

IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile, 2001.

Características Sociodemográficas de los Cuidadores de Ancianos.

Mercedes Zavala Gutiérrez., Manuel Castro Salas. y Daisy Vidal Gutiérrez.

Cita:

Mercedes Zavala Gutiérrez., Manuel Castro Salas. y Daisy Vidal Gutiérrez. (2001). *Características Sociodemográficas de los Cuidadores de Ancianos. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/iv.congreso.chileno.de.antropologia/68>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ef8V/uxo>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Características Sociodemográficas de los Cuidadores de Ancianos

Mercedes Zavala Gutiérrez, Manuel Castro Salas y Daisy Vidal Gutiérrez

Características sociodemográficas de los cuidadores de ancianos

Una de las preocupaciones de las sociedades modernas es la vejez, producida por la evolución que éstas han experimentado producto de los rápidos avances y descubrimientos tecnológicos y científicos. El envejecimiento de la población se refiere al aumento cada vez mayor de los fenómenos de baja natalidad y baja mortalidad. Actualmente en el mundo existen 310 millones de ancianos; esta población envejecida se asocia con los países más industrializados de Europa y América, donde una quinta parte de ella tiene más de 60 años. En América Latina y el Caribe, más de 32 millones de personas tienen, por lo menos, 60 años de edad, aumentando considerablemente su tasa anual en comparación a la población mundial. (Celade, 1990).

Un condicionamiento importante de este envejecimiento paulatino de la población ha sido el aumento de la esperanza de vida, donde cada vez una mayor proporción de población alcanza edades avanzadas, producto de un desarrollo que ha permitido generar nuevas técnicas en salud pública, así como de un importante avance en la medicina. Sin perjuicio de lo anterior, es importante señalar que la expectativa de vida apunta a las características demográficas de una población, en términos de años de vida alcanzados por una persona, pero no se relaciona con las características psicológicas de ésta. Esto adquiere especial relevancia si se considera que la cantidad de años que una persona vive no siempre es proporcional a su calidad de vida, la que depende en gran medida de su adaptación a los cambios que experimenta la adultez mayor.

La vejez no es una enfermedad, sino una etapa evolutiva de la vida. La mayoría de las personas de 60 años y más están en buenas condiciones físicas y su salud es buena, pero al envejecer pierden la capacidad de recuperarse de las enfermedades en forma rápida y

completa, y se vuelven más propensas a necesitar ayuda para su cuidado personal.

La OPS ha definido el estado de salud de los que envejecen no en términos de déficit ni de ausencia de enfermedad, sino como la mantención de la capacidad funcional. Desde esta perspectiva estudios realizados aplicando un indicador de autonomía funcional en Chile dio como resultado que: el 66.7% de la población encuestada fue definida como funcionalmente sana, un 30% funcionalmente frágil y un 3.3% dependiente. El aumento del número de ancianos aumenta también el grupo de dependientes y frágiles, situación muy asociada a la realidad económica y social de éstos.

Concordante con lo anterior, Chile se encuentra en un proceso de envejecimiento poblacional paulatino, pero sostenido, lo que se traduce en que hacia el año 1992, el 9.8% del total de la población del país estaba compuesta por personas de 60 años y más, esto es 1.305.557 personas, proyectándose un 16% para el año 2025, con una población superior a los 3 millones (Censo de Población y Vivienda, 1992). En la actualidad, el universo de adultos mayores esta conformado por una población total de 1.529.136 personas, de éstos, 866.684 son mujeres y 662.452 son varones (Mideplan, 1998).

El envejecimiento de la población se observa también al interior de la población adulta mayor. Las cifras indican que mientras en la década del cincuenta cerca del 64% de los mayores de 60 años se encontraba en el segmento etéreo de 60 a 69 años, para el 2025 esta cifra habrá disminuido al 57%, mientras que el porcentaje de los mayores de 80 años dentro del total de adultos mayores se habrá casi duplicado, pasando de 6,8% en 1950 a 12% en el año 2025 (CELADE, 1990).

