

Espiritualidad y ascetismo en la anorexia nerviosa

Spirituality and asceticism in anorexia nervosa

Rosa Behar A.¹

Background: Spirituality and asceticism are relevant characteristics of patients suffering from anorexia nervosa (AN). **Objective:** To describe the evidence on spirituality and asceticism in AN. **Method:** Medline/Pubmed databases were used to look for evidence on spirituality and asceticism in AN. **Results:** From an historical point of view, asceticism of medieval saints (“holy anorexia”) and that of the modern anorexics, display common features; nevertheless, the former wanted to reach sacredness and the latest seek thinness, so valuable socioculturally. Contemporary Protestantism and AN share distinctive characteristics of protestant ethics, mainly self-discipline, self-control, self-sacrifice, rationality, efficiency and goals achievement. Although asceticism has been significantly correlated to worse outcome, more treatment dropouts, perfectionism, immaturity and purgative behaviors, is also associated to creative and adaptative skills and its connection to spiritual and religious proneness may help the improvement of psychopathological and/or behavioral symptoms in AN. **Conclusions:** Spirituality may stimulate the motivation, contention and increase therapeutic adherence in patients suffering from AN. It should be considered as a helpful and eventually routine therapeutic tool in the treatment of anorexic patients.

Key words: Eating disorders, anorexia nervosa, spirituality, asceticism.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2012; 50 (2): 117-129

Introducción

Los especialistas que trabajan con pacientes Lanorécticas contemporáneas han resaltado el componente ascético de la anorexia nerviosa (AN), refiriéndose a su elevada moral, su tendencia a la negación de sí misma, la contraposición entre cuerpo y espíritu y la asexualidad¹⁻⁵; lo que no implica que las publicaciones muestren que la temática religiosa sea prominente en todos los casos individuales de AN, ni tampoco encontrar un estilo de vida ascético en todas las pacientes anorécticas.

Si bien, algunos autores han denunciado la

medicalización de las prácticas de ayuno y por ende, de la construcción histórica de la AN⁶; otros, según Banks⁷, aluden a la continuidad durante el siglo XX, de una asociación entre religiosidad y la inanición autoprovocada, reconocida por los historiadores occidentales, desde el cristianismo temprano, pasando por el medioevo, hasta el período victoriano tardío⁸⁻¹².

El propósito de este artículo es efectuar una revisión de la evidencia disponible respecto a la espiritualidad y el ascetismo observados en mujeres portadoras de AN. Se realizará primeramente una descripción del concepto y evaluación del ascetis-

Recibido: 12/03/2012

Aprobado: 4/6/2012

¹ Médico Psiquiatra, Profesora Titular, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso.

mo, de su evidencia publicada en poblaciones con y sin trastornos de la conducta alimentaria (TCA), de su relación con la religiosidad, sus antecedentes históricos e implicancias terapéuticas en la AN.

Metodología

Se llevó a cabo un análisis exhaustivo de la literatura especializada, a través de la base de datos Medline/PubMed (principalmente The Cochrane Library, MeSH), abarcando desde la década de los 90 (1996) hasta la actualidad (2011), utilizando para la búsqueda palabras claves, tales como *eating disorders*, *anorexia nervosa*, *spirituality* y *asceticism*.

Ascetismo

Aunque la acreditación empírica acerca de temas religiosos en la AN no es contundente, en la literatura sobre terapia familiar se describen indicadores de códigos éticos de sacrificio, lealtad y negación sexual en las familias de anorécticas. La AN y el ascetismo se consideran conectados conceptualmente con el proceso de idealización¹³.

Concepto de ascetismo

Huline-Dickens et al¹³, definen el ascetismo como “un modo de vivir basado en la abstinencia voluntaria de placeres sensuales y físicos”. Menninger¹⁴, identifica tres dimensiones del ascetismo: Agresión (o motivación homicida), un deseo de ser castigada (gratificación masoquista), una motivación erótica (o sexual) y un impulso autodestructivo (o suicida). Fassino et al¹⁵, refieren que desde el punto de vista religioso, el ascetismo (del griego *askesis*, ejercicio) indica ejercicios espirituales (negación de sí misma, renuncia de gratificaciones inmediatas o sensuales) en la persecución de la virtud, siendo su finalidad el logro de la perfección; también, las prácticas ascéticas están asociadas con el significado del pecado original con respecto al comer y al sexo¹³. Por otra parte, Bruch¹⁶, describe cómo la abstinencia voluntaria del alimento es un ritual prescrito en muchas tradiciones religiosas como un esfuerzo para liberarse a sí mismo del

egoísmo, intereses materialistas y para purificar el cuerpo y el alma.

