



Trabajo Fin de Grado en Nutrición Humana y Dietética

Curso académico 2013-2014

**La anorexia a través del tiempo**

Autora: Silvia García de Castro

Tutora: Nieves López Fernández

## ÍNDICE

-Resumen.....	2
-Introducción.....	3
-Justificación.....	4
-Objetivos.....	5
-Desarrollo.....	5
-Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.....	5
-Etiopatogenia de la anorexia nerviosa.....	8
-Prevalencia mayoritaria del sexo femenino.....	10
-Evolución del significado del ayuno.....	14
-Estudio de la anorexia nerviosa.....	16
-Análisis de casos clínicos de anorexia nerviosa a través de la historia.....	17
-Santa Catalina de Siena.....	18
-Emperatriz Elisabeth de Austria.....	21
-Conclusiones.....	29
-Bibliografía.....	30
-Anexos.....	33

## RESUMEN

En la actualidad, la incidencia y la prevalencia de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos están aumentando. A este tipo de trastornos se les considera actuales y modernos; no obstante, desde la Edad Media se han producido casos de mujeres jóvenes que han rechazado alimentarse, un signo de la denominada anorexia nerviosa. A lo largo del presente trabajo se mostrarán la definición actual de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos y su etiopatogenia, la evolución histórica del ayuno y de otros factores posiblemente causantes de estos trastornos, el estudio de la anorexia nerviosa y dos análisis de casos clínicos de anorexia nerviosa en el pasado. El primero de ellos data del siglo XIV y corresponde a Santa Catalina de Siena, joven que dejó de alimentarse con el objetivo de purificar su alma y acercarla a Dios. El segundo sucedió en el siglo XIX y corresponde a la emperatriz Elisabeth de Austria, quizá más conocida como la emperatriz Sissi. Esta joven también rechazó alimentarse pero su objetivo fue completamente diferente, ella deseaba mantenerse delgada, esbelta y bella en una época en la que el corporal ideal femenino era más bien grueso, con amplias caderas que demostrasen una gran fertilidad. A través de estas dos mujeres se comprobará la existencia de la anorexia nerviosa en el pasado.

**Palabras clave:** Anorexia nerviosa, historia, ayuno, trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, personajes históricos.

## **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad estamos acostumbrados a escuchar la palabra “anorexia” de forma generalizada, masiva e indiscriminada. Cualquier persona con un peso corporal por debajo de la media es etiquetada como “anoréxica”. Sin embargo, dicho término encierra mucho más significado del que se le atribuye en la sociedad actual.

Etimológicamente el término “anorexia” procede del griego, el prefijo “a-, an-” hace referencia a “falta, ausencia, privativo” y el término “orexis” significa “apetito” (Almenara 2003) <sup>1</sup>. Por lo tanto, la palabra “anorexia” se refiere a la “falta de apetito” y una persona anoréxica es aquella que no tiene apetito. Cuando queremos referirnos al trastorno que padece una persona cuyo peso corporal se sitúa por debajo de la media, el término a emplear es “anorexia nerviosa”, acuñado en el año 1873. Sin embargo, no debe cometerse el error de confundir delgadez con anorexia nerviosa; ya que el hecho de que una persona sea delgada, no implica que padezca dicho trastorno. La anorexia nerviosa no sólo implica un peso corporal por debajo de la media, si no que es un trastorno con alteraciones a nivel psicológico y nutricional, caracterizado por una disminución de la ingesta que es lo que conlleva a la disminución del peso corporal.

Del mismo modo que estamos acostumbrados a escuchar el “abuso” de dicho término, también estamos acostumbrados a pensar que nos encontramos ante un trastorno nuevo, moderno, propio de nuestro tiempo y de nuestra sociedad. Sorprendentemente, si miramos con ojo crítico a través de la historia, encontraremos casos que ya padecieron este trastorno. Sin embargo, en aquellos tiempos la anorexia nerviosa no era interpretada como tal, enmascarándose con otras explicaciones atribuidas a la sociedad y cultura propias del momento histórico en el que se manifestaron.

A lo largo de estas páginas se definirán los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, dentro de los cuales se sitúa la anorexia nerviosa, y se analizará su etiopatogenia y la evolución del ideal corporal femenino a lo largo de la historia como causa social de dicho trastorno. También se describirá una breve historia de la evolución del significado del ayuno y del estudio de la anorexia nerviosa. Para finalizar, se analizarán dos casos clínicos en el pasado: Santa Catalina de Siena y la Emperatriz Elisabeth de Austria. En el presente trabajo se incluye un anexo que hace una breve referencia a la historia de la alimentación.

## **JUSTIFICACIÓN**

El motivo de la elección de este tema viene determinado por la importancia social concedida en la actualidad a la imagen corporal. Dicha importancia lleva al aumento de la incidencia y prevalencia de los diferentes trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, siendo su conocimiento y tratamiento una de las funciones en el desempeño de la profesión del dietista - nutricionista.

El motivo de la elección de este tema también se debe a que los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos no son una enfermedad nueva; si no que siempre han existido, aunque no vinieran determinados por la presión ejercida hacia la imagen corporal. Es decir, la elección del tema radica en la importancia que se le concede en la actualidad, sin ser en realidad un trastorno actual.

El presente trabajo se relaciona con las siguientes competencias del Título de Grado en Nutrición Humana y Dietética, incluidas en la *Orden CIN/730/2009, de 18 de marzo*, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Dietista – Nutricionista <sup>2</sup>:

- Integrar y evaluar la relación entre la alimentación y la nutrición en estado de salud y en situaciones patológicas.
- Diseñar y llevar a cabo protocolos de evaluación del estado nutricional, identificando los factores de riesgo nutricional.
- Conocer, detectar precozmente y evaluar las desviaciones por exceso o defecto, cuantitativas y cualitativas, del balance nutricional.
- Planificar, realizar e interpretar la evaluación del estado nutricional de sujetos y/o grupos, tanto sanos (en todas las situaciones fisiológicas) como enfermos.
- Conocer las bases psicológicas y los factores bio-psico-sociales que inciden en el comportamiento humano.
- Conocer la evolución histórica, antropológica y sociológica de la alimentación, la nutrición y la dietética en el contexto de la salud y la enfermedad.
- Describir los fundamentos antropológicos de la alimentación humana.

## **OBJETIVOS**

El objetivo principal del presente trabajo es demostrar la existencia de la anorexia nerviosa en tiempos anteriores al nuestro.

Los objetivos secundarios son los siguientes:

-Definir los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en el marco de la medicina actual.

-Analizar las diferentes variables que, a lo largo de la historia, pudieron dar lugar al origen de la anorexia nerviosa.

-Determinar el significado atribuido a la anorexia nerviosa, el ayuno y la imagen corporal en diferentes épocas históricas.

## **DESARROLLO**

### **-Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos:**

La denominación “trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos” hace referencia a un grupo de enfermedades que implican alteraciones psicológicas y nutricionales. Pueden ser entendidos como una alteración del comportamiento alimentario con consecuencias en la salud física y el comportamiento psicosocial, o como una alteración psicológica con consecuencias en la conducta alimentaria y en el comportamiento social. Su etiología se debe a factores biológicos, psicológicos y sociales, como se mostrará más adelante.

La guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), publicada en 2013 <sup>3</sup>, clasifica los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en los siguientes síndromes clínicos: pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación o restricción de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado y trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado. De estos ocho tipos de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos se especificarán los criterios diagnósticos, subtipos y gravedad de la anorexia nerviosa, por ser el tema escogido en el presente trabajo.

La anorexia nerviosa es definida como un trastorno caracterizado por una excesiva restricción de la ingesta y un miedo intenso e irracional a ganar peso. Como ya ha sido señalado anteriormente, el término “anorexia” significa “falta de apetito”. Sin embargo, en este trastorno la falta de apetito solamente se produce en etapas muy avanzadas, al principio se restringe la alimentación pero no se pierde el apetito; por lo que en realidad esta terminología no está bien empleada para definir el trastorno. Los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa según el DSM-5 son los siguientes:

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en la que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

El DSM-5 clasifica la anorexia nerviosa en dos subtipos:

-Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

-Tipo con atracones o purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

El DSM-5 especifica la gravedad actual de la anorexia nerviosa en adultos estableciendo ciertos límites en el índice de masa corporal (IMC), basándose en las categorías que la Organización Mundial de la Salud establece para la delgadez según el índice de masa corporal. A continuación, en la tabla 1, se encuentran especificados dichos límites del índice de masa corporal junto con un resumen de los criterios diagnósticos y subtipos de anorexia nerviosa.

