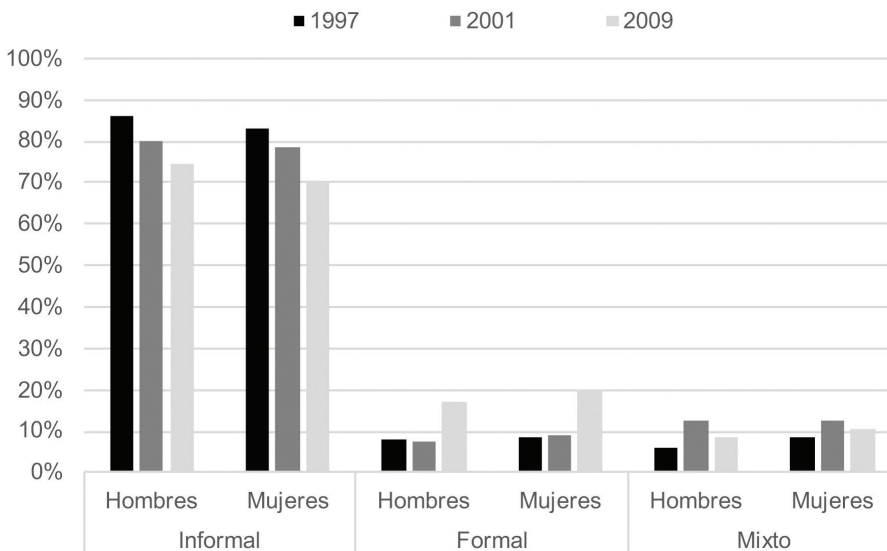
Los varones que preferirían cuidadores informales pasan de un 86% en 1997 a un 75% en 2009. En las mujeres, ese porcentaje pasa del 82% en 1997 al 70% en 2009. Ese importante descenso de la preferencia por el cuidado informal revierte en un incremento generalizado de la preferencia por

cuidadores formales, especialmente entre las mujeres españolas. Mientras que en 1997 la preferencia por recibir ayuda exclusivamente de cuidadores formales era igual para ambos sexos, el 8%, en 2009 esos porcentajes habían superado el doble de su magnitud, llegando al 17% para los hombres y el 20% para las mujeres. El incremento de la preferencia por formas mixtas de cuidado es algo más suave, siendo mayor entre los hombres. Mientras que en 1997 el 6% de los hombres y el 8% de las mujeres optarían por una forma mixta de apoyo, en 2009 los hombres que elegirían esta solución alcanzan el 8% y las mujeres el 10%.

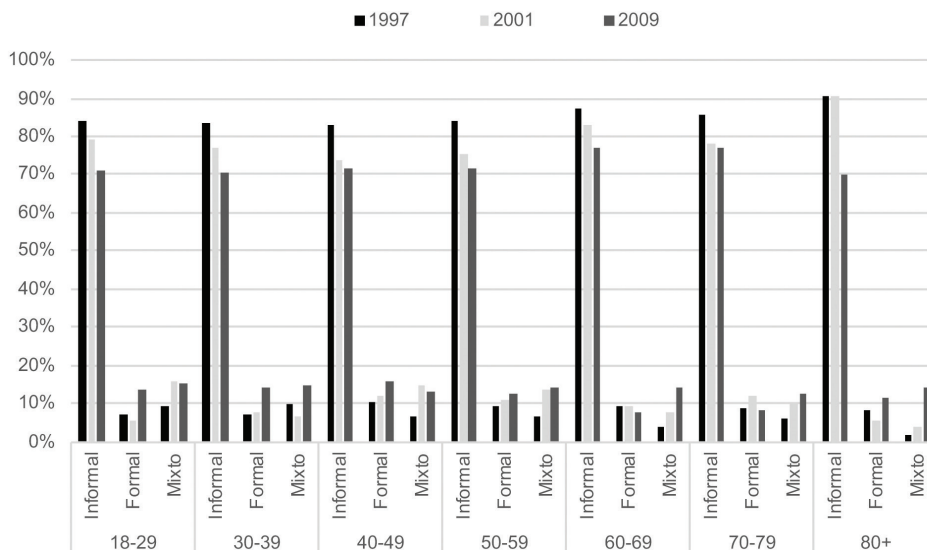
Tendencias en función de la edad

El apoyo informal es la preferencia mayoritaria en todos los grupos de edad, aunque muestra una clara tendencia descendente a lo largo del periodo. Este descenso es especialmente observable entre los individuos de edad más avanzada, aunque también es importante en los grupos de edades jóvenes

GRÁFICO 2. Evolución de las preferencias por tipo de apoyo y sexo (España, 1997-2009)



Fuente: Elaboración propia, estudios 2244, 2439 y 2801 CIS.