Ética protestante

Rampling³, señala que fundamentalmente la fe católica y la tradición protestante han inspirado los valores morales de Occidente. Weber¹⁷, destacó el peculiar espíritu de empresa económica entre los primeros protestantes, caracterizado por la férrea disciplina, racionalidad y un elevado ascetismo, relacionado con complejas fuerzas que mediaban la acción financiera, que ha representado una poderosa influencia en el crecimiento de la civilización industrializada^{17,18}. Al respecto, Huline-Dickens¹³, estima que existen similitudes entre el carácter protestante y la AN; ambos cultivan la disposición al servicio de los demás y el autocontrol constante, con prohibiciones de la sensualidad y espontaneidad, sentimientos de culpa y se orientan hacia la eficiencia y la obtención de logros.

Evaluación de ascetismo

La importancia de las tendencias ascéticas en la AN se confirma por el hecho de que uno de los cuestionarios más ampliamente utilizados para su evaluación, el Inventario de Trastornos Alimentarios-2 (*Eating Disorders Inventory-2*), EDI-2^{19,20}, incluye una subescala específica para la apreciación del ascetismo.

EDI-2

La subescala ascetismo del EDI-2 mide la tendencia a perseguir ideales espirituales autoimpuestos, como disciplina, negación de sí misma, hipercontrol sobre las necesidades corporales y sacrificio. La Tabla 1 describe en pacientes anorécticas, tanto restrictivas como compulsivo-purgativas, a las que se les solicitó, al contestar el cuestionario, a modo de testimonios recogidos de la práctica clínica, sus comentarios respecto a cada uno de los ítems de dicha escala del EDI-2.

Este cuestionario se ha correlacionado con las siguientes variables estrechamente vinculadas a los TCA:

Tabla 1. Reflexiones de pacientes anorécticas sobre la subescala ascetismo del EDI-2

<p>• Me avergüenzo de mis debilidades humanas <i>“Casi siempre y no sé cómo cambiarlo” ... “Cuando sigo con hambre” ... “Siempre, me da miedo que las personas me vean débil o con pena” ... “A menudo porque no me gusta que la gente me juzgue debido a mis imperfecciones” (ANCP)</i></p>
<p>• Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales <i>“Siempre, para no demostrar debilidad ante diferentes circunstancias” ... “Me encantaría tener una varita mágica para ponerme o sacarme lo que yo quiera” (ANCP) ... “Así me sentiría más libre” ... “Me gustaría tener un mayor autocontrol sobre mi cuerpo” (ANR)</i></p>
<p>• Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer <i>“A menudo, principalmente en la comida” (ANCP) ... “No me siento cómoda, me siento culpable” ... (ANR)</i></p>
<p>• La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente <i>“Si me privo de cosas, me da más fuerza” ... (ANCP) ... “Así siento que puedo controlar mis emociones” (ANR)</i></p>
<p>• Comer por placer es signo de debilidad moral <i>“A veces, como por placer para disfrutar algo de la vida, pero es cuando me siento con mucha pena” ... “Creo que si y me da miedo hacerlo” ... “No me gusta, me da cargo de conciencia” (ANCP)</i></p>
<p>• Creo estar relajada <i>“Me cuesta mucho” ... “Siempre estoy nerviosa” (ANCP)</i></p>
<p>• Me siento incómoda por las necesidades de mi cuerpo <i>“A menudo, sobre todo cuando siento hambre y pena” (ANCP) ... “No me gusta sentir hambre” ... “Cuando tengo un apetito exagerado” (ANR)</i></p>
<p>• El sufrimiento te convierte en una persona mejor <i>“Algunas veces, ya que éste te ayuda a enfrentar de mejor manera la vida” ... “Creo que comer por placer es signo de debilidad moral y me da miedo hacerlo” ... “A veces, te hace crecer, ser más fuerte y reflexionar” (ANCP)</i></p>

ANR= Anorexia nerviosa restrictiva. ANCP= Anorexia nerviosa compulsivo-purgativa.