El envejecimiento concebido como un proceso que experimentan los individuos se puede enfocar desde un aspecto biológico o desde un punto de vista social. El envejecimiento biológico aumenta el riesgo de enfermedades crónicas, como: las cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias crónicas, reumatismo, cáncer, diabetes y demencias.

Por otro lado, las características de la sociedad condicionan tanto el promedio de años de las personas, como su calidad de vida durante la vejez. Así, autores como Chawla afirma que "los ancianos no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que a menudo lo son debido a la forma en que se les categoriza socialmente y a las presiones sociales que se ejercen sobre ellos. (Barros. C, 1994).

Como consecuencia de esto, a medida que aumente el número de personas mayores y la edad de los individuos, especialmente la de los mayores de 75 años, las demandas por asistencia sanitaria, hospitalizaciones o cuidados domiciliarios irán en aumento, como también la necesidad de dar solución problemas sociales, de pensiones y vivienda.

La preocupación por los problemas y demandas de los ancianos es nueva en Chile y en los países de América Latina y el Caribe, sólo comienza en los años 80 cuando se incluyen en las agendas de discusión política, aquellos aspectos relativos al envejecimiento y sus consecuencias (OPS, 1994). Los consensos logrados en la definición de políticas van orientados a un cambio en la concepción de la vejez, considerando a ésta como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de la autorrealización.

Así, la planificación y distribución de los servicios para los ancianos debe dar respuesta a sus necesidades específicas, e idealmente el sistema de servicios debe incluir "servicios para el anciano relativamente sano e independiente, servicios para aquellos que experimentan limitaciones y requieren apoyos, servicios para aquellos cuyas necesidades requieren cuidado institucionalizado" (O.P.S., 1994).

No todos los países están en condiciones de entregar los servicios antes descritos, ni absorber la demanda de atención de su población anciana y a menudo las políticas y programas se transforman en declaraciones formales de intenciones, antes que la puesta en marcha de éstos.

Así entonces, el cuidado de los ancianos, la solución a sus problemas cotidianos y la satisfacción de sus necesidades en situaciones de crisis o riesgos se definen como responsabilidades propias del individuo o en su defecto de su familia.

A pesar de la creencia común de que el anciano en la sociedad contemporánea ha sido abandonado por su familia, las investigaciones en todo el mundo indican lo contrario. La familia sigue siendo la principal fuente de sostén para los adultos de edad avanzada, y no sólo la

principal fuente de apoyo, sino la preferida por los ancianos y a la que acuden generalmente en primera instancia (O.P.S., 1994).

La familia del anciano, particularmente los hijos y cónyuges, proveen asistencia tanto en ocasiones del diario vivir como en momentos de crisis. La familia brinda apoyo de tipo social, funcional, económico o material, y afectivo. Esta asistencia toma formas tales como la ayuda en tareas domésticas, de aseo y otras actividades de la vida diaria, la compañía y el apoyo afectivo en tiempos normales y de crisis, el transporte o el acompañamiento a diversos lugares, el suministro de información, la provisión de artículos o servicios necesarios para el diario vivir, al igual que de medicamentos, asistencia en caso de enfermedad, e inclusive asistencia económica. El tipo y la cantidad de ayuda recibida de los hijos esta asociada a factores como la proximidad residencial, el estado civil, la salud y necesidades del anciano, el ingreso económico de los padres de edad avanzada y de sus hijos adultos, los lazos afectivos y el sexo de los hijos. (Sánchez, 1994).

Tradicionalmente la familia ha desempeñado un importante rol en el restablecimiento y mantenimiento de la salud y en el bienestar de sus miembros; así como en la prevención de complicaciones y problemas de los que presentan alguna dependencia, es la propia familia y dentro de ella, principalmente son las mujeres quienes asumen la mayoría de los cuidados que requieren sus integrantes enfermos, ancianos y dependientes. (Escudero, 2001).