	ANOREXIA NERVIOSA
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	<p>A. Restricción de la ingesta energética que conduce a un peso corporal significativamente bajo.</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso.</p> <p>C. Alteración en la percepción corporal, influencia del peso en la autoevaluación o falta de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo.</p>
SUBTIPOS	<p>-Restrictivo: No se presentan episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). La pérdida de peso se debe a dieta, ayuno y/o ejercicio excesivo.</p> <p>-Con atracones o purgas: Se presentan episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).</p>
GRAVEDAD	<p>-Leve: IMC <math>\geq 17</math> kg/m<sup>2</sup></p> <p>-Moderado: IMC 16 - 16'99 kg/m<sup>2</sup></p> <p>-Grave: IMC 15 - 15'99 kg/m<sup>2</sup></p> <p>-Extremo: IMC &lt; 15 kg/m<sup>2</sup></p>

Tabla 1: Criterios diagnósticos, subtipos y gravedad de anorexia nerviosa. (Fuente: Elaboración propia en base a DSM-5).

El sexo al que más afecta la anorexia nerviosa es el femenino, siendo entre un 90 y un 95% de los sujetos afectados mujeres y entre un 5 y un 10% varones.

La edad media de inicio de este trastorno se sitúa entre los 13 y los 18 años, aunque en la actualidad existen casos en los que comienza antes de los 10 o después de los 30 años. En general, la edad media de inicio es la adolescencia debido a los cambios corporales que conlleva la pubertad. En los últimos tiempos las condiciones de vida en



general y las condiciones nutricionales en particular han mejorado, adelantando la pubertad y, con ella, la aparición de la anorexia nerviosa.

En cuanto a la clase social, pese a que en los inicios de su investigación afectaba en su mayor parte a chicas de clase social alta o media - alta, en la actualidad afecta a muchachas de todas las clases sociales por igual (García - Camba 2001) <sup>4</sup>.

La prevalencia de la anorexia nerviosa en población general varía entre 0'1 y 1%. En población adolescente y joven femenina se encuentra afectado el 1% de este tipo de población (Ortuño 2010) <sup>5</sup>.

#### **-Etiopatogenia de la anorexia nerviosa:**

Como ya se ha mencionado, la etiopatogenia de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, en general, y de la anorexia nerviosa, en particular, es multifactorial (Rovira y Chandler 2011) <sup>6</sup>. Sus causas se deben a factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan entre sí; por lo que el modelo etiopatogénico actual que explica su origen y mantenimiento se denomina modelo bio-psico-social. Los tres tipos de factores se dan en diferentes fases del trastorno como factores predisponentes, factores precipitantes y factores perpetuantes o de mantenimiento (Chinchilla 2003) <sup>7</sup>.

Los factores predisponentes son los que determinan el riesgo de que se produzca el trastorno. Como ha sido indicado anteriormente, pueden ser biológicos, psicológicos y sociales.

-Factores biológicos: Entre ellos se encuentra la vulnerabilidad genética, la edad (adolescencia), el sexo (femenino), antecedentes de sobrepeso u obesidad y alteraciones producidas en la actividad y la cantidad de ciertos neurotransmisores. Con respecto a este último factor, algunos de los neurotransmisores afectados son serotonina, noradrenalina y colecistoquinina. La serotonina produce saciedad, por lo que su aumento provoca la saciedad precoz. La noradrenalina produce apetito, por lo que su disminución conlleva una disminución de apetito y, por consiguiente, una disminución de la ingesta. Por último, la colecistoquinina se secreta tras la ingesta para producir saciedad mediante la reducción de la velocidad del vaciamiento gástrico, por lo que su aumento produce saciedad precoz debida al enlentecimiento del vaciado gástrico (García-Camba 2001) <sup>4</sup>.

-Factores psicológicos: Entre ellos se encuentran características de la personalidad, vivencias de separación o pérdida de seres queridos y experiencias sexuales adversas. Con respecto al primer factor, las características de la personalidad son elevada tendencia al perfeccionismo, obsesión por el control, competitividad, obediencia, sumisión, desconfianza, tendencia al aislamiento social, baja autoestima, humor depresivo y miedo a madurar o a crecer (López y Sallés 2005) <sup>8</sup>.

-Factores sociales: Los factores sociales tienen que ver con la relación familiar, la influencia de amigos y compañeros, el actual culto a la delgadez y el hecho de dedicarse a ciertas profesiones de riesgo que exigen una determinada complejidad corporal, como deportistas, modelos o bailarinas (Nardone 2003) <sup>9</sup>. Por una parte, las relaciones familiares que predisponen a padecer un trastorno de la conducta alimentaria son aquellas en las que la familia se encuentra desestructurada, con trastornos afectivos y conflictos conyugales; aquellas en las que hay algún antecedente familiar de trastornos de la conducta alimentaria o aquellas que son excesivamente sobreprotectoras y estrictas sin permitir autonomía e independencia (Mardomingo 1994) <sup>10</sup>. Y por otra parte, el culto a la delgadez ejerce presión sobre los jóvenes, solapando belleza y delgadez y confundiéndolas con éxito y poder. Además, este culto se transmite masivamente a través de los medios de comunicación, cuya influencia será analizada más adelante.

Los factores precipitantes son aquellos que provocan que el trastorno comience. Del mismo modo, también pueden ser de tipo biológico, psicológico y social.

-Factores biológicos: Éstos son los cambios corporales producidos durante la pubertad, especialmente en aquellos casos en los que se dan de manera precoz. En esta situación, interactúan factores predisponentes biológicos relacionados con la edad y factores predisponentes psicológicos relacionados con el miedo a madurar o a crecer.

-Factores psicológicos: Están relacionados con acoso escolar, rupturas sentimentales y, al igual que en el caso de los factores predisponentes, separaciones o pérdidas de seres queridos y experiencias sexuales adversas o violencia sexual (Uribe 2007) <sup>11</sup>.

-Factores sociales: Se deben a relaciones familiares conflictivas y relaciones sociales en las que se producen comentarios negativos respecto al cuerpo o peso corporal, se llevan a cabo dietas en grupo o se fracasa en la aceptación de los compañeros.

Los factores perpetuantes o de mantenimiento son aquellos que hacen que el trastorno se mantenga en el tiempo. También pueden ser biológicos, psicológicos y sociales.

-Factores biológicos: La propia malnutrición causada hasta el momento hace que aumente la producción de serotonina y disminuya la de noradrenalina, conllevando a saciedad precoz (López y Sallés 2005) <sup>8</sup>.

-Factores psicológicos: La tendencia al perfeccionismo y obsesión por el control, que cursan como factores predisponentes, hacen que el control sobre la pérdida de peso de la persona afectada por el trastorno sea vivido como una experiencia de éxito y poder interno. El control sobre la pérdida de peso es su único objetivo (Crilly 2012) <sup>12</sup>. El miedo a aumentar de peso, incluido como uno de los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa en el DSM-5, se debe a que ésto supondría una pérdida de control y, por lo tanto, un fracaso. También cursa como factor psicológico de mantenimiento la alteración de la imagen corporal, fenómeno denominado dismorfofobia, incluida igualmente en los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa del DSM-5.

-Factores sociales: Se deben también a conflictos familiares, a comentarios positivos de amigos y compañeros referentes a la delgadez conseguida y a un aislamiento social que conlleva abandono de intereses y actividades de ocio y provoca que la persona afectada por el trastorno de la conducta alimentaria se obsesione aún más con su pérdida de peso y su imagen corporal.

#### **-Prevalencia mayoritaria del sexo femenino:**

Con anterioridad se ha mencionado la mayor prevalencia del sexo femenino sobre el masculino en la anorexia nerviosa y se ha nombrado éste como uno de los factores predisponentes biológicos. Los posibles motivos de este hecho son biológicos e histórico-sociales.

En cuanto a los motivos biológicos, algunos son los siguientes:

-Las niñas asumen los cambios puberales de manera negativa, presentando miedo a la edad adulta y a crecer y madurar. A través de la anorexia nerviosa expresan su deseo de prolongar la infancia y retrasar la edad adulta (García - Camba 2001) <sup>4</sup>.