Pronóstico

En un estudio, el ascetismo evaluado por el EDI-2 se correlacionó con el desenlace en la AN: las pacientes con niveles más altos de ascetismo, con mayor probabilidad pertenecían al grupo que no mejoró después de 6 meses de tratamiento multimodal²¹. En otros artículos, se ha observado que el ascetismo se correlaciona con el desenlace del TCA²² y sus altos niveles se asocian con una mayor potencialidad de abandono del tratamiento en la AN.

Perfeccionismo

Aún no está claro cuáles rasgos psicológicos y de personalidad subyacen al ascetismo en la AN, como se expresa en la cultura occidental actual; específicamente en la relación entre el ascetismo y el perfeccionismo; siendo este último uno de los factores principales involucrados en el inicio y mantenimiento de la AN²³⁻²⁷. Debido a su asociación con el ritualismo, disciplina y autocontrol absoluto, el ascetismo podría ser considerado una deliberación

introspectiva del perfeccionismo, característico de las culturas occidentales que han experimentado un alarmante incremento en la prevalencia de AN en los años recientes^{23,28}. Expresamente, Bizeul et al²⁹, sostienen que ciertamente existe una correlación significativa entre el perfeccionismo y el ascetismo, ya que el perfeccionismo se vincula con altas expectativas en relación a sí mismo, con la propia vida y con sentimientos depresivos.

Rasgos de madurez

Igualmente se ha observado una fuerte correlación entre ascetismo y rasgos de madurez, que también configuran el perfil psicológico típico de la AN y con su desenlace³⁰; la madurez y la adultez implican que el sujeto debe enfrentar nuevos roles sociales (incluyendo el sexual), fuertes impulsos e instintos. Estos últimos necesitan ser manejados y el ascetismo puede ser utilizado para lograr el autocontrol y la inhibición de los impulsos de nivel inferior³¹.

El ascetismo ha sido considerado positivamente por Fallon y Howath³², debido a sus implicancias creativas y adaptativas y como un medio para lograr el crecimiento de la personalidad y perfección. No obstante, refieren estos autores, cuando la paciente exhibe un alto nivel de perfeccionismo y temores a la madurez, puede haber dificultad en aceptar e integrar algunos impulsos. El ayuno y los ejercicios de autocontrol pueden entonces volverse destructivamente contra sí misma, al desintegrar estructuras más bajas de personalidad e inhibir impulsos de nivel inferior³¹.

Sentimientos de rabia

Por su parte, los sentimientos de rabia parecen fortalecer las conductas ascéticas. De acuerdo a Katzman y Lee³³, un temperamento rabioso y excesivo control sobre la rabia caracteriza a aquellas anorécticas que alcanzaron puntajes altos en ascetismo. Desde esta perspectiva, ellos puntualizan que puede entenderse la similitud del ayuno de las pacientes anorécticas y el de las santas medievales; en ambos casos, el ayuno representa una “protesta rabiosa” contra las expectativas, presiones y el rol social impuesto a las mujeres.

Conductas purgativas

De igual forma, Abatte et al³⁴, han encontrado una asociación entre ascetismo y conductas purgativas (vómitos) entre las pacientes anorécticas compulsivo-purgativas. En una muestra de bulímicas, las purgas más severas se asociaron con altos niveles de ascetismo. Esto parece contradictorio porque el ascetismo implica una lucha por el control, mientras que el vómito es una actuación impulsiva; pero, este último acompaña posteriormente a los atracones y es considerado como un medio para compensar la liberación de “impulsos inferiores” observados en los atracones. En términos religiosos, el vómito corresponde a un tipo de purga, de limpieza, de expiación.

Factor sociocultural

Banks⁷ cita a Adler³⁵, para exponer que las tendencias ascéticas pueden surgir de la interacción dinámica entre trastornos psicopatológicos estruc-

turales de la personalidad, más o menos severos, relacionados con el perfeccionismo, destructividad dirigida hacia sí misma, fascinación con la muerte y contextos socioculturales, constantemente reelaborados por la imaginación del individuo. Las anorécticas pueden recurrir a los símbolos culturales para dar un significado a sus preocupaciones personales supeditadas a las experiencias del crecimiento, separación y sexualidad y manifestar su sufrimiento canalizado de una manera aceptable y comprensible⁷.