Por el alto costo de la atención que requieren las personas dependientes y la imposibilidad de los servicios asistenciales de atender todas las demandas de éstos, éste queda en manos de sus cuidadores familiares o informales como se les denomina en países con mayor población de ancianos: España, Canadá, Israel.

Se entiende entonces, por cuidador informal a la persona, familiar o no, que proporciona la mayor parte de los cuidados y apoyo diario a quien padece una enfermedad o requiere ayuda para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin percibir remuneración económica por ello. (Escudero, 2001)

En Chile, la preocupación por los cuidadores de ancianos es reciente. Las experiencias de trabajo con cuidadores que se conocen hasta el momento han sido experiencias aisladas, impulsadas por organizaciones no gubernamentales y universidades, no existiendo una política gubernamental específica desde el nivel central. A su vez, esta escasa preocupación por los cuidadores se refleja en la carencia de estudios y bi-

biografía a nivel nacional. Si bien es cierto, ha existido una preocupación por el adulto mayor, ésta está enfocada prioritariamente hacia el individuo para mantenerlo activo y funcional, pero no se ha propuesto un trabajo orientado hacia los ancianos con enfermedades crónicas dependientes y sus cuidadores. Así, tampoco se han estudiado las necesidades de los cuidadores.

Se puede destacar que las organizaciones que han logrado un mayor y sistemático desarrollo lo constituyen las agrupaciones de familiares de pacientes con demencias y Alzheimer, debido al alto costo económico y al curso progresivo e invalidante de estas enfermedades que ha obligado a preparar a los familiares para dar una mejor atención a los pacientes y contribuir a mejorar la calidad de vida de los cuidadores. En la actualidad se encuentran funcionando como Corporación Alzheimer en Santiago y Concepción.

Otros estudios indican que en el caso de los varones ancianos, menores de 80 años, es generalmente la esposa quien provee la mayor parte de la asistencia necesaria. La ayuda que los cónyuges de edad avanzada se ofrecen mutuamente no ha sido tan estudiada como la que brindan los hijos adultos a sus padres ancianos.

No obstante, los datos indican que los hombres son más apoyados por sus esposas que a la inversa. Esta pauta bien puede estar asociada al hecho de que hay más ancianas viudas que ancianos viudos. Además, la mujer, por lo general tendía a casarse con un hombre mayor que ella, lo que ha afectado las pautas de independencia o de discapacidad. También las nociones culturales acerca de los roles masculinos y femeninos, particularmente en América Latina pueden estar influyendo sobre esta responsabilidad. En el caso de mujeres mayores de 60 años y el de hombres mayores de 75, se ha encontrado que son las hijas quienes proveen el principal sostén tanto en las actividades cotidianas como durante la enfermedad u otros momentos de crisis. (O.P.S., 1994).

Las relaciones de apoyo que se dan entre los ancianos y sus familias están basadas principalmente en orientaciones valorativas sobre la unidad familiar y la interdependencia. Las redes de sostén familiar se extienden en muchos casos más allá de sus familias de orientación (padres y hermanos) y de procreación (cónyuge e hijos). La familia comprende parientes consanguíneos y políticos, al igual que parientes por adopción formal o informal. El apoyo que se espera de los familiares y el grado de obligación en cuanto a brindar asistencia va-

rían de acuerdo con las distinciones que se hacen acerca de quienes integran la red familiar.

Generalmente se espera más de los consanguíneos que de los parientes políticos. Por lo común las relaciones entre los consanguíneos son más informales y frecuentes que las mantenidas con personas vinculadas a partir de lazos matrimoniales. Entre los parientes consanguíneos existen gradaciones en términos del intercambio de apoyo; se espera que éste siga un orden que atañe en primer lugar a hijos, hermanos y nietos, y luego sobrinos y demás familiares. (Sánchez, 1994).

