

XXXII, II

REVISTA
de Demografía Histórica

2014

ADEHI



El impacto demográfico de las creencias. Una evaluación desde el siglo XVIII español

Fausto Dopico^a

Resumen

Las ciencias cognitivas otorgan una especial importancia al análisis de las creencias en el desarrollo de nuestra vida y nuestra salud. Habitualmente se ha atribuido la elevada mortalidad del antiguo régimen demográfico a factores económicos y sanitarios. En el presente artículo se muestra cómo estos son inseparables de una interpretación del mundo que postula la subordinación de la libertad individual a la conservación de las creencias y las costumbres tradicionales, la inferioridad de la mujer con respecto al hombre y el dualismo entre el espíritu y el cuerpo. Son conocidas las dificultades para *medir* los factores inconscientes, así como los culturales e institucionales; a través del siglo XVIII español se analizan las implicaciones demográficas del sistema cognitivo y sus variaciones territoriales. La organización socioeconómica de una comunidad se manifiesta de esta forma no sólo como una forma de resistencia. Los grupos sociales elaboran estrategias implícitas de defensa colectiva frente a la precaria supervivencia.

Palabras clave: Antiguo régimen demográfico, siglo XVIII, sistema de creencias, mortalidad, fecundidad, estructuras familiares, análisis demográfico.

The demographic impact of beliefs. An evaluation from eighteenth-century Spain

Abstract:

Cognitive sciences attach special importance to the analysis of beliefs in the development of our life and health. Usually, the high mortality of the old demographic regime has been attributed to economic and public health factors. In this article we show how these factors are inseparable from an interpretation of the world that enforces the subordination of individual freedom to preserve traditional beliefs and customs. And that supports, as well, the inferiority of

^a Universidade de Santiago de Compostela

women to men and the dualism between spirit and body. Throughout the eighteenth century Spain we discuss the demographic implications of this cognitive system and its regional variations. The socio-economic organization of a community is shown not only as a way of using the human and natural resources but also as an implicit strategy against the precarious survival.

Key words: Old demographic system, 18th century, cognitive system, mortality, fertility, family structures, demographic analysis.

L'impact démographique des croyances. Une évaluation de l'Espagne du XVIIIème siècle

Résumé

Les sciences cognitives attachent une importance particulière à l'analyse de l'importance des croyances dans le développement de notre vie et de notre santé. Habituellement attribué la forte mortalité de l'ancien régime démographique à des facteurs économiques et de santé. Cet article montre comment ceux-ci sont inséparables d'une interprétation du monde qui pose la subordination de l'individu à la conservation des croyances traditionnelles et la liberté individuelle, l'infériorité des femmes par rapport aux hommes et le dualisme entre l'esprit et le corps. Les difficultés à mesurer les facteurs inconscients ainsi que culturel et institutionnel son connues; à travers le dix-huitième siècle les implications du système cognitif sur les variables démographiques espagnoles et ses variations régionales sont analysés. L'organisation socio-économique d'une communauté se manifeste de cette manière non seulement comme une forme de résistance. Les groupes sociaux ont développé des stratégies de défense collective implicite contre la survie précaire.

Mots clés: Ancien Régime démographique, XVIIIe siècle, système de croyances, de mortalité, de fécondité et de structures familiales, analyse démographique.

INTRODUCCIÓN¹

¿Cómo puede evaluarse una visión del mundo? Los indicadores habitualmente utilizados para valorar el grado de desarrollo y calidad de vida de una sociedad, combinan índices de mortalidad, niveles educativos, co-

1 Mi agradecimiento a Pilar Freire, Abel Losada, Susana Martínez, Carmen Segura, Héctor Pérez Brignoli, María Xosé Rodríguez Galdo y a los evaluadores de la Revista, por sus valiosos comentarios, que me permitieron mejorar notablemente una primera versión de este artículo.

tas de cobertura sanitaria y producto interior bruto per cápita para la medición cuantitativa de algo que, sin embargo, es esencialmente cualitativo.

No todas las culturas aceptarían estos indicadores. Algunas sociedades pueden considerar la pobreza como algo encomiable, especialmente en las personas que realizan una función religiosa. También puede estimarse que la enseñanza reglada no proporciona una mayor sabiduría que el conocimiento del entorno próximo y la experiencia de la propia vida. La salud es, en cambio, un valor transcultural e intertemporal común a las distintas civilizaciones y a la totalidad de las personas.

En el ámbito socio-sanitario, salud y longevidad son conceptos bien diferentes, pero dadas las dificultades de cuantificar aquella, especialmente en sociedades poco desarrolladas, el análisis demográfico ha acudido a parámetros relacionados con la duración de la existencia. Los índices de mortalidad en la infancia y la esperanza de vida se nos aparecen como los mejores indicadores del nivel de bienestar de este tipo de sociedades, como síntesis de la evolución física y psicológica del organismo humano y de su reacción frente al entorno ecológico y cultural. La mortalidad en la infancia es muy sensible al estado de salud y la cultura de las madres y al contexto socioeconómico y ambiental; la esperanza de vida recoge aspectos referidos tanto a la coyuntura y a la evolución de las generaciones presentes como a los factores más estructurales relacionados con los modelos estables de comportamiento.

Este artículo quiere servirse de este análisis para entrar en el estudio del *inconsciente colectivo* de fines del denominado Antiguo Régimen desde la perspectiva actual del desarrollo de las ciencias cognitivas; las dificultades para medir este inconsciente no hacen olvidar su gran importancia en muchas esferas de la vida. Los apartados iniciales examinan cómo el sistema de creencias afecta a los factores psicológicos y biológicos responsables de los precarios niveles de salud. Posteriormente, se utilizan los contrastes regionales en los indicadores de mortalidad y su relación con los regímenes nupciales, postmatrimoniales y sucesorios para matizar las causas de las diferencias en un contexto de alta mortalidad.

1. ENFERMEDAD Y ECONOMÍA EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XVIII

La esperanza de vida es un indicador sintético que nos mide la duración media de la vida de una generación. Cuando estudiamos so-

ciudades con datos deficientes o de difícil agregación debemos acudir, para su determinación, a métodos indirectos. Este es el caso de las primeras estimaciones globales que tenemos para España, que se refieren a la segunda mitad del siglo XVIII. Pese a ser aproximaciones, los datos que tenemos son suficientemente expresivos. La esperanza de vida al nacimiento en la segunda mitad del siglo XVIII estaba en torno a los 28 años, si aceptamos los cálculos de Dopico y Rowland (1990)², y todavía menos si seguimos a Massimo Livi Bacci (1968), cerca de 27, o a Benito Cachinero (1985) que la sitúa en los 25 años.

Las enfermedades infecciosas eran las principales responsables de la corta duración de la vida y constituían una lacra permanente en la vida de las aldeas, pueblos y ciudades españolas. A la presencia de padecimientos como la difteria, el sarampión, la tos ferina y las fiebres tifoideas, se añade la especial incidencia de la viruela, el paludismo, el tifus y la fiebre amarilla (Pérez Moreda, 1980; Calleja Folguera, 1989).

El impacto de la mortalidad era especialmente intenso en la primera infancia. La cuarta parte de los niños morían antes de su primer aniversario, y otra cuarta parte de los que sobrevivían lo hacían antes del quinto. A partir de aquí el riesgo de muerte se atenúa: si un niño llegaba a alcanzar los cinco años viviría, por término medio, unos cuarenta y cinco años más³. La duración y tipo de lactancia, la cantidad y la calidad de la nutrición que complementa o sustituye a aquella, los cuidados de la madre y de sus familiares y las circunstancias climatológicas, ambientales y epidemiológicas del entorno próximo, son factores claves para explicar esta mortalidad y las importantes diferencias que, como luego veremos, se observan entre distintos lugares y regiones.