Religiosidad y espiritualidad en la AN

Florenzano³⁶, alude a la distinción que Jiménez³⁷, realiza de la espiritualidad y religiosidad, coincidiendo que la noción de espiritualidad, según la OMS, incluye necesidades humanas posiblemente universales, tales como la necesidad de encontrar sentido, propósito y realización en la vida, la de esperanza o de voluntad de vivir y la de la necesidad de creer, tener fe en uno mismo, en los otros o en Dios. En cambio, la religiosidad es determinada por el grado en el que un individuo cree, sigue y practica una religión, e implica la existencia de un sistema de culto y una doctrina específica que es compartida por un grupo. Huguelet y Koenig³⁸, agregan que la religión involucra una creencia en un poder sobrenatural o en una entidad trascendente, en una verdad o realidad esencial, expresándose en conductas y rituales. Verhagen et al³⁹, complementariamente opinan que la espiritualidad comparte con la religión la creencia personal en ideas de significancia religiosa, tales como Dios, el Alma, o el Cielo, pero rechaza la estructura administrativa, a menudo burocrática y jerárquica y los dogmas de una religión organizada específica.

Creencias religiosas

La evidencia empírica de la presencia de convicciones religiosas en la AN no ha sido consistente. Joughin et al⁴⁰, encontraron que el grado de pérdida de peso en las anorécticas estaba asociado al nivel de importancia otorgada a la religión, especialmente las anglicanas, en las cuales el ascetismo

fue más prevalente y era utilizado para justificar la pérdida de peso.

Jacoby⁴¹, detectó una mayor incidencia de anorécticas restrictivas que eran protestantes y de bulímicas vomitadoras entre católicas romanas, argumentando que el mayor control internalizado de impulsos se observó en las protestantes, fenómeno asociado a la esencia de la ética protestante descrita por Weber¹⁷.

Si bien, Warren et al⁴², concluyeron que la religiosidad no parecía ser un factor relevante en su muestra de pacientes anorécticas y bulímicas, comparada con controles, Sykes et al⁴³, observaron una prevalencia más alta de bulimia y anorexia en pacientes con antecedentes judíos o católicos que en la población general, y una menor en protestantes, sugiriendo que estos hallazgos se relacionan con la importancia otorgada a la alimentación en estos grupos religiosos.

Desde la temprana cristiandad, los dogmas religiosos estipulan que la gula se relaciona con el pecado y la abstinencia de alimentos puede ser considerada tanto penitencia como redención. Además, la noción de virginidad, altamente valorada, destacaba el estado original del cuerpo y también la pureza del alma. Así, la piedad verdadera está enraizada en una actitud de veneración, sumisión y obediencia⁴⁴. Los sentimientos de culpa tienen, de acuerdo a Brown⁴⁵, en su origen, el concepto de transgresión y pueden así ser considerados para representar un castigo autoadministrado, producto de la idea de que la corrupta voluntad del hombre ha llenado el cuerpo con alimento innecesario que genera excesiva energía manifestada como apetito, rabia y lujuria por la carne.

Familia

White⁴⁶, resalta la fuerte demanda de lealtad dentro de las familias de pacientes anorécticas, en cuya dinámica se espera que las mujeres sean sensibles, devotas y sacrificadas; recurriendo a su hija anoréctica para el alcance de logros, estabilidad social y económica. Becker et al⁴⁷, advirtieron que la atmósfera familiar es descrita por las pacientes como muy orientada al rendimiento y sexualmente represiva, a menudo con valores anticuados.

Además, la familia es bastante dominada por uno de los padres, quien también comúnmente dicta el ideal ascético del núcleo familiar. Las pacientes en sí mismas conforman el prototipo familiar de trabajo duro y orientación hacia el rendimiento en un grado considerablemente alto, luchando por ser mejores socialmente y habitualmente manteniendo el ideal de abstinencia sexual. Conjuntamente, Minuchin et al⁴⁸, han señalado la rigidez y sobreprotección de las familias de anorécticas y el normalmente fuerte código religioso o ético esgrimido como justificación para evitar conflictos.