-Las mujeres resisten la inanición más tiempo que los hombres debido a la necesidad de preservar la especie mediante su capacidad reproductiva en periodos de escasez alimentaria.

-La cantidad de grasa corporal femenina es mayor que la masculina, también debido a la capacidad reproductiva. Sin embargo, esta condición biológica hace sentir mayor presión y deseo de adelgazar (Toro 1996) <sup>13</sup>.

En cuanto a los motivos histórico-sociales, por una parte, nos encontramos con la excesiva importancia concedida al cuerpo ideal femenino en diferentes épocas históricas y, por otra parte, nos encontramos con una sociedad actual influenciada por los medios de comunicación y la globalización.

Comenzando con la importancia concedida al ideal corporal femenino, a lo largo del transcurso de la historia el cuerpo femenino ha sido socioculturalmente más relevante que el masculino; tanto para los hombres como para las propias mujeres. Este ideal corporal ha variado a lo largo del tiempo y con él ha variado la vestimenta femenina, el mejor aliado para alcanzar los objetivos ideales e imposibles impuestos por la sociedad.

Desde la Prehistoria hasta la Edad Media, las mujeres obesas eran consideradas más atractivas que las mujeres delgadas. Esto se debía a que la obesidad se relacionaba con riqueza, poder, salud y fertilidad. En cuanto a la vestimenta, hombres y mujeres utilizaban largas túnicas por igual, sin distinciones en cuanto a sexos. Es a partir del siglo XIV cuando se diferencian los atuendos y comienza la moda con el objetivo de mejorar el aspecto físico haciendo un ideal corporal concreto. Las mujeres llevaban varias capas de ropa, colocando en la parte superior de sus cuerpos camisas atadas con cordones que resaltaban su busto y en la parte inferior almohadillas que resaltaban sus caderas y, por consiguiente, su fertilidad. Sin embargo, la verdadera forma del cuerpo no se apreciaba, ya que ésta estaba aumentada.

A partir del siglo XVII, ya en la Edad Moderna, las almohadillas se sustituyen por enaguas, cuyo objetivo vuelve a ser el mismo, resaltar la fertilidad femenina. Las mujeres vestían hasta doce enaguas, por lo que la verdadera forma del cuerpo seguía sin apreciarse y aumentándose.

En el siglo XIX, comenzando la Edad Contemporánea, apareció el corsé con el objetivo de aparentar una cintura delgada, de hasta 40 centímetros, y resaltar el busto.

En la parte inferior, se siguen llevando varias enaguas para aumentar las dimensiones de caderas, muslos, nalgas y abdomen. Hasta este momento el objetivo de las mujeres había sido aumentar las formas y el tamaño total de su cuerpo o de ciertas partes de él (López y Sallés 2005) <sup>8</sup>. Sin embargo, a partir de este momento, dicho objetivo comenzó a cambiar, centrándose en lo contrario: reducir el tamaño total del cuerpo o de ciertas partes de él. Como acaba de mencionarse, la primera parte a reducir fue la cintura a través del corsé.

Al empezar el siglo XX siguió la moda del corsé, pero la cintura ya no era lo único que se pretendía estrechar. El ideal corporal era recto de hombros a pies, sin redondeces, alto y delgado, semejante al masculino. Las camisas y las faldas eran tan estrechas que apenas permitían movimiento. Las mujeres eran consideradas frágiles debido a su delgadez; sin embargo, esta delgadez y debilidad eran bien vistas, no se las consideraba enfermas por ello (Toro 1996) <sup>13</sup>.

Tras la I Guerra Mundial, el estilo de vida de la mujer cambió y con él, la forma de vestir. Las mujeres debían trabajar para sacar adelante a sus familias, por lo que la vestimenta debía ser lo más cómoda posible. La falda se acortó, el corsé desapareció, pecho y caderas dejaron de resaltarse y aparecieron los pantalones femeninos.

A partir de aquel momento, el cuerpo ideal femenino cada vez ha sido más delgado, a la vez que la vestimenta se ha ido reduciendo y ha permitido mostrar más parte de éste. En la actualidad, este ideal de delgadez se ha convertido en un culto que ha sido transmitido y difundido progresivamente a través de los medios de comunicación y la globalización de occidente.

Desde la aparición del cine y los concursos de modelos, en las primeras décadas del siglo XX, las mujeres han aspirado a que sus cuerpos se asemejen a los de las actrices y modelos que les eran mostradas a través de televisión, prensa ilustrada y carteles publicitarios. Además, según avanzamos en la historia hacia la actualidad, los cuerpos de actrices y modelos van siendo más delgados. A modo de ejemplo, se puede comprobar que en la década de 1950 el icono femenino era la actriz estadounidense Marilyn Monroe, mientras que al llegar la década de 1960 el icono femenino pasó a ser la modelo británica Twiggy (Ogden 2005) <sup>14</sup>. La palabra anglosajona “twig” se traduce como “ramita”; por lo tanto, esta mujer no sólo simbolizaba la delgadez mediante su cuerpo, sino que también lo hacía a través de su nombre. En la imagen 1 se puede apreciar la delgadez de Twiggy.



Imagen 1: Twiggy. (Fuente: Página web oficial de Twiggy Lawson [sede web] 2013 <sup>15</sup>).

Ejemplos como éste explican que las mujeres más expuestas a los medios de comunicación son las que más trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos presentan. Como hace ya varios años afirmaba la psiquiatra y psicoanalista alemana - estadounidense Hilde Bruch, “las revistas y el cine nos traen el mismo mensaje, pero la más persistente es la televisión, que nos bombardea con el mensaje de que podemos ser amados y respetados sólo si estamos delgados” (1978: 24) <sup>16</sup>.

También se explica a través de la globalización de los medios de comunicación el hecho de que un trastorno que durante mucho tiempo ha afectado exclusivamente a muchachas de las clases sociales alta y media - alta (lo que será explicado más adelante), en la actualidad afecte a mujeres de todas las clases sociales (García - Camba 2001) <sup>4</sup>.

No obstante, la televisión, las revistas y el cine no son los únicos medios de comunicación que propician el aumento de la incidencia y prevalencia de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En los últimos años, el desarrollo y amplio uso de Internet con sus chats, blogs y foros ha provocado un intercambio de dietas y consejos por parte de personas que sufren estos trastornos (G. Bermejo, Saul y Jenaro 2011) <sup>17</sup>.

## **-Evolución del significado del ayuno:**

Tras contextualizar el concepto y la etiopatogenia actuales de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos y hacer referencia a los posibles motivos que han producido que sean un tipo de trastorno mayoritariamente femeninos; el presente trabajo se centrará en la evolución histórica del ayuno y del estudio de la anorexia nerviosa. De esta manera, se pretende demostrar su existencia en tiempos pasados a través del análisis de hechos que han quedado reflejados en la historia.

El ayuno ha existido desde el principio de la historia; sin embargo, no siempre ha sido interpretado como un síntoma de enfermedad o trastorno, si no que más bien era concebido como un tipo de conducta religiosa. Estos hechos se deben a que el desarrollo cultural y social de épocas anteriores no había avanzado lo suficiente para llegar a la interpretación de enfermedad. Sin embargo, aún en la actualidad cierto tipo de ayuno también es considerado como una conducta religiosa, siendo un ejemplo el ayuno parcial de los días anteriores a la Semana Santa cristiana (Bynum 1987) <sup>18</sup>.

Desde la Prehistoria hasta la Edad Media, la restricción alimentaria tenía carácter religioso y era admirada por ser considerada un ejemplo de castidad y pureza religiosa. Ya los antiguos egipcios practicaban el ayuno antes de entrar en sus templos sagrados como símbolo de purificación (Chinchilla 2003) <sup>7</sup>. Y ciertas tribus africanas prescindían del alimento para ceder éste a los hijos (Almenara 2003) <sup>1</sup>. Por una parte, este ayuno religioso se trataba de una penitencia, de una forma de agradecer a Dios su poder, de un modo de pagar la propia ignorancia y de un medio para elevar el espíritu a un estado superior. Dicho de otro modo, se consideraba que el ayuno limpiaba el cuerpo y preparaba el alma para su encuentro con Dios. Tal y como afirma Toro “la carne debía ser dominada; el espíritu debía triunfar” (1996: 20) <sup>13</sup>. Por otra parte, el ayuno también estaba interpretado como una forma de ascetismo, ya que se asociaba a visiones y contacto directo con Dios; por lo que las mujeres ayunadoras de estos siglos eran consideradas santas y su supervivencia sin alimento un milagro de Dios, que llevaba a canonizarlas. Este tipo de restricción alimentaria se ha denominado “anorexia santa” y uno de los más destacados casos es el de Santa Catalina de Siena, que más adelante será analizado.