La ayuda recibida de los hijos se conceptúa desde la perspectiva de una reciprocidad esperada. Se percibe que los hijos tienen una responsabilidad para con sus padres que se basa principalmente en dos aspectos: la retribución de la crianza brindada en su momento con los progenitores y el amor filial. La interdependencia también implica que el adulto de edad avanzada ayuda a sus hijos en la medida de sus posibilidades.

Investigaciones realizadas

Con el auspicio de la Universidad de Concepción se han realizado estudios que tienen relación con "Las Redes de Apoyo de los Pacientes con Alzheimer", "El Significado del Paciente con Alzheimer" para su cuidador y recientemente, una investigación sobre "Funcionamiento Social de los Ancianos desde su Perspectiva y la del Cuidador".

- En la investigación sobre "Redes de Apoyo Social para los Pacientes con Alzheimer" se entrevistaron un total de 70 familias de áreas urbana y rural, donde se encontró que el 83% del cuidado de los pacientes es proporcionado por familiares y el 93% de los cuidadores no tienen información de la existencia de apoyos comunitarios. El 90% de las instituciones sociales y de salud no atienden a personas con demencias y en los hogares o casas de reposo que atienden a alguno de estos pacientes, el personal no está debidamente capacitado.

El perfil de los cuidadores de pacientes con alzheimer se detalla en las tablas que se presentan a continuación:

Tabla Nº1
"Sexo del cuidador"

Sexo del Cuidador	Nº	%
Femenino	59	84.3
Masculino	11	15.7
Total	70	100

Fuente: Estudio Redes de Apoyo Médico-Social" realizado con Grants de la O.M.S., FONDECYT (Nº 1950861) y de la Dirección de Investigación de la Universidad de Concepción-Chile (Nº 958714-1.4). 1996. -

Tabla Nº 2
"Relación del cuidador con el Paciente"

Tipo de Relación	nº	%
Hijo - Hija	45	64.3
Esposo - Esposa	11	15.7
Hermano (a)	2	2.9
Otros	14	17.1
Total	70	100

Fuente: Idem tabla 1.

Tabla Nº3
"Residencia del cuidador "

Residencia	nº	%
Rural (Quillón)	30	42.9
Urbana (Concepción)	40	57.1
Total	70	100

Fuente: Idem tabla 1.

En los resultados presentados se puede identificar que los cuidadores de los pacientes con Alzheimer son principalmente familiares (hijo-a, esposo-a, hermano-a) y de sexo femenino. El 100% de ellos viven con el paciente. En esta investigación se trabajó con un grupo de pacientes del área rural y otra urbana, en ambas las características de los cuidadores son similares.

- Respecto de la investigación sobre "El Significado del Paciente para el Cuidador", que se realizó con la misma población antes descrita, se pudieron establecer cuatro categorías como se refleja en la tabla siguiente.

Tabla Nº4
"Significado para el Cuidador del Enfermo de Alzheimer"

Significado del paciente	nº	%
Ser que necesita ayuda	41	58.6
Es un enfermo y una carga para ellos	15	21.4
Es un familiar y es su responsabilidad	11	15.7
Es un trabajo por el que se le paga	3	4.3
Total	70	100

Fuente: Idem tabla 1.

El análisis de las respuestas diferenciadas por área urbana y rural, permitió establecer que existen diferencias importantes en el significado del paciente para el cuidador urbano y rural: En el área rural destaca primordialmente el significado afectivo que los une al paciente y el reconocimiento que se le da a la familia como principal agente dador de cuidado. En el área urbana sienten mayoritariamente el cuidado como una obligación, y que el cuidar limita la satisfacción de sus necesidades personales; en la mayoría de los cuidadores se puede percibir la alta carga y desgaste emocional que implica la aceptación y el cuidado del paciente. Consultados en general, acerca de lo que significa el paciente para el cuidador, se concluyó que: para el 58.6% el paciente era "un ser que necesita ayuda", el 15.7% responde que es "un familiar y es su obligación cuidarlo"; el 21.4% respondió que era "un enfermo y una carga para ellos".