Adolescencia

La adolescencia suele ser una etapa de particular susceptibilidad a las ideas espirituales y religiosas, ya que la persona joven comienza a buscar el significado de la vida y forma el mayor número de relaciones fuera de la familia, a pesar que ésta juega un rol central en la transmisión de la religión¹³. Es un periodo vital estrechamente vinculado a la irrupción de los TCA; siendo una etapa de transición caracterizada principalmente por la construcción y el fortalecimiento de la propia identidad, y, al mismo tiempo, por la asimilación e incorporación de las normas de conducta socioculturales que rigen el entorno de su propia familia y de sus pares⁴⁹. Bridges y Spilka⁵⁰, sustentan que el compromiso religioso de la herencia judeo-cristiana se asocia con la aceptación de los roles femeninos tradicionales y que la socialización de las mujeres en la cultura Occidental ha inculcado tradicionalmente altos niveles de debilidad y culpa¹³, generando inevitablemente visiones negativas del *self* desde que las mujeres son consideradas causas del pecado y del demonio⁵¹, relacionándose con autodestrucción, autocastigo, frustración y rabia, pudiendo asociarse con esos valores religiosos y posiblemente como consecuencia, generar depresión, agorafobia y TCA, patologías habitualmente más prevalentes en el sexo femenino.

Mogul¹, comprendiendo la AN a la luz de la temática del desarrollo adolescente, especialmente en torno a la autodisciplina, estima que el ascetismo posee un importante rol en establecer un sentido de fortaleza y libertad de la dependencia de los padres,

ejerciendo una función adaptativa. Medlicott⁵², explica que bajo el estímulo del ideal ascético, se niega la integridad de la vida, la carne se vuelve corrupta y el mundo es visto como negativo y demoníaco, interfiriendo con el funcionamiento del ego y los impulsos. La regresión que se produce en el estado ascético es considerada por Medlicott⁵², como la primera respuesta del ego ascético al desapego del mundo material, con la renuncia de la satisfacción sensual y la sexualidad genital, que deteriora las relaciones con el medio real y favorece el menoscabo de la razón, la escisión y la proyección paranoide. La prueba de realidad se abandona, los límites del ego se difunden y los conceptos de identidad se pierden, reactivándose los niveles primitivos de funcionamiento que pueden conducir a una agresividad actuada de manera autodestructiva, fantasía sado-masoquista, omnipotencia y omnisciencia. La conexión entre la AN y el ascetismo –según Medlicott–, puede encontrarse en la distorsión de una fase de desarrollo temprana, de tal manera que se afecta la capacidad de idealización, como mecanismo psicológico de defensa, aspecto significativo en el desarrollo de la AN, y a la vez, en la sociedad, un proceso necesario para la existencia de ideales religiosos.

Influencias socioculturales

Medlicott⁵² resalta que entre las variables predisponentes y perpetuantes, las influencias religiosas son factores socioculturales y psicológicos importantes a considerar en la AN. Existen muchos rasgos psicopatológicos compartidos entre la AN y la religiosa ascética, lo que indica un sistema subyacente de desarrollo común. Nociones de sacrificio, sufrimiento, rituales, idealismo, logros heroicos, culpa, introspección, inhibiciones, vigilancia, férrea disciplina y perfeccionismo, se encuentran tanto en la tradición religiosa judeo-cristiana, como también en la anoréctica⁵³. Empero, según Gabbard⁵⁴, el ascetismo de las anorécticas es diferente de aquel de las santas en algunas características que lo convierten en patológico: no tiene un fin o autolimitación y parece representar una senda final de un trastorno intrapsíquico, familiar y social. Por otra parte, el ayuno en la AN siempre se basa en un trastorno

de la imagen corporal y del peso en relación a la autoestima⁵¹.

Desde la perspectiva sociológica, Garrett⁵⁶, refiere que las participantes de un estudio concebían la AN como una búsqueda espiritual y para ellas la recuperación implicó un re-descubrimiento (o creación) de una conexión triple: interna, con los otros y con la “naturaleza”. Estas conexiones eran para ellas las condiciones definitorias de la espiritualidad. La fase negativa de la búsqueda ritualista (anorexia) representa una confrontación con la inevitabilidad de la muerte como un distintivo de la fase positiva (recuperación), en la cual las personas activamente eligen la vida. El autor puntualiza que análisis recientes han demostrado que la continuidad entre el ascetismo y la AN yace en la utilización del alimento como un intento metafórico para confrontar el problema universal de la propia mortalidad.