Al empezar la Edad Moderna, en los siglos XV y XVI, las mujeres que sobrevivían sin alimento empezaron a ser concebidas como brujas en lugar de santas y su destino pasó de ser la canonización a ser la quema en la hoguera o el exorcismo. Por lo que la

importancia de conocer el motivo del ayuno radicaba en determinar si éste era obra de Dios o del demonio, en vez de darle la importancia merecida a la salud (Doyen y Cook-Darzens 2005) <sup>19</sup>.

A partir del siglo XVII, los avances de la ciencia lograron que las mujeres ayunadoras captaran la atención de los médicos (Toro 1996) <sup>13</sup>. Éstos querían comprobar si la supervivencia sin alimento debida al milagro de Dios o a la obra demoníaca era cierta y posible. Fue en estos momentos cuando se determinaron síntomas y conductas que todas estas mujeres tenían en común.

Con el comienzo de la Edad Contemporánea, en el siglo XVIII, a las mujeres ayunadoras ya no se las consideraba santas ni brujas; sino embaucadoras, manipuladoras y fraudulentas, una amenaza para el orden social (Martorell, Comelles y Bernal 2010) <sup>20</sup>. También había quien hacía negocio y espectáculo mostrando públicamente su capacidad de vivir sin comer durante varios días, eran los llamados “artistas del hambre” o “artistas del ayuno”. El más famoso de estos artistas del hambre fue el italiano Giovanni Succi, quien vivió en el siglo XIX y realizaba espectáculos en los que pasaba entre 20 y 30 días sin probar alimento. Por último, las mujeres ayunadoras también podrían ser consideradas simplemente excéntricas, como es el caso de la emperatriz Elisabeth de Austria, más conocida como la emperatriz Sissi, cuyo caso también será analizado más adelante. Sin embargo, no fue hasta finales del siglo XIX cuando estas mujeres empezaron a ser tratadas como enfermas y se acuñó el término “anorexia nerviosa”; este hecho también será tratado a continuación.

Pero no solamente ha habido muchachas ayunadoras, también algunos hombres han practicado el ayuno. Un ejemplo de estos hombres fue el poeta inglés Lord Byron, quien vivió entre finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX. Tras ser un adolescente obeso, restringió exageradamente su alimentación y practicó intenso ejercicio físico; convirtiéndose en ejemplo a seguir para muchas muchachas adolescentes de la época. Otro ejemplo fue el escritor austrohúngaro Franz Kafka, quien vivió un siglo más tarde que Lord Byron, entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Kafka se describía a sí mismo como “el hombre más delgado que conozco”, llevaba una dieta excesivamente restrictiva y practicaba intenso ejercicio físico (Toro 1996) <sup>13</sup>.



### **-Estudio de la anorexia nerviosa:**

El primer médico en describir la anorexia nerviosa como una enfermedad fue Richard Morton en 1689, doctorado en Medicina por la Universidad de Oxford. Morton la definió como una perturbación del sistema nervioso, del mismo tipo que la tristeza y la ansiedad, que llevaba a una degeneración corporal y la denominó “consunción nerviosa” (Fairburn y Brownell 2002) <sup>21</sup>. Del mismo modo, también fue Richard Morton el primer médico en describir la anorexia nerviosa en un hombre; en concreto, en un joven de 16 años (Rovira y Chandler 2011) <sup>6</sup>.

Sin embargo, hasta 1873 esta perturbación nerviosa no encontró un término apropiado para definirla. En dicho año, un psiquiatra francés llamado Ernest Charles Lasègue publicó un tratado sobre la enfermedad, denominándola “anorexia histérica”. De este modo, definió la enfermedad como una histeria o trastorno nervioso asociado a un trastorno digestivo. Lasègue estudió varios casos de anorexia histérica y comparó características comunes en todos los casos. La primera de estas características fue la posición socioeconómica y la relación familiar, ya que todas las muchachas estudiadas en los casos pertenecían a familias con un nivel económico suficiente como para invertir en ellas los recursos necesarios para que su enfermedad fuera tratada. Otras características en común fueron la edad de inicio entre los 15 y los 20 años y causas relacionadas con emociones debidas a la transición a la vida adulta. Lasègue estudió ampliamente la psicopatología del trastorno y dividió su evolución en tres fases, comunes a todas las muchachas estudiadas. En la primera fase, la muchacha se restringía voluntariamente el consumo de ciertos alimentos y aumentaba su actividad física. En la segunda fase, se producía un empeoramiento del estado mental de la paciente. Y, por último, en la tercera fase, se producían un adelgazamiento y deterioro físico evidentes acompañados de otros síntomas somatológicos como amenorrea, piel pálida y seca, anemia, vértigo y desmayos (Toro 1996) <sup>13</sup>.

Del mismo modo, también en el año 1873, el médico de la familia real inglesa, William Withey Gull (Crilly 2012) <sup>12</sup>, definió esta enfermedad como un trastorno alimentario y la denominó igualmente “anorexia histérica”. En 1874, un año más tarde, publicó un tratado sobre la enfermedad, pasando a denominarla “anorexia nerviosa”. Tanto Lasègue como Gull estudiaron la misma enfermedad en el mismo período de tiempo, convirtiéndose en los pioneros del estudio científico de la anorexia nerviosa.

Unos años más tarde y una vez establecido el concepto de anorexia nerviosa dentro de la medicina, en 1889 otro médico francés llamado Jean Martin Charcot fue el primero en señalar el miedo a engordar como motivo de la restricción alimentaria en dicha enfermedad. Éste es uno de los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa incluido en la actualidad en el DSM-5. El hecho de que este síntoma no fuera determinado hasta finales del siglo XIX indica una de las dos siguientes opciones. Por una parte, existe la posibilidad de que las muchachas ayunadoras siempre sintieron miedo a engordar pero nunca quedó manifestado en la literatura médica, debido a que los médicos no preguntaban a las pacientes por su estado psicológico y ellas no compartían sus motivos por considerarlos íntimos y por la negación de enfermedad característica de la anorexia nerviosa (Toro 1996)<sup>13</sup>. Por otra parte, también es posible que las muchachas ayunadoras de épocas anteriores no sintieran miedo a engordar y por eso no quedó manifestado, ya que la motivación religiosa del ayuno de la Edad Media que había ocurrido hasta el momento no tenía ninguna relación con el volumen corporal.

Un siglo más tarde, en el año 1961, la psiquiatra y psicoanalista alemana – estadounidense Hilde Bruch describió la distorsión de la imagen corporal, o dismorfofobia, como otro de los síntomas de la anorexia nerviosa. Actualmente, también se halla incluido en los criterios diagnósticos de la enfermedad recogidos en el DSM-5. Así mismo, Bruch también puntualizó que la anorexia nerviosa “no es una verdadera pérdida de apetito, sino más bien una preocupación por la comida y la alimentación” (Chinchilla 2003)<sup>7</sup>.

En el año 1980, la definición de la anorexia nerviosa fue incluida en el DSM-III, la versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales vigente en aquella época.

#### **-Análisis de casos clínicos de anorexia nerviosa a través de la historia:**

A continuación se mostrarán dos casos de anorexia nerviosa acontecidos en diferentes épocas históricas. El primero de ellos, el de Santa Catalina de Siena en el siglo XIV, muestra una anorexia nerviosa de tipo espiritual y religioso. El segundo, el caso de la emperatriz Elisabeth de Austria en el siglo XIX, muestra una anorexia nerviosa basada en objetivos relacionados con la estética; es decir, un tipo de anorexia nerviosa más semejante al que nos encontramos en la actualidad.