•La Investigación sobre Funcionamiento Social del Anciano se realizó con 300 ancianos y sus cuidadores en la comuna de Concepción y la muestra se tomó de los inscritos en el Programa del Adulto Mayor de cinco consultorios urbanos municipales. El perfil de estos cuidadores se refleja en las tablas siguientes:

Tabla 5
VARIABLES DEMOGRÁFICAS: SEXO, EDAD DEL CUIDADOR

VARIABLES DEMOGRÁFICAS	Fi	%
Sexo:		
- Femenino	225	75
- Masculino	75	25
- Edad:		
- 19 - 29 años	23	7.6
- 30 - 39 años	45	15
- 40 - 49 años	61	20.3
- 50 - 59 años	43	14.3
- 60 - 69 años	66	22
- 70 - 79 años	75	15
- 80 y más	17	5.6
Situación Civil		
- Soltero	78	26
- Casado	189	63
- Conviviente	3	1
- Viudo	13	4.3
- Separado	12	4
- No contesta	5	1.6

Fuente: Trabajo descriptivo que forma parte del Estudio Redes de Apoyo Médico-Social" realizado con Grants de la O.M.S., FONDECYT (Nº 1950861) y de la Dirección de Investigación de la Universidad de Concepción-Chile (Nº 958714-1.4).

Tabla 6
"ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR "

ESCOLARIDAD	Fi	%
- Sin Escolaridad	15	5
- Ens. Básica Incompleta	102	34
- Ens. Básica Completa	31	10.3
- Ens. Media Incompleta	50	16.6
- Ens. Media Completa	54	18
- Ens. Superior Incompleta	9	3
- Ens. Superior Completa	15	5
- Ens. Téc. Prof. Incompleta	17	5.6
- Ens. Téc. Prof. Completa	3	1
- No Responde	4	1.3
Total	300	100

Fuente: Idem tabla 5

Respecto a la relación que mantiene el cuidador con el anciano y al tiempo que se dedica al cuidado se presentan a continuación tabla 3 y 4:

Tabla 7
Tipo de Relación del cuidador con el anciano

Tipo de Relación	Fi	%
Esposo (a)	112	37.3
Hijo (a)	125	41.6
Yerno - Nuera	16	5.3
Nieto (a)	13	4.3
Otro Familiar	19	6.3
Cuidador remunerado	1	0.3
Vecino	1	0.3
Amigo	6	2
No responde	7	2.3
Total	300	100

Fuente: Idem tabla 5

Tabla 8
Tiempo que dedica el cuidador al cuidado del Anciano

Tiempo que dedica	Fi	%
- Vive con él	221	73.6
- Todo el día (10-12 hrs.)	34	11.3
- Durante el día (7-9 hrs.)	4	1.3
- Seis horas y menos en el día	14	4.6
- Sólo por la noche	8	2.6
- Una-dos veces a la semana	10	3.3
- Otros	4	1.3
- No responde	5	1.6
Total	300	100

Fuente: Idem tabla 5

Según los resultados presentados, los cuidadores urbanos de ancianos funcionales mantienen un perfil similar al ya indicado para cuidadores de pacientes con Alzheimer, respecto de: sexo, relación con el cuidador y tiempo de permanencia. Además, en este estudio se identifica que la edad media de los cuidadores está entre 40 y 49 años, destacando un 5% de ellos que son mayores de 80 años. La mayoría de ellos son casados (63%), solteros un 26%. En relación a la escolaridad el 34% de éstos cuidadores tienen enseñanza básica incompleta, sólo un 5% tienen enseñanza superior completa.

Resultados y Discusión

El perfil de los cuidadores encontrado se puede tipificar como sigue:

- Entre el 75% y 84% son mujeres; 83% al 94% familiares que viven con el anciano; el 90% de ellos son mayores de 40 años, destacándose un 5% de cuidadores mayores de 80; la mayoría no realiza trabajos remunerados fuera del hogar.