Mujeres y experiencia religiosa

Ideales ascéticos en la Edad Media y en la época contemporánea

Vandereycken y van Deth⁵⁷, han descrito cómo el ayuno se transformó en una forma relevante de ascetismo dentro de la tradición cristiana. La historia de las santas ayunadoras ha inspirado diversas interpretaciones en el ámbito de la psiquiatría y psicología^{3,53}. Bell⁸, encontró evidencia en su extensa revisión de los registros de mujeres medievales que sugerían que la “santa anorexia” era una rebelión contra el patriarcado. Al mismo tiempo, Bell ha resaltado las similitudes entre el ascetismo de las santas y algunos rasgos psicopatológicos de las anorécticas, particularmente autodisciplina, autonegación, rituales, protesta social, frustración y necesidades físicas, cercanía a la muerte, control sobre los instintos y anhelo de inmortalidad.

Bynum¹², describió cómo las mujeres rechazaban tanto el cuerpo y la familia a través de prácticas alimentarias como un medio de controlarse a sí mismas y sus circunstancias. Así, para una mujer, que tenía pocas opciones, elegir la profesión monástica puede haber sido una sublevación contra las condiciones sociales⁸.

Santas medievales y anorexia santa

Bell⁸, observó que un grupo históricamente significativo de santas italianas del siglo XIII exhibían conductas anorécticas en respuesta a estructuras sociales patriarcales representativas de la época medieval, logrando mediante prácticas tales como la supresión de sentimientos y urgencias físicas (ej. fatiga, impulso sexual, hambre y dolor), la liberación del cuerpo. Distingue entre anorexia “santa” y “nerviosa”, dependiendo de la cultura en la cual la joven mujer se encuentra luchando para obtener el control de su vida. En nuestra cultura Occidental del siglo XX, las metas sociales altamente valoradas son la salud corporal, la delgadez y el autocontrol; en la cristiandad medieval eran salud espiritual, ayuno y otras formas de autonegación. Las anorécticas santas y las anorécticas nerviosas han padecido las consecuencias de la ingesta alimentaria; representando estados ideales de ser (santidad en la Italia medieval, delgadez en la sociedad contemporánea) y evitación del sexo. En ambos tipos se describe una excesiva actividad, tendencias perfeccionistas y vigilancia constante; un desinterés en relaciones humanas comunes, una autosuficiencia y una preferencia por cuidar de los demás, más que recibir cuidado para ellas. Nunca están satisfechas con sus esfuerzos para perseguir sus ideales, ya sea ser santa o delgada⁸. Weinberg et al⁵⁸, añaden que otro punto en común, es que las mujeres anorécticas pueden desarrollar una conducta imitativa, influida y enfatizada por la sociedad, desplegada por las seguidoras de las santas ayunadoras y de la misma manera por las adolescentes actuales. Como se ha mencionado previamente, las primeras intentaban –trascendiendo su corporalidad mediante la fe–, conquistar la infinita comunicación con Dios, mientras que la satisfacción de las últimas consiste en la gloria efímera y mundana de las pasarelas.

Abordajes terapéuticos religiosos y espirituales

Para algunos autores, tanto las experiencias traumáticas como los TCA pueden distanciar a las mujeres de su propia espiritualidad, socavando una

fuerza terapéutica potencialmente importante^{59,60}. Las intervenciones espirituales son escasamente utilizadas en los programas de tratamientos contemporáneos y existe poca confirmación en la práctica clínica disponible en relación a su eficacia; no obstante, se dispone de publicaciones concluyentes que se refieren al valor del componente espiritual en las aproximaciones terapéuticas a considerar en estas pacientes.