GRÁFICO 3. Evolución de las preferencias por los diferentes tipos de apoyo y grupo de edad decenal (España, 1997-2009)

Fuente: Elaboración propia, estudios 2244, 2439 y 2801 CIS.

(gráfico 3). Durante el periodo 1997-2009, la proporción de personas entre 18 y 29 años que optarían por pedir apoyo a alguno de sus familiares o amigos se redujo, pasando del 84% en 1997 al 72% en 2009. Entre las personas de edades muy avanzadas, el descenso por esa preferencia es todavía mayor, mientras que un 90% de la población mayor de 80 años en 1997 preferiría recibir apoyo informal, en 2009 ese porcentaje apenas alcanzaba el 74%.

La preferencia por apoyo formal en exclusiva experimentó un aumento considerable en los grupos de edad hasta los 39 años, duplicando sus porcentajes. La población entre 18 y 29 años pasa de preferir apoyo formal en un 7% en 1997 a un 13% en 2009, y los de 30 a 39 años pasan de un 7% a un 14%. La preferencia por el apoyo formal también se incrementa entre la población de 40 a 59 años, aunque en menor medida.

La preferencia por un modelo mixto de cuidado que combine la ayuda familiar con

servicios de asistencia también es generalizada en todos los grupos de edad, aunque el incremento de los porcentajes entre los años 1997 y 2009 es aún más significativo que en el caso del cuidado únicamente formal. La preferencia por una combinación de cuidadores creció hasta 2001, año a partir del cual los porcentajes en todos los grupos de edad se estabilizaron en torno al 14%. El aumento más llamativo lo encontramos en las personas de 80 o más años, que pasan de preferir esta opción en un 2% en 1997 al 14% en 2009.

Evolución de los perfiles asociados a las preferencias por cada tipo de apoyo

Los resultados de los modelos de regresión muestran dos tendencias en la evolución de los perfiles asociados a las preferencias por cada tipo de apoyo durante el periodo 1997-2009: al mismo tiempo que se perciben cambios sustanciales en algunos de los rasgos, también se observa la consolidación de la

TABLA 4. Evolución de los perfiles asociados las preferencias por cada tipo de apoyo (regresión logística binomial)