## **Santa Catalina de Siena:**

Como se ha mencionado anteriormente, en la época del Medievo el ayuno era considerado una práctica ascética de entrega a Dios. Por este motivo, la enfermedad hoy denominada “anorexia nerviosa”, es denominada “anorexia santa” para hablar de las muchachas que restringían su alimentación con el objetivo de hacer penitencia cristiana. Sin duda, la más devota de estas muchachas ayunadoras religiosas fue Santa Catalina de Siena, a partir de quien va a ser mostrada dicha enfermedad.

Catalina Benincasa y su hermana gemela Juana Benincasa nacieron el 25 de marzo de 1347 en la ciudad italiana de Siena, hijas de un tintorero de clase media-alta. Sin embargo, Juana murió siendo un bebé debido a los malos tiempos que pasaban (Undset 1951)<sup>22</sup>. Catalina era la penúltima de 25 hermanos; muchos de los cuales, al igual que Juana, habían fallecido (Baile y González 2012)<sup>23</sup>.

A los 6 años Catalina tuvo su primera visión de Dios, lo que la llevó a hacer voto secreto de castidad y a rezar y ayunar como entrega cristiana (Ros 2003)<sup>24</sup>. Empezó por rechazar la carne, refiriendo que no soportaba su hedor, y siguió privándose del resto de alimentos cocinados, exceptuando el pan. Debido a esta severa restricción alimentaria, perdió en poco tiempo la mitad de su peso corporal (Bell 1985)<sup>25</sup>.

A los 16 años, la madre de Catalina le buscó un pretendiente, por lo que ella se cortó el cabello para eliminar su feminidad y aumentó sus rezos y su ayuno, alimentándose exclusivamente de pan, verdura cruda y agua (Yates 1991)<sup>26</sup>. Como castigo a esta actitud, sus padres la obligaron a servir al resto de la familia, quienes ella imaginaba que eran los apóstoles. Al llegar a los 17 años, sus padres aceptaron su negativa al matrimonio y a los 19 años ingresó en la orden Dominicana, convirtiéndose en una de las Hermanas de la Penitencia de Santo Domingo (Undset 1951)<sup>22</sup>.

Catalina siguió ayunando en contra de los consejos de sus familiares y confesores. A los 20 años perdió el apetito y dejó de comer pan. A los 25 años se alimentaba exclusivamente de hierbas amargas que masticaba y expulsaba y de la Sagrada Comunión. Su objetivo era dominar sus impulsos corporales, incluyendo el hambre, para lograr la más pura santidad. Objetivo que consiguió, ya que terminó por perder el apetito y sentirse más sana y fuerte cuando no comía.

Catalina pasaba la mayor parte del día y de la noche rezando, solamente dormía media hora cada dos días (Baile y González 2010)<sup>27</sup>. Sin embargo, era una persona

físicamente muy activa, estaba siempre llena de energía y nunca se cansaba. Dicha energía la empleaba en cuidar enfermos, hacer obras por la iglesia y tenía por costumbre caminar rápidamente grandes distancias. Pese a toda su devoción y entrega, se encontraba constantemente en un estado de ánimo deprimido y durante su adolescencia sufrió visiones en las que el demonio le tentaba con el objetivo de incumplir su voto de castidad (Bell 1985) <sup>25</sup>.

A los 33 años, en enero de 1380, decidió dejar de beber agua y el 29 de abril del mismo año murió debido a la inanición en un estado de infrapeso (Baile y González 2012) <sup>23</sup>. Catalina fue canonizada como santa en el año 1461 por el Papa Pío II (Undset 1951) <sup>22</sup>. En la imagen 2 se puede observar una escultura de Santa Catalina de Siena.



Imagen 2: Escultura de Santa Catalina de Siena (Fuente: De Wohl 1960 <sup>28</sup>).

Sus extremados fanatismo y ayuno fueron considerados por algunos de sus contemporáneos como una farsa. Ponían en duda el milagro divino del ayuno, ya que consideraban imposible sobrevivir sin alimento, y decían que Catalina ayunaba en

público pero comía cuando se encontraba a solas (Santucci 2000) <sup>29</sup>. Además, había quien la tomaba por bruja en lugar de santa, basándose también en su exagerado ayuno y relacionando éste con un pacto con el demonio. En realidad, Catalina no sobrevivía debido a ningún milagro divino o pacto demoniaco, si no que padecía un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos denominado “anorexia santa”, debido a que la motivación del ayuno era la santidad y el acercamiento a Dios. En la imagen 3 se muestra un cuadro de Santa Catalina de Siena.



Imagen 3: Cuadro de Santa Catalina de Siena. (Fuente: Salas - Salvadó, García - Lorda y Sánchez 2005 <sup>30</sup>).

La carencia de datos suficientes, debido a que Santa Catalina de Siena vivió hace más de 600 años y al sesgo religioso encontrado en la literatura, imposibilitan diagnosticar anorexia nerviosa en función a los criterios diagnósticos actuales del DSM-5, ya que

no se dispone de su peso y talla ni se conoce si presentaba miedo a engordar y alteración de su percepción corporal. Esto último se debe a que, como ya se ha mostrado, no se relacionaron el miedo a engordar y la alteración de la percepción corporal con la anorexia nerviosa hasta más adelante en la historia; en concreto, a finales del siglo XIX el miedo a engordar y a finales del siglo XX la alteración de la percepción corporal.

Sin embargo, la hiperactividad (caminaba grandes distancias a gran velocidad), el estado de ánimo deprimido y la gravemente severa restricción alimentaria (terminó por privarse incluso de beber agua) indican que Catalina sí padeció anorexia nerviosa, concretamente de tipo restrictivo. Además, también se pueden observar factores predisponentes y precipitantes de tipo psicológico como el fallecimiento de muchos de sus hermanos, los conflictos familiares originados por su negativa al matrimonio y el posible miedo a la vida adulta representado por su negativa a contraer matrimonio. Del mismo modo, también se comprueba la existencia de factores perpetuantes o de mantenimiento como la pérdida de apetito y la tendencia al perfeccionismo y obsesión por el control. La pérdida de apetito seguramente fuera causada por la propia inanición y autorrestricción alimentaria que conllevó una alteración de neurotransmisores; en concreto, una disminución de noradrenalina produciendo una disminución del apetito y un aumento de serotonina produciendo un aumento de la saciedad. La tendencia al perfeccionismo y obsesión por el control se comprueban en el hecho de que tenía por objetivo controlar sus impulsos corporales.

Santa Catalina de Siena nunca fue diagnosticada de ningún trastorno debido al escaso conocimiento científico y médico de la época y a que todos sus síntomas eran relacionados con su divinidad, sin ser siquiera planteada la posibilidad de que sufriera alguna enfermedad.

### **Emperatriz Elisabeth de Austria:**

A partir del siglo XVII, el concepto religioso de la “santa anorexia” fue modificándose gracias a los avances científicos. Las muchachas ayunadoras ya no era santas; sin embargo, sus excentricidades tampoco pasaron desapercibidas. Una de las más famosas jóvenes anoréxicas nerviosas del siglo XIX fue la emperatriz Sissi.

Elisabeth nació el 24 de diciembre de 1837 en Munich, en la imagen 4 se muestra una fotografía de Sissi de niña. El 24 de abril de 1854, a los 16 años de edad, contrajo matrimonio con el emperador Francisco José I de Austria, convirtiéndose en la emperatriz consorte de Austria (Morató 2014) <sup>31</sup>. Desde el momento de su boda, Sissi presentó un estado de ánimo constantemente deprimido debido a la añoranza que sentía hacia su familia y a la presión que ejercía sobre ella su suegra, quien intentó inculcar en la emperatriz los protocolos de la corte. Sin embargo, Elisabeth no entendía dichos protocolos ni estaba de acuerdo con ellos, por lo que no los cumplía. Además, el emperador Francisco José apoyaba las decisiones de su madre en lugar de las de su esposa (Hamann 1982) <sup>32</sup>. Estos hechos conllevaron a que la relación con su suegra estuviera llena de tensión y acentuaron la frialdad y el distanciamiento familiar y conyugal.



Imagen 4: Sissi de niña. (Fuente: Morató 2014 <sup>31</sup>).