Algo más de la tercera parte de la mortalidad infantil, es decir, de la mortalidad antes de cumplir el primer año de vida, se debía a la mortalidad endógena (Pérez Moreda, 1980), como consecuencia de problemas relacionados con la vida fetal o el parto. Como señalan hoy numerosos estudios realizados desde diversos enfoques, la salud física y emocional de la madre durante el embarazo y las condiciones en que se desarrolla el parto son factores esenciales no sólo para explicar la

2 27,8 años en el caso de los hombres y 28,4 en el de las mujeres.

3 Estos cálculos se derivan de las tablas modelo de mortalidad modelo Sur de Coale y Demeny (1983) que se corresponden con las estimaciones de Dopico y Rowland (1990).

fragilidad de la supervivencia de los bebés, más desfavorable incluso en los hijos tardíos de mujeres casadas jóvenes y con numerosa descendencia previa, sino también la sobre mortalidad femenina durante el período de edad fértil. La alta mortalidad aparece así claramente asociada a un régimen de elevada fecundidad.

Muchos eran los habitantes que no eran visitados por un médico a lo largo de su existencia, pero estos tampoco podían hacer mucho por salvar su vida en el caso de enfermedades agudas. Estudios como el de Delfín García Guerra (1983) sobre el Hospital Real de Santiago de Compostela en la Edad Moderna, una institución relativamente privilegiada por los medios con que contaba, ponen de manifiesto que los hospitales y centros de acogida posiblemente contribuían más a la propagación de las enfermedades que a su curación.

La tradición hipocrático-galénica explicaba la enfermedad como una combinación de factores ambientales y de una ruptura interna del individuo, algo que, en términos muy generales, no se encuentra muy lejos de algunas interpretaciones actuales. Sin embargo, los cimientos de la microbiología no fueron puestos por el pensamiento científico hasta el último tercio del siglo XIX, por lo que las causas biológicas de la mayoría de las dolencias se ignoraban.

Tanto los médicos, cirujanos, farmacéuticos y comadronas como los curanderos y otras personas que atendían a los enfermos, desconocían la etiología de la mayoría de las enfermedades. Se carecía de una política preventiva eficaz y no se disponía de una terapéutica y una tecnología adecuada para su tratamiento. La valoración que hacía la gente corriente de los médicos no era tampoco muy elevada; con frecuencia desconfiaban de sus remedios y en alguna ocasión llegaban a acusarlos de provocar y extender la enfermedad (Peset y Peset, 1972).

En estas condiciones, sólo las medidas de control de la movilidad llevadas a cabo por la Junta de Sanidad a través de cuarentenas y lazaretos podían limitar la extensión de las epidemias (Pérez Moreda y Rowland, 1997). Afortunadamente, la situación de la medicina europea evolucionó favorablemente desde finales del siglo XVIII. Las investigaciones del médico alemán Samuel Hahnemann le llevaron a abrir una nueva vía en el tratamiento de las enfermedades, basada en el principio de *similia-similibus*, lo similar cura lo similar, estableciendo así los fundamentos de la homeopatía. En España, su aplicación se inició, al parecer con apreciable éxito, en la provincia de Badajoz en la década

de 1830, por parte de los doctores Prudencio Querol y Pedro Rino (Regatero Bote, 2003; Pérez Torralba y Peral Pacheco, 2005).

En 1796 se dio un acontecimiento fundamental en la lucha contra las enfermedades infecciosas: el descubrimiento de la vacunación antivariólica por parte de Jenner, del que se tuvo rápido y favorable conocimiento, dando lugar a diversas publicaciones médicas y a la organización en 1803 de una expedición dirigida por el médico alicantino Francisco Javier de Balmis, con objeto de extender sus beneficios a las colonias ultramarinas.

En un mundo donde, para la mayoría de la población, la satisfacción de las necesidades vitales básicas era una preocupación permanente, las relaciones económicas teñían también de manera significativa las conductas demográficas, incluidas, claro está, la morbilidad y la mortalidad. La sociedad española, como la mayoría de las sociedades pretransicionales, era eminentemente agraria, y generaba una gran parte de su producto social a través de la agricultura, actividad sujeta a la ley de los rendimientos decrecientes. El progreso técnico y la introducción de prácticas innovadoras podían, sin embargo, contrarrestar esta tendencia. Así, la difusión de nuevos cultivos y el desarrollo en las zonas de más densidad del policultivo de subsistencia, definían, pese a los frenos institucionales, nuevas defensas frente a la malnutrición. Pero la relación entre el crecimiento demográfico y el económico no es casi nunca lineal. En primer lugar, existe una relativa autonomía del propio subsistema demográfico; es decir, se dan una serie de relaciones entre las variables demográficas y entre éstas y la estructura por sexo y edad que condiciona la evolución de la población más allá de la mayor o menor capacidad del sistema económico para crear nuevos *establecimientos* que recojan el incremento poblacional. Las fluctuaciones de la mortalidad tienen un cierto grado de asociación con las crisis agrarias y la capacidad del sistema productivo, mas no son independientes de la fecundidad y de otros muchos factores. La nupcialidad es, durante toda la edad moderna, un importantísimo mecanismo regulador de la evolución demográfica hallándose emparejada con una cierta autonomía económica de los nuevos esposos, pero la modulación del crecimiento también puede realizarse a través de la mayor o menor complejidad de la estructura familiar o modificando el tamaño de las capas marginales de la sociedad. Además, los movimientos migratorios pueden llegar a ser muy relevantes cuando disminuimos la escala de observación hasta el nivel comarcal o regional.

La evolución de la población forma parte de una estrategia global de la sociedad y no puede ser explicada solamente a través de las interrelaciones entre este tipo de variables, de la misma forma que no puede entenderse el cambio socioeconómico a largo plazo sin un estudio de las variables demográficas. Una comprensión integral de acontecimientos tan sensibles a una valoración afectiva y espiritual como el nacimiento, la muerte, la sexualidad o la constitución de una familia, exige un planteamiento metodológico que tenga en cuenta las pautas culturales y el papel que las creencias de los grupos sociales y las instituciones jurídicas y políticas otorgan a las relaciones ínter subjetivas y a la estructura de poderes inter e intrafamiliares.

2. FECUNDIDAD, SEXUALIDAD Y VALORACIÓN DEL CUERPO

La moral religiosa era un elemento central en la vertebración del sistema ideológico y de la organización socioeconómica y política y, en consecuencia, condicionaba también los comportamientos demográficos. El acto sexual era visto con recelo, cuando no con clara hostilidad, por la iglesia católica. El discurso dominante, y casi único, asimilaba sexualidad y procreación y limitaba a juegos y fiestas las expresiones de goce, con especial rechazo de las expresiones públicas de sensualidad y contacto físico, que en el caso de las mujeres fácilmente podían interpretarse como una provocación. Por si el temor al infierno no era suficiente existían, además, unas sanciones sociales y legales, y una interiorización de estas normas en el sistema de creencias popular, que empujaban al régimen demográfico en una doble dirección: por un lado, evitar todo tipo de relaciones pre y extramatrimoniales; y, por otro, maximizar la fecundidad matrimonial.