Estos resultados son muy semejantes a lo descrito en la literatura revisada de España donde un estudio de imerso-sis destaca que el 86.5% de los cuidados que necesitan las personas dependientes son prestados por el apoyo informal. La edad media de los cuidadores es de 45 a 69 años, el 76% de ellos son casados. Se destaca que los hijos(a) son los cuidadores principales, seguidos por los cónyuges.

La mayor parte de los cuidadores(as) no tienen actividad laboral (amas de casa, jubilados, cesantes). La intensidad de la ayuda prestada, se produce a diario en más de la mitad de los casos. (Sancho, 2001).

En otro estudio familiar español, se destaca que el 85% de los cuidadores principales son mujeres y que el 28% de ellos son mayores de 65 años y el orden de los familiares que prestan cuidados es, 1º el o la cónyuge, en 2º término hijas y en tercer lugar nueras. (Dueñas, 2001).

El perfil anteriormente descrito revela que el cuidado del anciano en Chile, tanto en el área urbana como rural recae primordialmente en las mujeres, sean o no consanguíneos. La familia, al igual que en otros países latinoamericanos sigue siendo aún el principal apoyo de los ancianos.

- En estas investigaciones se ha identificado que los cuidadores enfrentan una gran carga emocional y física y no han recibido ninguna información ni preparación respecto del como cuidar a sus familiares ancianos y/o con Alzheimer.
- Aún cuando estos estudios fueron realizados con muestras pequeñas revelan una condición de cuidadores ampliamente congruente con los estudios de otros países, pero a su vez muestran la escasa preocupación del Estado por los adultos mayores crónicos dependientes y sus cuidadores.
- De los trabajos, experiencias y literatura revisada se pueden realizar los siguientes comentarios:
 - Los ancianos requieren una atención especial, entre otras razones, porque consumirán una elevada proporción de recursos sa-

nitarios, debido tanto a la pérdida de sus capacidades físicas, económicas, de relación y culturales, como a los cambios en la estructura familiar, que favorecen situaciones de aislamiento y soledad.

- Se hace necesario diseñar programas de atención al anciano crónicamente incapacitado con el objeto de fomentar y proteger su salud, promoviendo su autonomía personal y familiar. Este tipo de asistencia debería ser de carácter preventivo, integral y continuado. Así también, se estima que la atención domiciliaria es uno de los mejores medios para establecer estrategias que disminuyen los riesgos de institucionalización del anciano.
- Una línea de trabajo para el futuro, aún no lo suficientemente explotada, será desarrollar acciones conjuntas de grupos de familias de pacientes incapacitados, con el objetivo de promover la educación sanitaria hacia el autocuidado y el apoyo psicosocial de éstas.
- Es una tarea pendiente continuar estudiando la situación de los cuidadores para identificar sus particulares necesidades, de acuerdo a sus características sociodemográficas, de tal forma que se pueda dar respuesta a sus requerimientos, así como para contribuir a guiar el trabajo que realizan los equipos de salud y poder sugerir cambios en las políticas dirigidas a este grupo de edad.

Bibliografía

- 1.- Amezcua, M. et Al : (1996) Cuidadores Familiares: su influencia sobre la autonomía del anciano incapacitado . Enfermería Clínica, vol.6 ,núm. 6. Págs 233-240.
- 2.- Barros , Carmen : (1994). Apoyo Social y Bienestar del Adulto Mayor. Publicación proyecto Fondecyt N° 0843/92.
- 3.- Escudero, B et Al : (2001). Cuidadores Informales: necesidades y ayudas. Revista Rol de Enfermería, vol 24 N° 3 Págs 183-189.
- 4.- Dueñas ,Nicolás: (2001) . El valor del Domicilio como recurso para la Salud.. Gerokomos, vol.12 N° 2 pág 71-76.
- 5.- Klaasen, G. et Al: (1998). Redes de Apoyo Médico-Sociales para pacientes con Demencias, comuna de Concepción y Quilón 1996. Cuadernos Médicos -Sociales vol XXXIX, N° 3-4 págs. 111-115.
- 6.- Mideplan: División Social (1999). Documento N° 10 Situación de los Adultos Mayores en Chile 1998. Santiago de Chile.