En los cuatro primeros años de matrimonio, Sissi quedó embarazada tres veces (Owens 2013) <sup>33</sup>, dando a luz dos niñas y un niño. Sus hijos fueron nombrados y criados por su suegra, quien pensaba que si Elisabeth no era capaz de comportarse

adecuadamente en la corte, tampoco sería capaz de educar a sus hijos para que ellos lo fueran. Diez años más tarde del nacimiento de su tercer hijo, Sissi dio a luz a su cuarta hija, la única a la que pudo educar personalmente (Hamann 1982) <sup>32</sup>. La primogénita de Francisco José y Elisabeth falleció a los 2 años de edad, en un viaje imperial a Hungría debido al tifus (Morató 2014) <sup>31</sup>. En este momento la emperatriz de Austria contaba solamente con 19 años. Esta tragedia y la actitud de su suegra desembocaron en el aislamiento de Sissi de la vida social de palacio, quien pasaba la mayor parte del tiempo en soledad. Ella admitía haberse encerrado en sí misma como un mecanismo de defensa debido a lo mal que había sido tratada en la corte vienesa (Hamann 1982) <sup>32</sup>. Sin embargo, el aislamiento social no fue la única reacción de Sissi a su desdichada vida de emperatriz. También tenía comportamientos extraños y excéntricos referentes a la alimentación y al ejercicio físico.

En cuanto a la alimentación, se negaba a acudir a las comidas y tés familiares, justificando falta de apetito. Los pocos alimentos que consumía se resumían en consomé compuesto por carne de ternera, pollo, venado y perdiz, leche, helados, naranjas y tartas, que compensaba con estrictas dietas restrictivas. Tras cada embarazo, se sometía igualmente a dichas dietas con el objetivo de recuperar lo antes posible su silueta delgada (Morató 2014) <sup>31</sup>.

Y en cuanto al ejercicio físico, pese a que Sissi había sido amante del deporte desde niña, tras su matrimonio se obsesionó en demasía con su práctica. Mandó instalar gimnasios con potros, anillas y espalderas en palacio con el fin de realizar ejercicios gimnásticos, a los cuales dedicaba tres horas diarias. Practicaba equitación y saltaba obstáculos (Owens 2013) <sup>33</sup>, llegando a recorrer a caballo hasta 200 kilómetros en un día. Otra de sus prácticas deportivas consistía en caminar a gran velocidad durante varias horas, incluso hasta seis (Almenara 2003) <sup>1</sup>, a través de campo, montaña o carretera en cualquier condición meteorológica. Por último, también practicaba esgrima y ejercicios de tiro. Toda esta práctica deportiva se consideraba altamente escandalosa para una mujer de esta época; por lo tanto, mucho más escandalosa para una emperatriz.

La depresión de la emperatriz Sissi no sólo la llevó a comportarse de manera excéntrica, sino que también perjudicó su salud. Apenas dormía y muy a menudo sufría vértigo, jaqueca, fiebre, fatiga, náuseas y ataques de tos. Debido a este último síntoma fue diagnosticada de enfermedad pulmonar; pero éste no era su único



problema de salud, ya que también padecía anemia debido a su escasa alimentación (Owens 2013) <sup>33</sup>.

Con referencia a su complexión física, la emperatriz Elisabeth de Austria medía 1'72 metros, pesaba 45 kilogramos y tenía una cintura de 47 centímetros (Morató 2014) <sup>31</sup>, que lograba reducir hasta 40 centímetros a través del corsé. Tal y como se ha visto, la primera prenda cuyo objetivo era reducir dimensiones corporales, en lugar de aumentarlas. Estas medidas hacían que la emperatriz fuera una mujer esbelta, a lo que se añadía su gran belleza, famosa en toda Europa y de la que ella era plenamente consciente, llegando a ser arrogante, narcisista y obsesionada con el objetivo de mantenerla (Hamann 1982) <sup>32</sup>. En la imagen 5 se muestra una fotografía de la emperatriz. En pleno siglo XIX, época en la que las enaguas eran una prenda femenina imprescindible para aumentar las caderas y resaltar la fertilidad, Elisabeth de Austria se negaba a vestirlas con el objetivo de destacar y lucir su delgada y esbelta figura.



Imagen 5: Emperatriz Elisabeth de Austria. (Fuente: Morató 2014 <sup>31</sup>).

Debido a todas las excentricidades en cuanto al comportamiento, depresión, alimentación, deporte y vestimenta de Elisabeth, en la corte vienesa se rumoreaba que la anemia y la enfermedad pulmonar no eran las únicas afecciones de salud de la emperatriz, sino que ésta sufría también un trastorno mental. Sin embargo, lo que en realidad sufría era un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos.

En las líneas anteriores se pueden comprobar los factores predisponentes y precipitantes de tipo psicológico y social que produjeron el comienzo del trastorno. Por una parte, los factores psicológicos fueron la separación de su familia natal debida a su prematuro matrimonio a los 16 años de edad, la pérdida de su primogénita Sofía a los 2 años de edad cuando ella contaba sólo con 19 años, el posible miedo a madurar debido al temprano matrimonio y a la consecuente toma de grandes responsabilidades sin ser su voluntad, y su personalidad depresiva, tendente al aislamiento social y a la obsesión por el control. Esta última característica de su personalidad se puede observar a través del orgullo y la necesidad que sentía por mantener un cuerpo delgado y esbelto. Por otra parte, los factores sociales fueron los conflictos en la relación con su suegra y las críticas hacia la emperatriz llevadas a cabo por la corte vienesa. Del mismo modo, también se pueden comprobar los factores perpetuantes o de mantenimiento de tipo psicológico, siendo éstas el aislamiento social al que Sissi se sometió por voluntad propia y la obsesión por el control, que logró a través del mantenimiento de su delgadez.

El trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos que padecía Sissi era, en concreto, anorexia nerviosa de tipo restrictivo, ya que la emperatriz presentaba los criterios diagnósticos descritos en la actualidad en el DSM-5:

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o al mínimo esperado.

Anteriormente, ha sido comprobada la escasa variedad de alimentos que consumía Sissi, mostrando así su restricción de la ingesta energética. Con el objetivo de comprobar el peso corporal significativamente bajo al que conllevó dicha restricción, se va a calcular el índice de masa corporal de la emperatriz, así como su peso ideal mínimo y el porcentaje de su peso ideal mínimo con respecto a su peso real.

Por una parte, el peso corporal de la emperatriz de Austria era 45 kilogramos (kg) y su talla era 1'72 metros (m). Por consiguiente, su índice de masa corporal (IMC), hallado mediante la división del peso en kilogramos entre el cuadrado de la talla en metros, era 15'21 kg/m<sup>2</sup>; tal y como se comprueba en la tabla 2. Según la catalogación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a la que se hace referencia en la tabla 3, un índice de masa corporal menor a 18'50 kg/m<sup>2</sup> se considera peso bajo y, en concreto, un índice de masa corporal menor a 16'00 kg/m<sup>2</sup> se considera delgadez severa. Y según la gravedad establecida por el DSM-5 y mostrada anteriormente en el presente trabajo, un índice de masa corporal igual a 15'21 kg/m<sup>2</sup> indica una anorexia nerviosa grave. Por lo tanto, el índice de masa corporal de Elisabeth de Austria indicaba una delgadez severa y una anorexia nerviosa grave debidas, en su caso particular, a las consecuencias de una severa restricción alimentaria y una grave desnutrición.

Por otra parte, tomando como referente para un peso ideal mínimo el índice de masa corporal igual a 18'50 kg/m<sup>2</sup>, el peso ideal mínimo de la emperatriz Elisabeth de Austria debería haber sido 54'73 kilogramos. Dicho peso se ha hallado a través de la multiplicación del índice de masa corporal mínimo ideal por la talla de la emperatriz al cuadrado. En cuanto al porcentaje de peso ideal mínimo con respecto al peso real, el peso real de 45 kilogramos representa un 82'22% de este peso ideal mínimo. Esta cifra quiere decir que el peso de la emperatriz era un 17'78% inferior a lo que debería haber sido como mínimo. Dicho porcentaje se ha hallado a través de la división del peso real entre el peso ideal mínimo y su multiplicación por 100. Ambos cálculos se hallan especificados en la tabla 4.

IMC (kg/m <sup>2</sup> ) = peso (kg) / talla <sup>2</sup> (m)	
IMC de Elisabeth de Austria	45 kg / (1'72 m) <sup>2</sup> = 15'21 kg/m <sup>2</sup>

Tabla 2: Índice de masa corporal de la emperatriz Elisabeth de Austria. (Fuente: Elaboración propia).