Este comportamiento no sólo reflejaba las convicciones religiosas sino también el profundo sentimiento organicista y circular de la sociedad; de la misma forma que la simiente y los ciclos de la naturaleza hacían posible la renovación de la producción, la descendencia significaba la conservación del linaje y una posible ayuda para los padres durante la vejez. El uso individual del cuerpo estaba así, en buena medida, subordinado al interés familiar (Gélis, 1989). Para la mayoría de la población, por lo tanto, la sexualidad se encontraba enmarcada en reglas fijas que la convertían en una práctica instintiva y casi mecánica, y cuya consecuencia más notable era un número considerable de

hijos, más de seis por término medio, en una mujer casada que alcanza el final de su período fértil.

Este modelo llevaba consigo la condena de todo tipo de métodos anticonceptivos⁴. Como cabría esperar, no hay, sin embargo, constancia documental acerca de su utilización, pero sí de la creencia en los efectos esterilizadores de algunas medicinas (Saavedra y Sobrado, 2004: 261).

Los datos nos muestran que los objetivos perseguidos por esta visión de la sexualidad y la reproducción fueron esencialmente conseguidos. Los porcentajes de ilegitimidad son inferiores al cuatro por ciento. La edad al matrimonio, y no la adolescencia, marca el inicio de la actividad sexual y procreadora de la mujer. El primer parto tendrá lugar probablemente en torno a un año y medio después de la boda. A partir de entonces, los hijos vienen al mundo con un intervalo ínter genésico entre dos y tres años, hasta que la mujer se vuelve estéril por algún problema, enviuda o llega a la menopausia, situándose el último embarazo en torno a los cuarenta años. El resultado es que, pese a un celibato definitivo próximo al once por ciento, cada mujer española tenía, en la segunda mitad del siglo XVIII, en el supuesto de que viviera hasta el final de su período fértil, una media de 5,7 hijos (Dopico y Rowland, 1990).

De forma oculta, los comportamientos sexuales no eran posiblemente tan rígidos, especialmente en las capas altas de la sociedad y en algunos sectores marginales de la población. La Ilustración, además de exaltar la razón, la ciencia y los valores individuales, supuso también la introducción de nuevas costumbres amorosas (Martín Gaité, 1988), y fue definiendo lentamente un nuevo modelo que conduciría a una mayor valorización del amor maternal (Badinter, 1991) y a una consideración diferente de los hijos (Ariés, 1987). Sólo las familias acomodadas podían, sin embargo, tener los recursos intelectuales y materiales que implicaba esta nueva concepción.

Las consecuencias de la visión tradicional del cuerpo y de la sexualidad eran ciertamente costosas: el embarazo minaba con

4 Aun cuando las formas de control más sofisticadas sólo eran practicadas por grupos muy reducidos. La “marcha atrás” o *coitus interruptus* debió alcanzar una cierta extensión, a juzgar con la frecuencia y rigor con que los textos destinados a los sacerdotes aludían a ella (Ranke-Heinemann, 1994).

frecuencia la salud de la madre, y las infecciones durante el parto o las fiebres posteriores podían incluso acabar con su vida. El nuevo niño o niña era además una boca más a alimentar en el seno de una familia con serias dificultades para cubrir sus necesidades básicas. Las huellas de esta rígida concepción del mundo afectaban asimismo al desarrollo físico y a la misma personalidad del nuevo ser.

3. LOS EFECTOS BIOLÓGICOS DE LAS CREENCIAS

El estado general de salud depende de diversos factores. En primer lugar se halla la propensión genética. El genoma no sólo transmite características físicas sino también predisposiciones o capacidades procedentes de los antepasados y contiene información sobre sus trayectorias vitales, incluyendo los efectos de sus hábitos fisiológicos y psicológicos. Los genes, sin embargo, no se activan y desactivan de forma arbitraria. Recientemente se han multiplicado los estudios sobre los mecanismos moleculares que regulan la expresión de los genes y su relación con el entorno (Lipton, 2007). Además, la transmisión de la información epigenética —el *envoltorio* bioquímico que rodea los genes— está especialmente relacionada con el gen X (Hellman y Chess, 2007) y presenta una gran importancia en la vida intrauterina, donde se forman las células básicas del cerebro, y a lo largo de la infancia, cuando tiene lugar el establecimiento de innumerables conexiones y desconexiones en los circuitos neuronales.

El Premio Nobel Eric Kandel (2007) ha analizado la estrecha relación entre el metabolismo de las células nerviosas, el aprendizaje y la formación de la memoria. Esto es especialmente relevante durante el desarrollo fetal, donde los neurotransmisores y las hormonas procedentes de la madre llegan al feto a través del sistema circulatorio útero-placentario. Las proteínas del estrés pueden desencadenar efectos a corto y largo plazo en la vida del nuevo ser (Church, 2008), especialmente relevantes para las regiones cerebrales que se forman tempranamente, como el tronco cerebral y el cerebelo, y que juegan un papel básico y esencial en la supervivencia. El tálamo, una estructura responsable de la transmisión de las sensaciones recibidas a través de los órganos sensoriales, es ya operativo en el cuarto mes de gestación (Janov, 2001). El desarrollo del córtex prefrontal —una especie de gobierno ejecutivo capaz de coordinar las distintas funciones del cere-

bro, manipular y recombinar las representaciones internas y formular objetivos para el futuro— es posterior, y su maduración se extiende durante numerosos años tras el nacimiento.

Una sociedad que separa la mente del cuerpo y considera a éste como fuente potencial de pecado infravalora su papel y —dadas las connotaciones que los sistemas culturales suelen establecer entre lo femenino, el cuerpo y la naturaleza— otorga a la mujer un papel subordinado. La alta mortalidad en los primeros años de vida se nos muestra así no sólo como el resultado de la pobreza, la deficiente alimentación y la insalubridad ambiental, sino de la propia *auto imagen corporal* de los individuos, asociada a un conjunto de representaciones relativamente estables que Antonio Damasio (2006) denomina “sentido corporal de fondo”, y que constituye la base fisiológica de lo que consideramos nuestro *yo* o personalidad.

El cerebro presenta una gran plasticidad neuronal en la edad adulta (Golbert, 2006; Doidge, 2008) que podría compensar los déficits anteriores; no obstante, el elevado analfabetismo —todavía mayor para el sexo femenino— unido a la rigidez ideológica y a la rutina vital de las sociedades tradicionales, favorecían la irreversibilidad de las limitaciones iniciales. Así, en ausencia de estrategias compensadoras, la fragilidad inicial se refleja también en las edades adultas (Barker, 1994), donde la neurogénesis parece inextricablemente asociada a la estimulación permanente y a la creatividad (Rossi, 2005).

La doctora Gail Ironson dirige un equipo que investiga la influencia de las creencias en la evolución y el pronóstico de los afectados por VIH. El factor que aparece como más negativo es la fe en un Dios castigador, al contrario de los que observan una práctica espiritual basada en la confianza (Ironson, Stuetzle y Fletcher, 2006; Church, 2008). El catolicismo tradicional constituye un sistema ideológico complejo basado en la creencia en un Dios que premia o castiga para toda la eternidad, donde la subordinación del género femenino resulta fundamental. Esto resulta dañino para la salud de las mujeres y, por extensión, para su descendencia, así como una invitación a olvidar la responsabilidad personal en el cuidado del cuerpo.

4. VOLVIENDO AL ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA. LOS CONTRASTES REGIONALES

Las cifras manejadas al comienzo del artículo reflejan los niveles medios a nivel español. No obstante, existen fuertes disparidades de unos territorios a otros, siempre dentro de los parámetros propios del Antiguo Régimen. Consideraremos ahora los diversos comportamientos ante la muerte en los distintos espacios regionales y su relación con las estrategias socioeconómicas de los agregados familiares.