- 7.- O P S / O M S : (1994). La Atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa. Publicación científica Nº 546.
- 8.- Sánchez, M. (1994). "El Apoyo Social Informal". En O P S / O M S. La Atención de los Ancianos : un desafío para los años noventa. Publicación Científica Nº 546. (páginas 360- 367).
- 9.- Sancho C, María Teresa: (2001) El Anciano la Sociedad y la Familia. II Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica y Gerontológica . Guijón España.
- 10.- Vidal D. et Al: (1999). El Significado del Paciente con Demencia para el Cuidador en una Comunidad Urbana y Rural. Revista de Trabajo Social. Vol. 1 Nº 2, pág 8
- 11.- Zavala M. et Al (2001) .Funcionamiento Social del Adulto mayor. II Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Guijón España.

El Proceso de Envejecimiento Demográfico en España: Causas y Dimensiones

Juan Lopez Doblas*

El proceso de envejecimiento demográfico en España: Causas y dimensiones

El recién terminado siglo XX ha supuesto para España una profundísima transformación demográfica. Su población, que comenzaba la centuria anclada de lleno en un régimen primitivo, ha ido experimentando década a década un proceso de transición que la ha llevado a ser considerada en la actualidad una de las más modernas del mundo. Uno de los resultados más evidentes de esta nueva realidad demográfica es la tendencia cada vez más acusada hacia el envejecimiento poblacional. Es nuestra intención en el presente trabajo analizar las causas y el ritmo de evolución que ha seguido este fenómeno en el país.

Las cifras que iremos mostrando pretenden dar idea de la magnitud y la celeridad con que se ha producido el cambio demográfico en España. Conviene empezar señalando que en los albores del siglo XX la tasa bruta de natalidad se mantenía alrededor del 35 por mil, tasa que resultaba en aquel entonces bastante superior a la que registraban casi todas las naciones de Europa Occidental, en las cuales venía descendiendo desde mediados del XIX (Gil y Cabré, 1999). El mayor grado de religiosidad católica y el carácter más rural que definían a la población española, junto al retraso económico, motivaban esta situación (Bielza, 1989).

Ahora bien, nada más iniciarse el siglo la natalidad española emprende una clara trayectoria descendente, de manera que en el año 1914 su tasa se sitúa definitivamente por debajo del 30 por mil, acercándose con ello a los niveles occidentales europeos (Nadal, 1988). Durante los siguientes tres lustros la natalidad permanece oscilando dependiendo de las circunstancias por las que atraviesa el país: reducción de su valor a raíz de la epidemia de gripe de 1918; leve recuperación en los primeros años veinte gracias a la elevación coyuntural de la nupcialidad (Arango, 1987). Ha de considerarse que también por este tiempo se produce una notable disminución de la mortalidad infantil, así como un cierto desarrollo del proceso de industrialización español (Rodríguez Osuna, 1985).

El comienzo de los años treinta trae consigo una reducción de la natalidad mucho más intensa, como lo prueba el que en 1935 se registrase el nivel más reducido de cuanto se llevaba transcurrido de siglo: el 25,74 por mil. A pesar de ello, los valores occidentales continuaban siendo más bajos (Santos, 1988). Más tarde, en el decenio que va de 1936 a 1945, España atraviesa por una situación demográfica bastante irregular y atípica como consecuencia de la Guerra Civil -que se extendería entre los años 1936 y 1939- y de la durísima posguerra -que coincidiría con el desarrollo de la Segunda Guerra Mundial-. Habría de llegarse hasta mediados de los años cuarenta, en efecto, para que se recobre la normalidad.

* Universidad de Granada, España