	INFORMAL				FORMAL				MIXTO			
	1997		2009		1997		2009		1997		2009	
	OR	E.S.	OR	E.S.	OR	E.S.	OR	E.S.	OR	E.S.	OR	E.S.
Mujer (ref. hombre)	0,69 **	0,09	0,81 **	0,08	1,29	0,22	1,17	0,13	1,54 **	0,29	1,27 **	0,20
30-39	1,09	0,20	1,03	0,15	0,78	0,21	0,93	0,16	1,07	0,25	1,03	0,23
40-49	0,82	0,16	0,98	0,15	1,79 **	0,46	0,84	0,16	0,80	0,23	1,31	0,29
50-59	0,97	0,21	0,94	0,16	1,51	0,43	1,14 **	0,22	0,70	0,21	0,89	0,23
60-69	1,45	0,37	1,16	0,26	1,36	0,44	0,99	0,25	0,33 **	0,13	0,65	0,25
70-79	1,49	0,46	1,13	0,29	1,19	0,48	0,83	0,24	0,42 *	0,19	1,18	0,51
80+	2,39 *	1,20	2,78	0,24	1,00	0,58	1,34	0,45	0,13 *	0,14	0,99	0,56
Sin estudios	Ref.				Ref.				Ref.			
Educación primaria	0,88	0,20	1,41	0,33	0,85	0,22	0,70	0,17	1,99	0,88	0,98	0,51
Educación secundaria	0,59 **	0,16	0,87	0,22	1,41	0,45	0,91	0,24	2,47 *	1,18	2,30	1,19
Educación superior	0,58 *	0,17	0,58 **	0,15	1,02	0,37	1,18	0,34	3,42 **	1,68	3,45 **	1,82
Trabaja o busca trabajo	Ref.								Ref.			
Pensionista, jubilado o estudiante	0,89	0,15	1,00	0,16	0,79	0,18	1,13	0,21	1,57 *	0,37	0,77	0,21
Trabajo doméstico no remunerado	1,11	0,21	0,93	0,17	0,69	0,17	1,03	0,22	1,17	0,29	1,14	0,32
Tamaño del hogar	1,23 ***	0,06	1,14 **	0,05	0,78 ***	0,05	0,87 **	0,04	0,88 **	0,06	0,94	0,06
Convive con alguien de 65+	0,91	0,14	1,14	0,13	1,01	0,21	0,85	0,11	1,18	0,25	1,00	0,19
Familiar dependiente	0,98	0,14	1,16	0,12	0,58 **	0,12	0,88	0,10	1,67 **	0,30	0,88	0,14
Menor o igual a 2.000 hab.	Ref.								Ref.			
De 2.001 a 10.000	1,78 **	0,46	1,00	0,24	0,55 *	0,18	0,91	0,24	0,61	0,23	1,33	0,59
De 10.001 a 50.000	1,09	0,25	0,87	0,19	0,82	0,24	1,02	0,25	1,03	0,34	1,53	0,65
De 50.001 a 100.000	0,89	0,24	0,59 **	0,14	1,31	0,43	1,55 *	0,40	0,85	0,34	1,71	0,77
De 100.001 a 400.000	1,12	0,26	0,93	0,21	0,87	0,26	0,79	0,20	0,93	0,31	2,04 *	0,85
De 400.001 a 1.000.000	1,03	0,31	0,78	0,21	0,68	0,28	0,85	0,26	1,31	0,52	2,58 **	1,19
Más de 1.000.000 de hab.	0,95	0,24	0,49 **	0,12	1,03	0,33	1,29	0,34	1,04	0,38	3,46 **	1,48
N	2.341		2.324		2.341		2.324		2.341		2.324	
Pseudo R ²	0,13		0,13		0,14		0,13		0,15		0,16	

***p < 0,000; ** p < 0,05; *p < 0,1.

Nota: variable dependiente dicotómica en los tres modelos (ref. «Se prefiere»).

asociación de otras características con cada preferencia (tabla 4).

En lo que respecta al modelo de apoyo informal, hay una clara tendencia a la consolidación de los rasgos de los individuos asociados, positiva y negativamente, con esa opción de apoyo. Por un lado, la menor inclinación de las mujeres y de las personas con un mayor nivel de estudios por las figuras de apoyo informal se afianzó en España entre los años 1997 y 2009. Por otro, se fortalece la relación entre un mayor tamaño del hogar y la preferencia por el apoyo informal, así como con el tamaño del hábitat de residencia. En 1997, las personas que residían en el ámbito rural, localidades de entre 2.001 y 10.000 habitantes, presentaban una notable preferencia por el cuidado informal. En 2009, son las personas de los núcleos urbanos de más de 1.000.000 de habitantes y de entre 50.000 y 100.000 habitantes los que menor inclinación mostraban hacia el cuidado informal. Existe, por tanto, una intensificación de la menor preferencia por el apoyo informal en entornos más poblados y urbanizados. En lo que respecta a los cambios en el perfil relacionado con la preferencia por el modelo informal, vemos que, en 1997, tener 80 o más años estaba positivamente correlacionado con la selección de las formas de cuidado informales, mientras que en 2009 esta asociación deja de ser significativa.

En la evolución de los perfiles asociados a la preferencia por el apoyo formal también observamos el mismo fenómeno de consolidación y cambio. En lo que respecta a la consolidación de perfiles, los resultados de la variable edad reflejan el fuerte componente generacional de la predilección por el apoyo formal. Aquellas personas que en 1997 tenían entre 40 y 49 años muestran una mayor inclinación por el apoyo formal. En 2009, son los individuos entre 50 y 59 años, los mismos que en 1997 tenían entre 40 y 49 años y, por tanto, pertenecientes en su mayoría a la cohorte nacida entre 1950 y 1959, los que muestran una mayor predilección

por apoyo de servicios públicos o privados. Otra de las características correlacionadas con la elección de este tipo de ayuda es el tamaño del hogar. En congruencia con los resultados observados en el modelo de cuidados informales, un mayor tamaño del hogar está negativamente correlacionado con la elección por los cuidados formales. Este rasgo del perfil, sin embargo, se suaviza con el paso del tiempo tanto en magnitud como en significación estadística.