TABLA 1
Esperanza de vida al nacimiento (segunda mitad del siglo XVIII)

Andalucía	29,9	Extremadura	25,9
Aragón	27,0	Galicia	30,8
Asturias	26,3	León	25,0
Baleares	27,8	Murcia	29,0
C. Nueva	27,8	Navarra	28,1
C. Vieja	25,2	P. Valenciano	32,2
Cataluña	29,7	P. Vasco	32,0

Fuente: Dopico y Rowland (1990).

La tabla 1 nos ofrece las estimaciones de la esperanza de vida al nacimiento obtenidas por métodos indirectos. La tabla 2, producto de la recopilación realizada por Manuel Ardit (1999), muestra los valores del cociente q_0 o mortalidad infantil, si bien muy desigualmente repartidas a lo largo del territorio. Ambas series de datos apuntan en la misma dirección. Existe una amplia área de mortalidad moderada constituida por una gran parte de la España próxima al litoral, con esperanzas de vida entre los 29 y los 32 años y unas tasas de mortalidad infantil entre 200 y 230 por mil, una mortalidad intermedia en regiones como Baleares, Navarra y Aragón y unas esperanzas de vida claramente por debajo de la media española, que se corresponden con unas tasas de mortalidad infantil en torno al 300 por mil en León, Extremadura y en amplias zonas de ambas Castillas.

TABLA 2
Mortalidad infantil en España (por mil niños nacidos). Siglo XVIII

	1ª mitad	2ª mitad
Cataluña	213	217
P. Valenciano	209	204
Baleares	210	207
Aragón	251	178
España Interior	303	320
Galicia	226	211
Cantabria	s.d.	200
P. Vasco y Navarra	236	201

Fuente: Elaboración propia a partir de Ardit (1999).

El análisis de la mortalidad desde finales del siglo XVI hasta los comienzos de la transición demográfica nos descubre la existencia de unas tendencias que privilegian claramente a la periferia frente al interior peninsular, y que serán todavía más notorias en la década de 1860 (Dopico, 1987), en vísperas de que el declive de la mortalidad se convierta en un hecho generalizado e irreversible en todo el territorio español.

Nos interesa estudiar las posibles razones de la divergencia en el comportamiento de estas grandes áreas. Ya que la principal causa de muerte reside en las enfermedades infecciosas, hay que dirigir primero la mirada al equilibrio ecobiológico entre los seres humanos y los microorganismos dañinos. El entorno microbiológico depende de una multitud de factores de tipo ambiental, climático, sanitario... de alta variabilidad, incluso entre localidades próximas geográficamente; así como de la posibilidad de mutaciones evolutivas en los agentes patógenos. Desafortunadamente, no disponemos de los datos necesarios para trazar un mapa preciso de la situación sanitaria de la España del siglo XVIII y de sus peculiaridades territoriales. Pero sabemos que todavía en la segunda mitad del siglo XIX, y en áreas de mortalidad moderada como Galicia o el País Valenciano, múltiples informes médicos, realizados con ocasión de las epidemias de cólera, muestran la falta de infraestructuras sanitarias, la inobservancia de medidas elementales de higiene y las dificultades de articular medidas eficaces ante el hecho consumado de una invasión epidémica.

La publicación en 1976 de *El crecimiento moderno de la población* de Thomas McKeown fue en su momento un hecho provocador. Este his-

torizador de la medicina argumentaba que el progreso médico y la atención hospitalaria no habían sido relevantes en las primeras fases del descenso de la mortalidad, y que hasta la segunda mitad del siglo XIX las autoridades no habían llevado a cabo los programas necesarios para mejorar la sanidad pública, contribuyendo incluso el proceso industrializador a incrementar el hacinamiento y el deterioro de las condiciones higiénicas. Ante estos hechos, McKeown atribuía una importancia fundamental a la llamada *hipótesis alimenticia*, es decir, a una mejora del estado nutritivo producto de mayores suministros de alimentos.

Este especial énfasis en la alimentación mereció considerables críticas de otros investigadores, abriendo el camino a explicaciones multicausales de la transición epidemiológica. Y en lo que se refiere a las sociedades pretransicionales, la acción combinada de una serie de factores es muy probablemente también el origen de las diferencias regionales en los niveles de mortalidad.

El papel atribuido a la alimentación debe ser examinado de nuevo a la luz de las investigaciones más recientes que revelan no sólo la importancia del balance calórico, sino de la composición de la dieta. No podemos equiparar todas las proteínas, grasas e hidratos de carbono, ni son igualmente asimilables por los individuos ni producen los mismos efectos sobre la salud. Además, múltiples minerales, vitaminas y oligoelementos son fundamentales para el correcto funcionamiento metabólico (Holdford, 1999; Nesse y Williams, 2000; Shinya, 2010). En los países subdesarrollados actuales, la desnutrición vuelve a aparecer, asociada a otros indicadores de pobreza, como altamente significativa a la hora de explicar la elevada mortalidad de niños menores de cinco años (Pelletier et al., 1993). Dentro de esta línea de argumentación, las agriculturas atlántica y mediterránea presentaban una mayor intensificación y diversidad de los cultivos y los sistemas de rotaciones que las del interior peninsular, además del acceso a los recursos pesqueros en el litoral. Esta variedad ofrecía mayores probabilidades de subsistencia ante las crisis alimenticias y posibilitaba una dieta más rica y equilibrada en los años normales.

5. EL PAPEL DE LA FAMILIA

La revalorización de la alimentación como un factor importante en la explicación de las variaciones en la mortalidad no debe hacernos olvidar la necesidad de un enfoque más complejo, que englobe el entorno

vital de los seres humanos y, de modo prominente, las implicaciones de la estructura y de los valores familiares (Goody, 2000). A pesar de las grandes diferencias culturales, el modelo cristiano sobre el matrimonio y el desarrollo de la familia, constituyeron un fuerte nexo común de las sociedades europeas. Un sistema fuertemente jerarquizado, al igual que todo el entramado social.

El sistema nervioso central y el resto del organismo interactúan continuamente a través de circuitos bioquímicos, transmisiones neurológicas y complejos procesos de interferencia de ondas (Pribam, 1991). Nuestros sentidos transmiten la información recibida del exterior a las cortezas sensoriales primarias; el cerebro evalúa y organiza la respuesta. La relación entre el estímulo y la reacción es, sin embargo, altamente sofisticada. Sensaciones corporales, emociones, sentimientos y pensamientos no son elaboraciones autónomas, y con frecuencia se refuerzan a través de relaciones recíprocas (Damasio, 2005).

Durante el embarazo y en la primera infancia se sientan las bases fisiológicas del sentido corporal y de la expresión instintiva y emocional del nuevo individuo. Numerosos estudios realizados con animales demuestran la repercusión del estado de salud de la madre sobre el desarrollo, el comportamiento y la resistencia a las enfermedades infecciosas por parte de las crías. También se ha comprobado que el estrés crónico materno afecta a la regulación de la actividad hormonal del feto incrementando la predisposición a la enfermedad y a los trastornos emocionales (Weinstock, 2005).

Por otra parte, el entorno cultural en el que se mueve el niño en sus primeros años de vida es igualmente muy relevante para el desarrollo físico y el aprendizaje afectivo e intelectual, en el que juegan un papel notable los “estados psicológicos” (Tomasello, 1999) que se comparten con las personas del entorno⁵.