Catalogación del IMC según la OMS	
<i>PESO BAJO</i>	< 18'50
Delgadez severa	< 16'00
Delgadez moderada	16'00 – 16'99
Delgadez aceptable	17'00 – 18'49
<i>NORMOPESO</i>	18'50 – 24'9
<i>SOBREPESO</i>	≥ 25'00
Pre-obesidad	25'00 – 29'9
<i>OBESIDAD</i>	≥ 30'00
Obesidad grado I	30'00 – 34'99
Obesidad grado II	35'00 – 39'99
Obesidad extrema (grado III, mórbida)	≥ 40'00

Tabla 3: Catalogación del índice de masa corporal según la Organización Mundial de la Salud. (Fuente: Elaboración propia en base a Organización Mundial de la Salud [sede web] 2013 <sup>34</sup>).

<i>Peso ideal (kg) = IMC ideal (kg/m<sup>2</sup>) x talla<sup>2</sup> (m)</i>	
Peso ideal mínimo de Elisabeth de Austria	18'50 kg/m <sup>2</sup> x (1,72 m) <sup>2</sup> = 54'73 kg
<i>Porcentaje de peso ideal (kg) = (peso (kg) / peso ideal (kg)) x 100</i>	
Porcentaje de peso mínimo ideal de Elisabeth de Austria	(45 (kg) / 54'73 (kg)) x 100 = 82'22 %

Tabla 4: Peso ideal mínimo y porcentaje de peso ideal mínimo de la emperatriz Elisabeth de Austria. (Fuente: Elaboración propia).

Como se ha podido comprobar, el primer criterio diagnóstico del DSM-5 se cumple, ya que la restricción de la ingesta energética de Elisabeth de Austria condujo a un peso corporal significativamente bajo; con un índice de masa corporal igual a 15'21 kg/m<sup>2</sup> y un porcentaje de peso ideal mínimo igual a 82'22%.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

Sissi practicaba diferentes tipos de deportes hasta la extenuación y seguía dietas extremadamente estrictas con el objetivo de evitar engordar y mantener su figura delgada y esbelta. Siguió este tipo de dietas incluso después de sus embarazos. Por lo tanto, el segundo criterio diagnóstico del DSM-5 también se cumple.

C. Alteración en la forma en la que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

La emperatriz Elisabeth de Austria era una mujer totalmente consciente de su delgadez y belleza y de la fama que ambas tenían en toda Europa, lo que la llevó a convertirse en una persona arrogante y narcisista. Es decir, no percibía alteraciones en su peso o en su constitución; es más, incluso presumía de ellos. Sin embargo, como ya ha sido mostrado, la alteración de la imagen corporal o dismorfofobia no se relacionó con la anorexia nerviosa hasta finales del siglo XX, siendo uno de los posibles motivos la ausencia de su existencia antes de esa época.

Pero, por otra parte, el hecho de que fuera una persona arrogante con respecto a su esbeltez, indica la influencia de la constitución corporal en su autoevaluación. Ese mismo hecho también indica que la emperatriz presentaba una falta de reconocimiento de la gravedad de su bajo peso corporal. Dicho de otra forma, el tercer criterio diagnóstico del DSM-5 también se cumple.

Una vez comprobado que los tres criterios diagnósticos de anorexia nerviosa se cumplen, de los dos subtipos en que el DSM-5 clasifica este trastorno, la emperatriz Sissi padeció el tipo restrictivo frente al tipo con atracones o purgas; ya que mantenía su delgadez a través de estrictas dietas y severa práctica de ejercicio físico.

Sin embargo, Sissi nunca fue diagnosticada de anorexia nerviosa porque en su época este trastorno aún no había sido descrito como tal, aunque se estaban llevando a cabo las primeras averiguaciones. En su lugar, fue diagnosticada de enfermedad pulmonar debido a su continua tos, cuando este síntoma bien podría haberse debido a su constante nerviosismo y depresión (Owens 2013) <sup>33</sup>.

## **CONCLUSIONES**

Desde la Edad Media hasta la actualidad han existido casos de mujeres que han restringido su alimentación hasta morir de inanición. El hecho de que en épocas socioculturalmente diferentes se hayan producido los mismos tipos de trastornos determina que éstos no son un fenómeno moderno ni dependiente de la cultura, sino más bien de la biología humana. No obstante, lo que sí es dependiente de la cultura es la motivación que da origen a la aparición del trastorno. Esta motivación ha cambiado a lo largo del tiempo, evolucionando del ayuno con motivo religioso de Santa Catalina de Siena al ayuno con motivo estético de la emperatriz Elisabeth de Austria. Dicho de otro modo, los diferentes motivos se deben a los diferentes momentos históricos (Uribe 2007) <sup>11</sup>.

Sin embargo, estas motivaciones diferentes venían dadas por una misma causa, siendo esta causa en común la presión social. En la Edad Media la presión social era fuente de una cultura excesivamente religiosa que proclamaba el ayuno como actitud divina y acercamiento a Dios y en la actualidad la presión social es ejercida por los medios de comunicación y el culto a la delgadez. Es decir, se ha producido una evolución de presión ascética a presión estética.

La presión social no es la única similitud encontrada entre los trastornos en diferentes épocas históricas. Los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes de tipo biológico, psicológico y social también son los mismos; por ejemplo, factores biológicos como la edad puberal o el sexo femenino y factores psicológicos como tendencia al perfeccionismo, obsesión por el control y miedo a la transición a la vida adulta. A excepción, claro está, de factores relacionados con el actual culto a la delgadez y los medios de comunicación. Del mismo modo, las conductas también son semejantes (Baile y González 2010) <sup>27</sup>; por ejemplo, el ayuno y el ejercicio físico excesivo hasta la extenuación.

No obstante, en la bibliografía se han encontrado obstáculos debido a la falta de datos con respecto a ciertos criterios diagnósticos; siendo estos criterios diagnósticos el miedo a engordar y la alteración de la imagen corporal. Como se ha mencionado a lo largo del presente trabajo, la ausencia de estos datos podía deberse a la ausencia de los síntomas o al hecho de que éstos no fueran verbalizados por las pacientes por ser considerados íntimos.

Como conclusión final, la anorexia nerviosa es un trastorno que ha existido en todas las épocas históricas, con diferentes motivaciones, pero las mismas causas, factores y conductas. De este modo, queda cumplido el objetivo principal del presente trabajo, demostrando la existencia de la anorexia nerviosa en tiempos anteriores al nuestro.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Almenara, Carlos. Anorexia nerviosa: Una revisión del trastorno. Revista de Neuro - Psiquiatría 2003; 66: 52-62.
2. BOE: 16/03/2009. *Orden CIN/730/2009, de 18 de marzo*, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Dietista-Nutricionista.
3. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). 1º edición. Madrid: Panamericana; 2013.
4. García - Camba, Eduardo. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. 2º edición. Barcelona: Masson; 2001.
5. Ortuño, Felipe. Lecciones de psiquiatría. 1º edición. Madrid: Panamericana; 2010.
6. Rovira, Bernardo y Chandler, Eduardo. Anorexia nerviosa, curioso no comer para vivir. 1º edición. Buenos Aires: Verlap; 2011.
7. Chinchilla Moreno, Alfonso. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. 2º edición. Barcelona: Masson; 2003.
8. López Madrid, Josep María y Sallés Tenas, Neus. Prevención de la anorexia y la bulimia. 1º edición. Valencia: Nau Llibres; 2005.