Los cambios en la preferencia por el apoyo formal se reflejan en el cese de la asociación de ciertas características: tener algún familiar dependiente y residir en el ámbito rural dejan de estar negativamente asociadas a la preferencia por este modelo en 2009.

La asociación que el género y el nivel educativo mantiene con la elección de una forma de cuidado mixta se consolida a lo largo del periodo estudiado. La preferencia por este tipo de formas combinadas de apoyo se ha mantenido en las mujeres, comparadas con los hombres, y las personas con estudios superiores, en comparación con aquellas que no tienen estudios.

Sin embargo, rasgos como la edad dejan de mostrar asociación con el paso del tiempo; ser mayor de 60 años estaba relacionado con escoger esta forma de apoyo en 1997, pero no en 2009. A su vez, estar fuera del mercado laboral (ser pensionista, jubilado o estudiante), el tamaño del hogar —negativamente asociado a esta preferencia en 1997—, o la existencia de algún familiar dependiente no necesariamente corresidente —positivamente correlacionado con esta preferencia en 1997—, también dejan de mostrar una asociación significativa. Por el contrario, otras variables, como el tipo de hábitat en el que se reside, comienzan a mostrar una correlación positiva con la preferencia por el cuidado mixto en 2009. Aquellos que viven en núcleos de más de 100.000 habitantes tienen más posibilidades de escoger este tipo de apoyo.

CONCLUSIONES

La pregunta formulada al inicio fue cuál ha sido la evolución reciente de las preferencias sobre los tipos de apoyo en España y en qué grupos de población se percibían esos cambios. Se formularon dos hipótesis de partida; la primera, que la predilección por el apoyo formal está aumentando en detrimento del cuidado familiar, y la segunda, que, aun así, cabía esperar una inclinación generalizada hacia las formas de cuidado familiares.

Coincidiendo con otros estudios previos (Bazo, 2002), los resultados de esta investigación han confirmado estas dos hipótesis. En primer lugar, la preferencia por cuidadores formales, en exclusiva o combinados con cuidadores familiares, ha ido aumentando en las últimas décadas. Este aumento, además, ha sido generalizado en ambos sexos y todos los grupos de edad, aunque especialmente entre la población femenina y en las personas de edades muy jóvenes (18-29 años) o de edad muy avanzada (por encima de 80 años). En lo referente a la segunda hipótesis, se confirma que el aumento de la preferencia por modelos que impliquen servicios formales de cuidado es aún incipiente, y la inclinación mayoritaria sigue siendo el modelo informal basado en cuidadores familiares.

La evolución de los perfiles sociodemográficos de las personas que optarían por cada uno de los modelos de apoyo también van en la misma línea que algunas investigaciones previas (Rogeró, 2010). Por un lado, mujeres y población con mayor nivel educativo, así como quienes residen en núcleos urbanos, muestran una menor inclinación hacia los cuidadores informales. Por otro, la preferencia por servicios públicos o privados es más significativa en las generaciones que actualmente están asumiendo el rol de cuidadores informales.

El hecho de que las preferencias sean extremadamente sensibles al contexto y que las opciones percibidas sean más variadas influye en la forma en que los españoles constru-

yen sus expectativas acerca de las mejores soluciones de apoyo. Es decir, a la vez que se transforman las creencias que hacen que la familia sea percibida como la única forma de cuidado, también lo hace la percepción generalizada de que este es el modelo de atención a la dependencia más deseable. Esta desfamiliarización progresiva de los elementos que conforman la dimensión subjetiva del cuidado; percepciones, creencias, valores, etc., está teniendo su reflejo en las dinámicas de organización del cuidado a la dependencia. Preferencias y comportamientos se retroalimentan, fraguando un cambio generalizado que va a normalizar, si no lo ha hecho ya, la externalización del cuidado fuera del ámbito familiar como una opción deseable en los países de cultura y tradición familiarista.