Existe un conocimiento implícito en el bebé que necesita un contexto adecuado para que su expresión explícita tenga lugar (Blakemore y Frith, 2007). Un entorno precario —en términos nutritivos, afectivos, intelectuales y espirituales— limita el desarrollo de los niños e incrementa su vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas. En la

5 Gergely y Csibra (2007) creen, asimismo, en la existencia de un sistema especializado de transmisión de conocimientos e información que permite el legado de la *mente cultural* y su adaptación e interpretación selectiva a nivel individual.

sociedad del Antiguo Régimen la familia es la institución donde principalmente tiene lugar el proceso de culturización y socialización del niño. Su importancia se ve reforzada por el hecho de ser, desde el punto de vista económico, una unidad de consumo y, muy frecuentemente, de producción, y esta complementariedad es muy clara en las zonas de pequeña explotación. Al matrimonio se le asigna, además, un carácter sagrado e indisoluble, lo que contribuye a su estabilidad y también a su rigidez. Los elementos que caracterizan la constitución de los grupos domésticos, su tamaño y estructura, así como las formas de propiedad y posesión de la tierra y su transmisión juegan, de esta forma, un papel decisivo en la organización económica y social, dentro de la diversidad que muestra en este aspecto el territorio español.

Además, el sistema de creencias limitaba la actuación de la mujer a la esfera doméstica, donde debía responsabilizarse de la crianza de los niños y niñas, el cuidado de enfermos y ancianos y el mantenimiento del hogar. Se entiende así que las características del sistema familiar y de la transmisión del patrimonio jueguen un papel crucial en su trayectoria vital, en su salud y en la de sus hijos, como veremos al analizar los contrastes regionales.

En el norte peninsular el predominio de la pequeña explotación campesina se halla unido, en líneas muy generales, a contratos de larga duración que permiten introducir, de forma lenta y continuada, mejoras tecnológicas y ambientales. Diversas monografías apuntan también la presencia de una mayor complejidad en la estructura de los grupos domésticos corresidentes y, en especial, de la familia troncal (que posibilita la presencia de un hijo casado y de otros parientes solteros en la casa de los padres en vida de éstos). Los análisis agregados realizados para épocas posteriores muestran una elevada proporción de los hogares extensos y múltiples —de acuerdo con la tipología de Laslett-Hammel— en Galicia, Asturias, Cantabria, País Vasco y Navarra, junto con la provincia de Huesca, aun cuando su presencia no siempre implica la troncalidad; así como el predominio de la familia nuclear, en el resto (Dopico, 2005).

En gran parte de Galicia predominan unos agregados familiares extensos y plurinucleares, con abundancia de grupos domésticos solitarios y sin estructura familiar, unidos a formas de sucesión que favorecen la conservación parcial del patrimonio y a edades elevadas al matrimonio (Rodríguez Galdo, 1993; Freire Esparís, 2008; Pérez García, 2008; Fernández Cortizo, 2004; Sobrado, 2001). En el interior de Asturias y Can-

tabria, y especialmente en regiones del País Vasco, también se prima la integridad del patrimonio, la elevada edad media al primer matrimonio y una soltería definitiva relativamente alta. El marco legal en Vizcaya y Navarra se rige por el sistema foral de sucesión indivisa, mientras que Guipúzcoa y Alava lo hace por el derecho castellano, lo que obedece a razones geográficas, etnográficas y socioeconómicas dispares. El modelo troncal está asociado a la montaña, y el nuclear principalmente a la meseta (Arbaiza, 1993; Mikelarena, 1996).

La organización de los agregados domésticos busca la conservación de la explotación familiar a través de una compleja estrategia que combina los mecanismos demográficos, las instituciones socioeconómicas y la persistencia de valores y rasgos culturales sólidamente arraigados. La familia troncal del Norte y Noroeste peninsular se halla habitualmente acompañada de pautas de residencia postmatrimonial patrilocales o matrilocales (donde el nuevo matrimonio pasa a vivir en la casa de los padres de uno de los contrayentes) y a un sistema hereditario que, con muchas particularidades, tiende a limitar la fragmentación de la explotación.

La mayor presencia de la familia simple se confirma en amplias zonas del interior peninsular, normalmente asociada a fórmulas hereditarias donde prevalece el reparto igualitario, si bien existían fórmulas que beneficiaban a uno o más herederos (García González, 2008; Chacón y Bestard, 2011). En la provincia de Cuenca, David Reher (1988) observa durante más de dos siglos, cómo más de las cuatro quintas partes de los hogares tienen una estructura nuclear, y así lo corroboran los trabajos de García González (2008).

Aún con valores algo más elevados que en amplias zonas de Castilla, la hegemonía de las familias de estructura sencilla parece clara en La Rioja. Los numerosos estudios de Lázaro y Gurría así lo muestran, mientras que José A. Salas subraya la estabilidad de los modelos familiares (Salas Auséns, 2008). Este autor observa también la flexibilidad del derecho civil aragonés en lo referente a las regulaciones sucesorias que van de la herencia indivisa al reparto igualitario, lo que da lugar al predominio de las familias nucleares en los partidos judiciales de Tarazona y Albarracín, hasta la conocida troncalidad de las áreas pirenaicas (Salas Auséns, 2008).

La España mediterránea es la que más dificultades presenta para un análisis sintético. Aun cuando está muy lejos de las estructuras

complejas encontradas en otras zonas de la Europa mediterránea, como diferentes regiones italianas, su composición puede verse afectada por numerosas vicisitudes locales. Los estudios de A. Simón (1997) y de A. Torrents (1992) apuntan a una importante presencia de la familia troncal en Cataluña, unida a un sistema sucesorio basado en el *hereu* como heredero único⁶; si bien también se da una importante variación cuando lo hace la coyuntura económica (Ferrer Alòs, 2008).

En Valencia la diversidad es notable, si bien la tendencia es hacia la neolocalidad y la divisibilidad de la explotación, existe una notable proporción de familias complejas en diversas áreas (Garrido Arce, 1992; Pérez García, 1989, 1990). En la mayor parte de la provincia de Murcia predomina la familia simple (Chacón Jiménez, 1990); aun cuando la complejidad es elevada en la ciudad y la huerta de Orihuela, debido, en el primer caso, a la integración en la casa de sirvientes y parientes colaterales y, en el segundo, a la presencia de varias familias nucleares en la misma hacienda como respuesta a las fuertes exigencias de mano de obra en los trabajos agrícolas. En Andalucía parece claro el predominio de la familia nuclear y la neolocalidad y, como peculiaridad, un elevado número de *mujeres jefas de familia* (Martínez López y Sánchez Montes, 2008).

En la Península Ibérica, además, la familia compleja y la regla patrilocal parece asociada al matrimonio tardío, como vemos en la tabla 3, con la excepción de Cataluña, donde un matrimonio relativamente joven es compatible con la familia troncal y una disposiciones sucesorias que benefician claramente al hijo varón primogénito (Rowland, 1988). Al dificultar la permanencia en la casa de los hijos que quisieran casarse, la familia troncal invitaba además a un cierto porcentaje de varones a abandonar la explotación, lo que se pone de manifiesto en las mayores tasas emigratorias que se dan en el Norte y Noroeste, y que se incrementarán en el siguiente siglo. Al detraer de forma directa efectivos poblacionales y al alterar el escenario cuantitativo sobre el que ambos géneros tomaban sus decisiones matrimoniales, estos movimientos migratorios favorecían la disminución de la presión demográfica.

6 Llorenç Ferrer (2008) cuestiona una visión unificadora de este sistema, si bien está ampliamente extendido y es mayoritario.