Evidencia

1. Terapias ambulatorias

Dittmann y Freedman⁶¹ conjuntamente con Espíndola y Blay⁶², opinan que la recuperación de la AN, es un proceso muy complejo, que va más allá del tratamiento convencional, siendo la aceptación de sí misma, la determinación y la espiritualidad, elementos igualmente importantes. Varias terapias religiosas y espirituales para los trastornos mentales, representadas por el cristianismo, islamismo, taoísmo y budismo, se han encontrado útiles, apoyando su posterior uso e investigación. Hook et al, constataron limitada confirmación en relación a la superioridad de las terapias religiosas y espirituales *versus* aquellas tradicionales establecidas; proponiendo que la decisión para aplicar la visión religiosa/espiritual puede ser un tema de preferencia, tanto de la paciente como del interés y la comodidad del terapeuta⁶³. Por ejemplo, datos cualitativos informan de mejoría en la insatisfacción corporal y en el TCA, debido en parte a la práctica del yoga y su espiritualidad asociada⁶¹.

Jacobs-Pilipski et al⁶⁴, detectaron que las participantes de *college*, no portadoras de TCA, pero en riesgo para desarrollarlo, con fuertes creencias y prácticas religiosas y espirituales, rezaban y meditaban más o leían textos *ad hoc* para manejar la angustia acerca de la imagen corporal. Las participantes sin fuertes creencias, ni prácticas religiosas ni espirituales, utilizaban más la distracción. Aquellas con sólidas creencias que cultivaban la oración, la encontraban efectiva. Según los autores, estas creencias y prácticas pueden ser recursos sub-utilizados para manejar las preocupaciones en torno a la imagen corporal en pacientes con TCA.

2. Hospitalización

En una exploración, se comparó un grupo de mujeres hospitalizadas con TCA, con inclinación espiritual, las que mostraron puntajes significativamente menores en la evaluación de alteraciones psicológicas y síntomas de TCA al final del tratamiento y un mayor bienestar espiritual, comparadas con pacientes de otros grupos. Las pacientes con tendencias espirituales también mejoraron significativamente, de manera más rápida, durante las primeras 4 semanas de tratamiento, proveyendo evidencia preliminar sobre la relevancia del crecimiento y satisfacción espiritual de las pacientes con TCA durante la hospitalización, que pueden ayudar a reducir la depresión y ansiedad, el sufrimiento en las relaciones, el conflicto con el rol social y los síntomas de TCA⁶⁰.

En otra investigación, Marsden et al⁶⁵ demostraron que las creencias religiosas impactan las actitudes y motivación en los TCA. En pacientes adultas cristianas que recibían tratamiento hospitalizadas para AN o bulimia nerviosa, el control del apetito conllevó connotaciones morales. La imagen de sí misma negativa era común entre ellas, basada más en el pecado que en la imagen corporal propiamente tal. La mayoría consideraba su restricción dietética como una penitencia autoimpuesta para agradar a Dios. Para algunas, el autosacrificio se aproximó al extremo del deseo de morir. La muerte por inanición se presentó como el “castigo final”, pero a la vez, ofrecía redención y escape del “pecado” y la “gula”. El tratamiento médico podía ser visto como salvación, manifestando con la conversión religiosa, una búsqueda de sanación; pese a que el fracaso del tratamiento amenazó la fe. Por otra parte, las creencias mejoraron durante el tratamiento, con oración, generando una relación de sanación; además, la sensibilidad de los terapeutas determinó cómo las creencias influyen en el desenlace clínico. Algunas requirieron las normas de la iglesia, otras exploraron el significado de su enfermedad, rebelándose contra esas reglas y cuestionando la autoridad eclesiástica, intentaron redefinir la autoridad parental. La AN se perfiló como una forma de autocontrol moral y físico y su opuesto fue catalogado como “gula”. En estados

precoces de la enfermedad, algunas calificaron el autoenflaquecimiento como una voluntad de Dios, incluso otras pensaban que el TCA era un disgusto de Dios. Estos hallazgos les permitieron a Marsden et al⁶⁵, colegir que la religión proporcionó contención de conductas impulsivas co-mórbidas a través de sus propios códigos morales.

Discusión

Históricamente, según los antecedentes cotejados por diversos investigadores, tales como Bell⁸, Brown⁹, Brumberg¹¹ y Bynum¹², ha sobresalido el componente espiritual y más precisamente ascético que se perfila en la AN; desde aquellos tiempos medievales, en cuyo contexto emergen las rigurosas santas ayunadoras que anhelaban suprimir su cuerpo físico con la finalidad de adquirir un sublime estado místico, que incluso a veces podía llegar al éxtasis divino; hasta las anorécticas postmodernas, que aunque luchan por lograr la extrema delgadez hedonista de su silueta corporal, con fines más mundanos, también exhiben atributos espirituales que recuerdan los preceptos sustentados en la ética protestante^{3,17}.