Se puede decir que, aunque la familia sigue siendo vista como el eje en torno al cual organizar las actividades relacionadas con el cuidado, el rol de los servicios públicos y/o privados se demanda y valora de una forma más positiva que en el pasado. La población española percibe que las familias son fundamentales para asegurar el bienestar de la población vulnerable, al mismo tiempo que se reclama una mayor presencia de los servicios públicos como agentes activos en la provisión de apoyo. Por tanto, el descenso de la predilección por el cuidado informal y el aumento de la deseabilidad del cuidado informal confirman una preferencia latente por fórmulas de apoyo compartidas que alivien la carga que actualmente tienen los y las cuidadoras informales. Aunque el modelo de cuidado en España sea de tipo sustitutorio a efectos prácticos, en términos ideales se prefiere un modelo que combine la solidaridad entre generaciones con ayudas externas, que permita a los cuidadores informales compaginar su vida personal y/o profesional con el cuidado y, a su vez, respete la autonomía e independencia de las personas cuidadas.

Las limitaciones que presenta esta investigación se derivan fundamentalmente de la

forma en que se registra la información sobre preferencias. Al no tratarse de preguntas pensadas para realizar series temporales, la etiqueta de las categorías se ha modificado ligeramente con el paso de los años, dificultando la comparabilidad entre encuestas. En este sentido, el que las siete primeras categorías de respuesta aludan a figuras de cuidado informales (parientes y miembros de la red social) puede inclinar la opinión de la persona entrevistada en favor de este tipo de cuidadores. A esto hay que sumar el sesgo de *deseabilidad social*. El alto grado de solidaridad normativa de la sociedad española puede empujar a declarar como más deseables formas familiares de cuidado, sobre todo entre quienes han arraigado con más fuerza los valores tradicionales (personas mayores, población rural, etc.). Otra de las limitaciones es que mucha de la información potencialmente explicativa de las preferencias no es registrada por este tipo de encuestas de opinión. La falta de datos clave para entender cómo se construyen las preferencias; estado de salud, normas y valores religiosos o políticos, experiencia propia del cuidado, etc., impide análisis explicativos más exhaustivos. Por ejemplo, la influencia de las creencias religiosas no pudo considerarse en este análisis a pesar de su importancia (Gans, Silverstein y Lowenstein, 2009), al estar registrada en 2009 pero no en 1997. Sería necesaria, además, una actualización de los datos disponibles, ya que la última encuesta con preguntas sobre preferencias data de 2009. La coyuntura política y económica del país en los últimos años obliga a renovar esa información para poder analizar hasta qué punto la crisis económica y los recortes en materia de protección social están afectando la visión de la población sobre quién preferiría que le ayudase en caso de presentar limitaciones para la realización de actividades diarias.

Ya se mencionó en la introducción que las preferencias hacia una u otra forma de cuidado varían en función de la situación que

provoque la demanda de apoyo. Estudios previos señalaron que la asistencia en la realización de las actividades diarias (vestirse, bañarse, salir a la calle, etc.) era considerada como una tarea propia de la familia (Bazo, 2002), favoreciendo la inclinación hacia el tipo de cuidado informal. Sería importante realizar análisis similares aplicados a otros tipos de apoyo, como el económico o el derivado de la aparición de enfermedades crónicas, para comprobar si también en esos ámbitos se está produciendo un proceso de «desfamiliarización» de las preferencias.

En resumen, y en la línea de lo expresado por Puga *et al.* (2006), Bazo (2008) o Tobío (2013), los resultados de esta investigación apuntan más a una transformación del imaginario sobre el papel de la red de parentesco que a un debilitamiento de su importancia, ya que ni la familia ha desaparecido como figura central en las dinámicas de apoyo ni tiene visos de hacerlo. Lo que sí se confirma es un cambio en las creencias y actitudes de la población hacia los actores participantes en dichas dinámicas. El deseo de contar con apoyos fuera del ámbito familiar que cubran buena parte de las necesidades de la población dependiente, sobre todo entre las mujeres y las personas de mediana edad, es decir, los cuidadores actuales, es un síntoma claro de esa transformación.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán García, Antonio; Esparza Catalán, Cecilia y Pérez Díaz, Julio (2011). «Evolución y estructura de la población en situación de dependencia». *Cuadernos de Relaciones laborales*, 29(1): 43-67. doi: 10.5209/rev_CRLA.2011.v29.n1.2.
- Andersson, Agneta; Levin, Lars-Åke y Emtinger, Bengt Goran (2002). «The Economic Burden of Informal Care». *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18(01): 46-54.
- Arriba, Ana; Calzada, Inés y Pino, Eloísa del (2006). *Las actitudes de los españoles hacia el Estado de Bienestar: (1985-2005)*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