TABLA 3
Nupcialidad en la España continental estimada a partir del censo de 1787

	<i>Mujeres</i>		<i>Hombres</i>	
	<i>EAM</i>	<i>SD</i>	<i>EAM</i>	<i>SD</i>
Andalucía	22,2	17,9	24,3	17,3
Aragón	23,2	5,8	25,4	10,0
Asturias	24,4	13,4	25,0	7,4
C. Nueva	23,0	7,5	24,9	10,0
C. Vieja	23,8	7,8	25,1	9,30
Cataluña	23,2	12,4	26,0	16,3
Extremadura	22,0	8,9	23,4	12,6
Galicia	25,0	16,5	25,5	10,0
León	24,4	7,8	24,8	10,6
Madrid	24,1	10,6	26,3	14,7
Murcia	22,0	12,7	25,2	14,9
Valencia	22,7	8,6	25,3	11,8
P. Vasco y Navarra	25,2	11,8	26,5	10,3

EAM: Edad Media de Acceso al Matrimonio

SD: Soltería Definitiva

Fuente: Rowland (1988).

En gran parte de la España interior y en el sur el matrimonio de la mujer es más precoz y frecuentemente va unido a un fuerte predominio de la familia nuclear, pautas de residencia de tipo neolocal, con el establecimiento de un hogar propio del nuevo matrimonio, y reparto igualitario de la herencia. Esto propiciaba la existencia de un sistema de alta presión demográfica, con niveles muy elevados de fecundidad y mortalidad.

A modo de conclusión: tradición y salud

Al atraso económico y tecnológico suele atribuírsele la responsabilidad principal de la elevada mortalidad de las sociedades preindustriales. Esta visión se encuentra sesgada por el paradigma dominante en los estudios socioeconómicos, que supervalora los aspectos materiales y tiende a ignorar los procesos mentales y culturales a ellos asociados.

La conservación de modos de vida tradicional, incluyendo la tecnología productiva e incluso duras jornadas laborales, no son incompatibles, sin embargo, con una elevada esperanza de vida. La prefectura de Okinawa, perteneciente hoy al Japón —pero que formaba parte hasta 1879 del Reino Ryukyu, estado independiente con una larga tradición pacifista—, presenta la mayor proporción conocida de centenarios⁷. Dan Buettner ha analizado otras regiones merecedoras de la denominación *zona azul* en lo referente a la longevidad. En todas ellas encontramos por parte de las personas mayores, una nutrición natural, rica en vegetales y hierbas medicinales⁸, ejercicio habitual moderado, y la realización de actividades de cuidado y consejo a los más jóvenes. Destaca especialmente la fuerte valoración colectiva de los mayores, la solidez de los lazos familiares, la importancia de la amistad y la solidaridad, la elevada autoestima y la creencia en una vida con significado. Naturalmente esto no es todo; los actuales centenarios también se han beneficiado de los adelantos médicos, sanitarios y económicos de las últimas décadas.

En el caso de la Península de Nicoya en Costa Rica, Buettner resume los secretos de su longevidad en tener un propósito en la vida, un fuerte soporte familiar, una apreciable liberalidad sexual, el establecimiento de redes sociales de apoyo estables, la confianza en un Dios benevolente y proveedor; y otros factores más específicos, como beber agua rica en calcio o una dieta sencilla y basada en productos naturales. Asimismo la existencia de aspectos de más difícil comprobación, como el *factor Choroteka*, una herencia cultural y genética procedente de los indios chorotekas que habitaron la península ante de la llegada de los españoles en 1522 (Buettner, 2008).

En nuestro caso disponemos de datos y observaciones suficientes para observar con claridad como en el denominado Antiguo Régimen Demográfico, se sufren las graves consecuencias de un sistema cultural donde se establece una rígida distinción entre las funciones sociales de hombres y mujeres, se implanta un modelo autoritario de familia,

7 Véase el Okinawa Centenarian Study, dirigido por Makoto Suzuki, Bradley Willcox y Craig Willcox.

8 La sociedad española pretransicional tenía un amplio abanico de conocimiento de fitoterapia y remedios tradicionales. Desde los canales oficiales y científicos se miraba, sin embargo, con repugnancia las prácticas ejercitadas por propia iniciativa de los enfermos (Sanz y Muñoz, 1820)

se unen la reproducción y la sexualidad, y se elaboran rígidas normas que canalizan y limitan la expresión de esta última, especialmente por parte de las mujeres.

De la alta mortalidad de este tipo de poblaciones se suele responsabilizar a las características del sistema económico y a la ignorancia en la etiología y tratamiento de las enfermedades infecciosas. Pero esta situación de atraso económico y socio-sanitario no es comprensible si no tenemos en cuenta los efectos de los sistemas de creencias y los estilos de vida sobre el desarrollo fisiológico y psicológico del ser humano y sobre la misma organización social.

La calidad de la respuesta del ser humano ante la enfermedad depende de un complejo equilibrio psicofísico. El sistema inmunológico forma parte de una red cognitiva altamente autoorganizada y autorregulada que, conectada con los sistemas nervioso y endocrino, expresan la identidad del cuerpo (Maturana y Varela, 1990; Varela y Capra, 2000; Coutinho, 2003). Candace Pert (2003), que ha estudiado minuciosamente la comunicación bioquímica entre el cerebro y las restantes células del organismo, así como su relación con los estados emocionales, concluye: “¡El cuerpo es la mente inconsciente!”. Si esto es así, una concepción del mundo que reprime las expresiones afectivas, enfrenta la sexualidad con la espiritualidad y concibe el cuerpo como fuente de pecado, establece un contexto favorable al fracaso inmunitario.

La identificación de sexualidad y reproducción limita el sentido de la vida una vez concluida la crianza de los hijos (Rosero Bixbi y Robles, 2008). Hoy en día, allí donde todavía subsiste un férreo control de la sexualidad de la mujer —junto con su discriminación política, jurídica y social— los niveles de mortalidad infantil y juvenil, y también de la población adulta, son claramente superiores a los de aquellos países donde la igualdad forma parte del ordenamiento legal y de los objetivos declarados por los poderes públicos.

Las sociedades tradicionales tratan de hacer frente a los problemas colectivos de salud mediante procedimientos que no ponen en cuestión de forma radical sus creencias más arraigadas. En el siglo XVIII español, descartada una respuesta sanitaria socialmente eficaz, aquellos territorios que tenían formas culturales e institucionales tendentes a moderar la fecundidad, intensificar los lazos familiares e incrementar la vinculación con la tierra consiguieron, dentro de la gran variabilidad local y las fuertes fluctuaciones temporales, un ré-

gimen de mortalidad más benigna. Las disparidades son importantes en términos relativos, pero siempre dentro de las cotas habituales del antiguo régimen demográfico, no alcanzándose en ningún caso los 33 años de esperanza de vida.

Las diferencias regionales no deben ser miradas como reflejos de los grados de aceptación de la cultura religiosa tradicional, que al menos desde un punto de vista consciente es similar en todo el territorio, sino debidas a la variedad de las estructuras demográficas y socioeconómicas, que no tienen como objetivo directo la lucha contra la morbilidad pero sí importantes efectos indirectos sobre ella.

Un buen número de las reflexiones aquí presentadas son generalizables a otras sociedades pretransicionales, especialmente de la región Suroccidental del continente europeo. Las sociedades poco desarrolladas están expuestas de forma permanente a una serie de peligros que afectan la supervivencia individual y la estabilidad demográfica de la comunidad. El avance tecnológico y económico permite reducir estos riesgos y posibilita un importante incremento de la esperanza de vida. Las visiones del mundo, sin embargo, no son neutras con respecto a las conductas demográficas ni al desarrollo tecnológico relacionado con su evolución.