9. Nardone, Giorgio. Más allá de la anorexia y la bulimia. 1º edición. Barcelona: Paidós; 2003.
10. Mardomingo Sanz, María Jesús. Psiquiatría del niño y del adolescente. 1º edición. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
11. Uribe Merino, José Fernando. Anorexia, los factores socioculturales de riesgo. 1º edición. Medellín: Universidad de Antioquía; 2007.
12. Crilly, Lynn. Hope with eating disorders. 1º edición. Londres: Hay House; 2012.
13. Toro, Josep. El cuerpo como delito. 3º edición. Barcelona: Ariel; 1996.
14. Ogden, Jane. Psicología de la alimentación. 1º edición. Madrid: Morata; 2005.
15. Página web oficial de Twiggy Lawson [sede web]. 2001. [Fecha de acceso: 31 de Mayo de 2014]. Gallery. <http://www.twiggylawson.co.uk/photogallery.html>
16. Bruch, Hilde. La jaula dorada. 1º edición. Barcelona: Paidós; 1978.
17. G. Bermejo, Belén; Saul, Luis Ángel y Jenaro, Cristina. La anorexia y la bulimia en la red: Ana y Mía, dos malas compañías para las jóvenes de hoy. Acción psicológica 2011; 8 (1): 71-84.
18. Bynum, Caroline Walker. Holy feast and holy fast. 1º edición. Londres: University of California Press; 1987.
19. Doyen, Catherine y Cook-Darzens, Solange. Anorexia, Bulimia: pautas para prevenir, afrontar y actuar desde la infancia. 1º edición. Barcelona: Amat; 2005.
20. Martorell, María Antonia; Comelles, Josep M. y Bernal, Mariola. Antropología y enfermería. 1º edición. Tarragona: Publications URV; 2010.
21. Fairburn, Christopher G. y Brownell, Kelly D. Eating disorders and obesity. 2º edición. Nueva York: The Guilford Press; 2002.
22. Undset, Sigrid. Santa Catalina de Siena. 2º edición. Madrid: Ediciones Encuentro; 1951.
23. Baile Ayensa, José I. y González Calderón, María J. ¿Anorexia nerviosa en el siglo XIV?: el caso de Santa Catalina de Siena. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios 2012; 3: 80-88.



24. Ros, Carlos. Catalina de Siena, santa de Europa. 1º edición. Barcelona: Centre de Pastoral Litúrgica; 2003.
25. Bell, Rudolph M. Holy anorexia. 1º edición. Chicago: University of Chicago Press; 1985.
26. Yates, Alaine. Compulsive exercise and the eating disorders. 1º edición. Nueva York: Brunner/Mazer; 1991.
27. Baile Ayensa, José I. y González Calderón, María J. Trastornos de la conducta alimentaria antes del siglo XX. *Psicología Iberoamericana* 2010; 18 (2): 19-26.
28. De Wohl, Luis. Al asalto del cielo. 8º edición. Madrid: Ediciones Palabra; 1960.
29. Santucci, Giulio Cesare. Catalina de Siena. 1º edición. Caracas: Ediciones Paulinas; 2000.
30. Salas - Salvadó, Jordi; García-Lorda, Pilar y Sánchez Ripollés, Jose Mª. La alimentación y la nutrición a través de la historia. 1º edición. Barcelona: Glosa; 2005.
31. Morató, Cristina. Reinas Malditas. 1º edición. Barcelona: Plaza & Janés; 2014.
32. Hamann, Brigitte. Sisi, emperatriz contra su voluntad. 1º edición. Barcelona: Editorial Juventud; 1982.
33. Owens, Karen. Franz Joseph and Elisabeth, the last great monarchs of Austria-Hungary. 1º edición. Jefferson: McFarland & Company; 2013.
34. Organización Mundial de la Salud [sede web]. 2006. [Fecha de acceso: 29 de Mayo de 2014]. Global database on body mass index. [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)
35. Miján de la Torre, Alberto. Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria. 1º edición. Barcelona: Glosa; 2004.

## ANEXOS

### **Breve historia de la alimentación:**

Tras hacer referencia a la historia del ayuno y de la anorexia nerviosa en el presente trabajo, en este anexo se desarrolla una breve historia de la alimentación. El motivo de este anexo viene dado porque la anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario, y al igual que es importante y necesario conocer la evolución del significado del ayuno a lo largo de la historia para comprender el citado trastorno, también es importante y necesario conocer la historia de la alimentación.

A lo largo del transcurso del tiempo, el comportamiento alimentario de nuestros antepasados ha dependido de diferentes factores y se ha modificado y evolucionado a la par que el propio ser humano. Algunos de los factores que condicionaron el comportamiento alimentario del hombre fueron los siguientes: la disponibilidad de alimentos del medio en el que vivía y la estación del año en que se encontraba, la selección que hacía a partir de esa disponibilidad en función de las características organolépticas de cada alimento en cuestión (olor, tacto, aspecto físico...) que posteriormente condicionaron sus preferencias y aversiones, las características del aparato digestivo, las necesidades energéticas y requerimiento de nutrientes y la competencia entre especies (Miján 2004) <sup>35</sup>. Más adelante en la historia, también fueron factores que condicionaron el comportamiento alimentario las tradiciones y costumbres, las creencias religiosas y la clase social.

En la Prehistoria, en el paleolítico (1.500.000 - 10.000 a. C.), el hombre era nómada, se asentaba temporalmente cerca de ríos y lagos, debido a la presencia del agua y de los animales y vegetales que se situaban cerca de éste. El hombre se alimentaba a partir de la caza, pesca y recolección, sin tener un verdadero conocimiento acerca de qué eran en realidad esos alimentos y los peligros que podía conllevar su ingestión. La dieta era discontinua y cuantitativamente pobre, ya que había estaciones favorables, en las que se cazaba y pescaba en abundancia, y otras desfavorables.

En el neolítico (10.000 - 3.000 a. C.), el ser humano comienza a ser sedentario, debido a que comienzan a desarrollarse la agricultura y la ganadería. La dieta comienza a ser continua y cuantitativamente rica, debido a que acumulan reservas a lo largo del año con vistas a alimentarse durante las estaciones desfavorables; aún así, era necesario restringir ciertos hábitos alimentarios a ciertas estaciones debido a la inseguridad de almacenar algunos alimentos sin que resultasen dañados.

En la Edad Antigua (3.000 a. C. - 476 d. C.), en concreto en la cultura egipcia, el consumo diario de alimentos comenzó a fraccionarse en tres ingestas: desayuno, comida y cena, siendo ésta última la más abundante e importante del día. Las clases sociales comenzaron a distinguirse, distinguiéndose también sus diferentes hábitos alimenticios; así las clases altas disponían de mayor variedad y cantidad de alimentos que las clases bajas (Salas - Salvadó, García - Lorda y Sánchez 2005) <sup>30</sup>. En la imagen 6 se puede apreciar una pintura egipcia en la que se muestra un rebaño de ganado bovino. En la cultura egipcia estos rebaños pertenecían a la familia real y a los grandes templos, signo del comienzo de la distinción entre clases sociales altas y clases sociales bajas.



Imagen 6: Rebaño de ganado bovino en la cultura egipcia. (Fuente: British Museum, Londres, a través de Salas - Salvadó, García - Lorda y Sánchez 2005 <sup>30</sup>).

Al llegar la Edad Media (476 - 1.492 d. C.), la clase social no fue el único factor diferencial de la alimentación, las mujeres debían cuidar más los modales que los hombres, ofreciendo a éstos los mejores bocados y manteniendo las manos bajo el mantel (Toro 1996) <sup>13</sup>. Éste es otros de los factores que propiciaron la anorexia nerviosa como un trastorno generalmente femenino.

Durante la Edad Moderna (1.492 - 1.789 d. C.), la clase alta comenzó a manejar buenos modales en la mesa y a no ingerir alimentos en grandes cantidades; lo cual les diferenciaba también de la clase baja, no sólo la mayor cantidad y variedad de alimentos.

En la Edad Contemporánea (1.789 d. C. - actualidad), los grandes cambios culturales y económicos del mundo occidental, como la revolución industrial o el desarrollo de los medios de comunicación, han determinado la evolución y modificación del comportamiento alimentario. El conocimiento y control sobre los alimentos ha avanzado mucho, llegando a dar lugar a una abundancia de alimentos en occidente; mientras que en el mundo no occidental existen grandes carencias. Hasta esta época, la abundancia de alimentos solamente había sido un lujo de los más poderosos económicamente.

El ser humano ha cambiado progresivamente la escasez de alimentos y la dependencia de factores externos para llevar a cabo una alimentación adecuada, por la abundancia de alimentos y su control y manipulación debido a la industrialización y los avances tecnológicos y científicos. Esta abundancia de alimentos ha tenido como consecuencia, por una parte, el abuso y derroche de éstos, dando lugar a situaciones de obesidad mórbida. Y por otra parte, a su evitación y desprecio dando lugar, entre otras causas, a los trastornos de la conducta alimentaria y a su generalización social, como ya se ha visto a lo largo del desarrollo del presente trabajo.