- Bazo, María Teresa (2002). «Dar y recibir: Análisis comparativo de las prácticas de intercambio entre generaciones, preferencias y valores en las familias españolas». *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 45: 55-65.
- Bazo, María Teresa (2008). «Personas mayores y solidaridad familiar». *Política y Sociedad*, 45(2): 73-86.
- Beck, Ulrich (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. New York: Sage.
- Cebrián, Inmaculada y Moreno, Gloria (2008). «La situación de las mujeres en el mercado de trabajo español: desajustes y retos». *Economía Industrial*, 367: 121-137.
- Dieleman, Frans M. (2001). «Modeling Residential Mobility: A Review of Recent Trends in Research». *Journal of Housing and the Built Environment*, 16 (3): 249-265. doi: 10.1023/A:1012515709292.
- Durkheim, Émile (2008). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Madrid: Alianza.
- Farr, Robert M. (1983). «Escuelas europeas de Psicología social: la investigación de representaciones sociales en Francia». *Revista Mexicana de Sociología*, 45(2): 641-658.
- Fernández Alonso, Mercedes (2012). «Social Support Networks in Spain: The Factors that Determine Models of Choice». *International Sociology*, 27(3): 384-402.
- Fernández-Carro, Celia (2016). «Ageing at Home, Co-residence or Institutionalisation? Preferred Care and Residential Arrangements of Older Adults in Spain». *Ageing and Society*, 36(3): 586-612. doi: 10.1017/S0144686X1400138X.
- Fokkema, Tineke; ter Bekke, Susan y Dykstra, Pearl (2008). *Solidarity between Parents and their Adult Children in Europe* (vol. 76). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Gans, Daphne; Silverstein, Merrill y Lowenstein, Ariela (2009). «Do Religious Children Care more and Provide more Care for Older Parents? A Study of Filial Norms and Behaviors across Five Nations». *Journal of Comparative Family Studies*, 40(2): 187-201.
- García Calvente, Mar; Río Lozano, María del y Marcos-Marcos, Jorge (2011). «Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España». *Gaceta Sanitaria*, 25(2): 100-107. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.09.006.
- García Sainz, Cristina (2010). «Políticas públicas y distribución del trabajo por género». En: Here-
dero, C. (ed.). *Observatorio de Igualdad de Género*. Madrid: Fundación Sindical de Estudios.
- Gómez Redondo, Rosa y Fernández-Carro, Celia (2015). «Personas mayores, Discapacidad y Dependencia». *Informe 2014, Las Personas Mayores en España*. Madrid: Colección Documentos Estadísticos, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Gomila, María Antonia (2011). «Las relaciones intergeneracionales en el marco de la familia contemporánea: cambios y continuidades en transición hacia una nueva concepción de la familia». *Historia Contemporánea*, 31: 505-542.
- González Rey, Fernando (2008). «Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales». *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 4(2): 224-243.
- Hank, Karsten (2007). «Proximity and Contacts between Older Persons and their Children: A European Comparison». *Journal of Marriage and the Family*, 69(1): 157-173. doi: 10.1111/j.1741-3737.2006.00351.x.
- Isengard, Bettina y Szydlik, Marc (2012). «Living Apart (or) Together? Coresidence of Elderly Parents and their Adult Children in Europe». *Research on Ageing*, 34(4): 449-474. doi:10.1177/0164027511428455.
- Katz, Ruth; Daatland, Svein Olaf; Lowenstein, Ariela; Bazo, María Teresa; Ancizu, Iciar; Herlofson, Katharina; Mehlhaussen-Hassoen, D. y Prilutzky, D. (2003). «Family Norms and Preferences in Intergenerational Relations». En: Bengtson, V. L. y Lowenstein, A. (eds.). *Global Ageing and Challenges to Families*. New York: Aldine de Gruyter.
- Katz, Ruth; Gur-Yaish, Nurit y Lowenstein, Ariela (2010). «Motivation to Provide Help to Older Parents in Norway, Spain, and Israel». *The International Journal of Aging and Human Development*, 71(4): 283-303.
- Lowenstein, Ariela y Daatland, Svein Olaf (2006). «Filial Norms and Family Support in a Comparative Cross-national Context: Evidences from the OASIS study». *Ageing and Society*, 26: 203-233.
- Martín Palomo, María Teresa (2008). «Los cuidados y las mujeres en las familias». *Política y Sociedad*, 45(2): 29-47.
- Mateo Pérez, Miguel Ángel (2000). «Problemas para la comparación con encuestas de opinión pública». *Psicothema*, 12(2): 3737-376.