El tipo de sociedades que estamos estudiando ayudaban a la creación de un trasfondo permanente de temor e invalidación personal. Un miedo abstracto de estas características crea estructuras estables en el sistema límbico (Newberg, D'Aquili y Rause, 2002), formándose una asociación de retroalimentación entre el marco conceptual en que se mueven los pensamientos y las reacciones endocrinas que acompañan las emociones. Como resultado, se producen fácilmente estados de desconfianza y hostilidad que debilitan el sistema inmunológico y socavan las posibilidades creativas y autosanadoras que existen en el ser humano⁹.

9 Sólo de esta forma podemos comprender cómo, durante largos períodos de tiempo, la esperanza de vida de los seres humanos fue claramente inferior a la de sus parientes más próximos, los grandes simios (Napier y Napier, 1994).

BIBLIOGRAFÍA

- ARBAIZA VILALLONGA, M. (1996): "Estrategias matrimoniales y reproducción social en el País Vasco holohúmedo", *Vasconia: Cuadernos de historia – geografía*, 24, pp. 33-57.
- ARDIT, M. (1999): "Microanálisis demográfico en larga duración: el caso de España", en GONZALEZ PORTILLA, M. y ZARRAGA SANGRONIZ, K. (eds.), *IV Congreso de la Asociación de Demografía Histórica*, vol. 2, *Pensamiento demográfico, coyuntura y microanálisis*. Bilbao, Servicio Editorial de la UPV/EHU, pp. 253-307.
- ARIÈS, Ph. (1987): *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*, Madrid, Taurus.
- BADINTER, E. (1991): *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*, Barcelona, Pomaire.
- BARKER, D. J. P. (1994): *Mothers, Babies and disease in Later Life*, Londres, British Medical Journal Publishing Group.
- BLAKEMORE, S.-J. y FRITH, U. (2007): *Cómo aprende el cerebro. Las claves para la educación*, Barcelona, Ariel.
- BUETTNER, D. (2008): *The Blue Zones: lessons for living longer from the people who lived the longest*, Washington D. C., National Geographic.
- CACHINERO, B. (1985): "Estimating Levels of adult Mortality in Eighteenth-Century Spain", *Historical Methods*, 18, 2, pp. 63-70.
- CALLEJA FOLGUERA, M^a C. (dir.) (1989): *La enfermedad infecciosa desde la Ilustración*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- CHACÓN JIMÉNEZ, F. (coord.) (1990): *Historia social de la familia en España: aproximación a los problemas de la familia, tierra y sociedad en Castilla (ss. XV-XIX)*, Alicante, Instituto Juan Gil-Albert.
- CHACÓN JIMÉNEZ, F. y BESTARD COMAS, J. (coords.) (2011): *Familias: historia de la sociedad española (del final de la Edad media a nuestros días)*, Madrid, Cátedra.
- CHURCH, D. (2008): *El genio en sus genes*, Barcelona, Obelisco.
- COALE, A. J. y DEMENY, P. (1983): *Regional Model Life Tables and Stable Populations*, New York, Academic Press.
- COUTINHO, A. (2003): "A walk with Francisco Varela from first-to second-generation networks: In search of the structure, dynamics and metadynamics of an organism-cultural immune system", *Biological Research*, 36, 1, pp. 17-26.

- DAMASIO, A. (2005): *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*, Barcelona, Crítica.
- (2006): *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*, Barcelona, Crítica.
- DOIDGE, N. (2008): *El cerebro se cambia a sí mismo*, Madrid, Santillana.
- DOPICO, F. (1987): “Regional Mortality Tables for Spain in the 1860s”, *Historical Methods*, 20, 4, pp. 173-179.
- (2005): “Nupcialidad y familia en España (ss. XVI-XX)”, *Migratio. Revista de Poboacion e Migracions*, pp. 1-23.
- DOPICO, F. y ROWLAND, R. (1990): “Demografía del censo de Florida-blanca. Una aproximación”, *Revista de Historia Económica*, 3, pp. 591-618.
- FERNÁNDEZ CORTIZO, C. (2004): “Vivir y conservarse en mistidumbre: la compañía familia gallega”, en ARANDA, J. (coord.), *El mundo rural en la Época Moderna*, Cuenca, Universidad de Castilla La Mancha, pp. 199-217.
- FERRER ALÒS, L. (2008): “La familia en Catalunya en los siglos XVIII y XIX, balance y perspectivas”, en GARCÍA GONZÁLEZ, F. (coord.), *La historia de la familia en la Península Ibérica. Balance regional y perspectivas. Homenaje a Peter Laslett*, Cuenca, Universidad de Castilla la Mancha, pp. 141-181.
- FREIRE ESPARÍS, P. (2008): *A familia rural na Galicia contemporánea. O cambio nas relación familiares nos concellos de Brión e Padrón (1850-1970)*, Santiago de Compostela, Lóstrego.
- GARCÍA GONZÁLEZ, F. (2008): “La historia de la familia en el interior castellano. Estado de la cuestión y esbozo bibliográfico”, en GARCÍA GONZÁLEZ, F. (coord.), *La historia de la familia en la Península Ibérica. Balance regional y perspectivas. Homenaje a Peter Laslett*, Cuenca, Universidad de Castilla la Mancha, pp. 277-329.
- GARCÍA GUERRA, D. (1983): *El Hospital Real de Santiago: 1499-1804*, A Coruña, Fundación Pedro Barrié de la Maza.
- GARRIDO ARCE, E. (1992): “Casa y compañía: la familia en la huerta de Valencia, siglo XVIII”, *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 10, 3, pp. 63-82.
- GÉLIS, J. (1989): “La individuación del niño”, en ARIÈS, Ph. y DUBY, G. (dirs.), *Historia de la vida privada*, Vol. 3. *Del Renacimiento a la Ilustración*, Madrid, Taurus.
- GERGELY, G. y CSIBRA, G. (2007): “The social construction of cultural mind: Imitative learning as a mechanism of human pedagogy”, en HAUF, P. y FÖRSTERLING, F. (eds.), *Making Minds: The shaping of*

- human minds through social context*, John Benjamins Publishing Company, pp. 241-257.
- GOLBERT, E. (2006): *La paradoja de la sabiduría. Cómo la mente puede mejorar con la edad*, Barcelona, Crítica.
- GOODY, J. (2000): *The Family in Europe*, Oxford, Blackwell.
- HELLMAN, A. y CHESS, A. (2007): "Gene-Body-Specific Methylation on the Active X Chromosome", *Science*, 315, pp. 1141-1143.
- HOLDFORD, P. (1999): *La Biblia de la nutrición óptima*, Barcelona, Robin Book.
- IRONSON, G., STUETZLE, R. y FLETCHER, M. A. (2006): "An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV", *Journal of General Internal Medicine*, 21, S62-S68.
- JANOV, A. (2001): *La biología del amor*, Barcelona, Apóstrofe.
- KANDEL, E. (2007): *En busca de la memoria: el nacimiento de una nueva ciencia de la mente*, Buenos Aires, Katz.
- LIPTON, B. (2007): *La biología de la creencia*, Madrid, Palmyra.
- LIVI BACCI, M. (1968): "Fertility and Nuptiality Changes in Spain from the Late 18th to the Early 20th Century", *Population Studies*, XXII, 1 y 2.
- MARTÍN GAITE, C. (1988): *Usos amorosos del dieciocho en España*, Barcelona, Anagrama.
- MARTÍNEZ LÓPEZ, D. y SÁNCHEZ MONTES, F. (2008): "Familias y hogares en Andalucía", en GARCÍA GONZÁLEZ, F. (coord.), *La historia de la familia en la Península Ibérica. Balance regional y perspectivas. Homenaje a Peter Laslett*, Cuenca, Universidad de Castilla la Mancha, pp. 233-257.
- MATURANA, H. y VARELA, F. (1990): *El árbol del conocimiento*, Madrid, Debate.
- MIKELARENA PEÑA, F. (1993): "Estructuras familiares en España y en Navarra en los siglos XVIII y XIX. Factores etnoculturales, diferenciación socioeconómica y comportamientos estratégicos", *Revista de antropología social*, 2, pp. 105-136.
- NAPIER, J. R. y NAPIER, P. H. (1994): *The Natural History of the Primates*, MIT Press.
- NESSE, R. M. y WILLIAMS, G. C. (2000): *¿Por qué enfermamos?*, Barcelona, Grijalbo Mondadori.
- NEWBERG, A., D'AQUILI, E. y RAUSE, V. (2002): *Why God won't away. Brain Science and the Biology of Belief*, Nueva York, Ballantine Books.