- Meil, Gerardo (2011). *Solidaridad e Individualización Familiar* (vol. 32). Barcelona: Obra Social. Fundación «La Caixa».
- Mora, Martín (2002). «La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici». *Athenea Digital*, 2: 1-25.
- Moscovici, Serge (2001). *Social Representations: Essays in Social Psychology*. New York: New York University Press.
- Naldini, Manuela (2013). *The Family in the Mediterranean Welfare States*. London: Frank Cass.
- ONU (2002). «Second World Assembly of Ageing. Political declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing». Madrid: Organización de las Naciones Unidas.
- Paniagua-Mazorra, Ángel (2008). «La individualización del mundo rural: dimensiones analíticas para ¿un concepto generalizable?». *Economía, Sociedad y Territorio*, 8(27): 639-659.
- Pino, Eloisa del (2007). «Las actitudes de los españoles hacia la reforma del Estado de Bienestar». *Política y Sociedad*, 44: 185-208.
- Puga, María Dolores; Abellán García, Antonio y Sancho Castiello, Teresa (2006). «Mayores y familia en la sociedad actual». *Informe España*. Madrid: Fundación Encuentros, pp. 263-333.
- Quilodrán, Julieta y Puga, Dolores (2011). «Nuevas familias y apoyos en la vejez: escenarios posibles en México y España». *Revista Latinoamericana de Población*, 8: 63-85.
- Ranci, Costanzo y Pavolini, Emmanuelle (2013). «Institutional Change in Long-term Care: Actors, Mechanisms and Impacts». En: Pavolini, E. y Ranci, C. (eds.). *Reforms in Long-term Care Policies in Europe*. New York: Springer.
- Rateau, Patrick, y Lo Monaco, Gregory (2013). «La Teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y método». *CES Psicología*, 6(1): 22-42.
- Rogero García, Jesús (2009). «Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia». *Revista Española de Salud Pública*, 83(3): 393-405.
- Rogero García, Jesús (2010). *Los Tiempos del Cuidado: El Impacto de la Dependencia de los Mayores en la Vida Cotidiana de sus Cuidadores*. Madrid: IMSERSO.
- Rogero García, Jesús; Prieto-Flores, María Eugenia y Rosenberg, Mark W. (2008). «Health Services Use by Older People with Disabilities in Spain: Do Formal and Informal Care Matter?». *Ageing and Society*, 28(7): 959-978.
- Sánchez Vera, Pedro y Bote Díaz, Marcos (2009). «Familismo y cambio social. El caso de España». *Sociologías*, 11(21): 122-149.
- Serrano, Juan P.; Latorre, Jose M. y Gatz, Margaret (2014). «Spain: Promoting the Welfare of Older Adults in the Context of Population Aging». *The Gerontologist*, 54(5): 733-740.
- Spijker, Jeroen y Zueras, Pilar (2016). «El cuidado a los mayores en un contexto de envejecimiento y cambio social, político y económico». *Panorama Social*, 1 23: 109-124.
- Tobío, Constanza (2008). «Redes familiares, género y política social en España y Francia». *Política y Sociedad*, 45(2): 87-104.
- Tobío, Constanza (2013). «Estado y familia en el cuidado de las personas: Sustitución o complemento». *Cuadernos de Relaciones Laborales* 31:17-38.
- Tobío, Constanza; Agulló, María Silveria; Gómez, María Victoria y Martín-Palomo, María Teresa (2010). *El Cuidado de las Personas. Un Reto para el Siglo XXI*. Barcelona: Obra Social, Fundación «La Caixa».
- Warren, Caleb; McGraw, A. Peter y Boven, Leaf van (2011). «Values and Preferences: Defining Preference Construction». *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 2(2): 193-205.
- Zajonc, Robert B. (1980). «Feeling and Thinking — Preferences Need No Inferences». *American Psychologist*, 35: 151-175.

RECEPCIÓN: 18/04/2017

REVISIÓN: 14/06/2017

APROBACIÓN: 14/12/2017