- PELLETIER, D. L., FRONJILLO Jr., E. A., SCHRODER, D. G. y HABICHAT, J. P. (1993): "Epidemiological evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality", *American Journal of Public Health*, 83, 8, pp. 1130-1133.
- PÉREZ GARCÍA, J. M. (1989), "Elementos configuradores de la estructura familiar campesina en la Huerta de Valencia durante el siglo XVIII", *Estudios Humanísticos. Geografía, Historia, Arte*, 11, pp. 121-149.
- (1990), "El modelo de mortalidad de Antiguo Régimen en la Horta de Valencia. Un contraste con las Rías Bajas Gallegas", *II Congreso de la Asociación de Demografía Histórica*, Alicante, pp. 1061-1082.
- (2008): "Familias y hogares en Galicia y en la Cornisa Cantábrica durante el Antiguo Régimen", en GARCÍA GONZÁLEZ, F. (coord.), *La historia de la familia en la Península Ibérica. Balance regional y perspectivas. Homenaje a Peter Laslett*, Cuenca, Universidad de Castilla la Mancha, pp. 57-84.
- PÉREZ MOREDA, V. (1980): *Las crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX*, Madrid, Siglo XXI.
- PÉREZ MOREDA, V. y ROWLAND, R. (1997): "La Peninsule Iberique", en BARDET, J.-P. y DUPÂQUIER, J., *Histoire des populations de l'Europe*, París, Fayard, pp. 463-484.
- PÉREZ TORRALBA, T. y PERAL PACHECO, D. (2005): "Los artículos sanitarios en el Boletín Oficial de la Provincia de Badajoz en el siglo XIX (1833-1873)", *Revista de Estudios Extremeños*, LXI, 1, pp. 25-44.
- PERT, C. B. (2003): *Molecules of Emotion. Why You Feel the Way You Feel*, Nueva York, Scribner.
- PESET, M. y PESET, J. L. (1972): *Muerte en España. (Política y sociedad entre la peste y el cólera)*, Madrid, Seminarios y Ediciones.
- PRIBAM, K. H. (1991): *Brain and Perception. Holonomy and Structure in Figural Processing*, Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- RANKE-HEINEMANN, U. (1994), *Eunucos por el reino de los cielos. La Iglesia católica y la sexualidad*, Madrid, Trotta.
- REGATERO BOTE, Á. (2003): "La homeopatía: su nacimiento en Badajoz", *Revista de Estudios Extremeños*, LIX, 1, pp. 446-454.
- REHER, D. (1988a): *Familia, población y sociedad en la provincia de Cuenca. 1700-1970*, Madrid, Siglo XXI/CIS.
- RODRÍGUEZ GALDO, M. X. (1993): *Galicia, país de emigración. La emigración gallega a América hasta 1930*, Colombres, Archivo de Indios.

- ROSETO BIXBI, L. y ROBLES A. (2008): “Los dividendos demográficos y la economía del ciclo vital en Costa Rica”, *Papeles de Población*, 55, pp. 9-34.
- ROSSI, E. (2002): *The Psychobiology of Gene Expression*, Nueva York, Norton.
- ROWLAND, R. (1988): “Sistemas matrimoniales en la Península Ibérica (siglos XVI-XIX). Una perspectiva regional”, en PÉREZ MOREDA, V. y REHER, D.-S. (eds.), *Demografía Histórica en España*, Madrid, El Arquero, pp. 72-137.
- SAAVEDRA, P. y SOBRADO, H. (2004): *El Siglo de las Luces. Cultura y vida cotidiana*, Madrid, Síntesis.
- SALAS AUSÉNS, J. A. (2008): “La historia de la familia en La Rioja y Aragón, balance y perspectivas”, en GARCÍA GONZÁLEZ, F. (coord.), *La historia de la familia en la Península Ibérica. Balance regional y perspectivas. Homenaje a Peter Laslett*, Cuenca, Universidad de Castilla la Mancha, pp. 115-140.
- SANZ y MUÑOZ, Á. (1820): *Compendio de medicina práctica, arreglado a las explicaciones del doctor D. Félix Miquel*, 2ª ed., 3 Vols., Valencia.
- SHINYA, H. (2010): *The Microbe Factor*, Tulsa, Council Oak Books.
- SIMÓN TARRÉS, A. (1987): “La familia catalana en el Antiguo Régimen”, en VV. AA., *La familia en la España Mediterránea (siglos XV-XIX)*, Barcelona, Crítica, pp. 65-93.
- SOBRADO, H. (2001): *Las tierras de Lugo en la Edad Moderna. Economía campesina, familia y herencia, 1550-1860*, A Coruña, Fundación Barrié de la Maza.
- TOMASELLO, M. (1999): *The cultural origins of human cognition*, Massachusetts, Harvard University Press.
- TORRENTS, A. (1992): “La preponderancia del hogar troncal en una población industrial catalana. Sant Pere de Riudebitlles, 1849”, en MONTOJO, V. (ed.), *Linaje, familia y marginación en España (ss. XII-XIX)*, Murcia, Universidad de Murcia, pp. 93-115.
- VARELA, F. y CAPRA, F. (2000): *La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los seres vivos*, Barcelona, Anagrama.
- WEINSTOCK, M. (2005): “The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring”, *Brain, Behaviour and Immunity*, 19, 4, pp. 296-308.

CONTENIDO

Miguel ARTOLA BLANCO, Ingresos, ocupaciones e identidades entre las clases altas: Madrid, 1930	21
Fausto DOPICO, El impacto demográfico de las creencias. Una evaluación desde el siglo XVIII español	51
Antonia M ^a DURÁN HERRERA, Grado de fiabilidad del Movimiento Natural de la Población en los municipios de la provincia de Badajoz. 1900-1935	77
Dan RODRÍGUEZ-GARCÍA, La mixofobia como política de Estado en la Alemania Nazi	117
Ana Isabel XAVIER, Os desafios da demografia e das migrações na era da Globalização: o nexó segurança (humana) e desenvolvimento (sustentável)	147

RESEÑAS DE LIBROS

José M ^a BORRÁS LLOP (ed.) (2013): <i>El trabajo infantil en España (1700-1950)</i> , por Josu HERNANDO PÉREZ	169
Héctor CEBOLLA y A. GONZÁLEZ FERRER (coords.) (2013): <i>Inmigración ¿Integración sin modelo?</i> , por Carolina MONTORO GURICH	173
José Antonio SALAS AUSENS (coord.) (2013): <i>Logros en Femenino. Mujer y cambio social en el valle del Ebro, siglos XVI-XVIII</i> , por Antonio MORENO ALMÁRCEGUI	177

BIBLIOGRAFÍA DE DEMOGRAFÍA HISTÓRICA E HISTORIA SOCIAL DE LA POBLACIÓN EN ESPAÑA, PORTUGAL E IBEROAMÉRICA PUBLICADA EN 2013	183
---	-----