Liles y Woods⁶⁶, afirman que al considerar la AN desde una perspectiva histórica crítica, pueden encontrarse notables similitudes entre el contexto ascético de las mujeres ayunadoras medievales y las anorécticas modernas. Declaran que aunque la presentación de la emaciación ha cambiado a través de los siglos, el síndrome aún puede ser identificado y verse expuesto a perdurar durante extensos periodos de tiempo y en sociedades en las cuales los individuos (principalmente mujeres) carecen de adecuada atención, control, respeto y/o poder económico, y, cuando ha existido una posibilidad socialmente aceptable para la expresión.

La psiquiatría clínica contemporánea se ha desarrollado vertiginosamente desde la perspectiva explicativa de la neurociencia, y, a su vez, complementariamente, la vertiente sociocultural ha alcanzado un auge trascendental en la comprensión de los síndromes psicopatológicos, como los TCA, cuya etiopatogenia es multidimensional⁵⁵. No obstante, el ámbito espiritual/religioso no ha

sido considerado lo suficiente en el manejo integral de los pacientes. Al respecto, Jiménez³⁷ señala que la dimensión espiritual, para los pacientes, sus familias y también para los médicos tratantes, es especialmente relevante cuando los doctores se encuentran frente a situaciones clínicas intratables o que conducen inevitablemente al fracaso de los tratamientos y finalmente a la muerte, condiciones que caracterizan a las pacientes con AN. Quiceno y Vinaccia⁶⁷, concluyen que la religión y la espiritualidad mediante sus prácticas de meditación y principalmente el uso de técnicas como la relajación y la imaginación, así como el soporte grupal o social, posibilitan, en última instancia, estados de “tranquilidad” que favorecen los procesos cognitivos y la salud mental y física en las personas, en tres aspectos: consigo mismo, con los demás y con el futuro, lo que significa que puedan ser empleadas como estrategias terapéuticas en procedimientos psicológicos multimodales. De acuerdo con los estudios revisados, la experiencia religiosa y existencial se hace más vivencial y cobra significado cuando se está en momentos de crisis y cuando se percibe que el control sobre la vida es incierto.

A pesar de que determinados hallazgos asignan al ascetismo una connotación patológica, que exacerba las manifestaciones sintomatológicas, ensombreciendo el pronóstico en la AN; a la vez, su conexión con la predisposición religiosa/espiritual, le otorga matices constructivos y sanadores en el curso evolutivo del padecimiento.

La fortaleza de los constructos espirituales, en especial en pacientes con TCA que muestran una cierta inclinación espiritual, puede haber sido subestimada por los clínicos, que se sienten incómodos ejerciendo su profesión en una atmósfera espiritual, debido a déficits en aspectos relacionados con su formación, educación, recursos y creencias personales en conflicto. De hecho, las aseveraciones de las pacientes mencionadas en la Tabla 1 se ajustan a los planteamientos de Rampling³, Huline-Dickens¹³ y Hill¹⁸, respecto a que las anorécticas comparten rasgos actitudinales y comportamentales con el patrón de la moral protestante propuesta por Weber¹⁷, especialmente el autocontrol, la abnegación, además de su tendencia al perfeccionismo²² y pa-

rece tener una fuerte heredabilidad y componente transgeneracional^{26,27,68,69}.

Concordamos con Marsden et al⁶⁵, en que la inclusión de la magnitud espiritualidad/religiosidad puede estimular la motivación de las pacientes con AN, proporcionar contención y mejorar la adhesión al tratamiento. Agregan estos autores que para aquellas con intensa fe religiosa, el ejercicio espiritual es útil en la recuperación, y, a su vez, el equilibrio espiritual es simultáneo con los cambios psicológicos positivos; a la inversa, la maduración psicológica puede desafiar las creencias religiosas y resultar en el fracaso del tratamiento o falta de fe.

Asimismo, Marsden et al⁶⁵, invitan a los especialistas a estar conscientes de la dimensión espiritual/religiosa de la AN y advierten que de la misma manera que ésta puede representar un obstáculo para la evolución y el tratamiento, también puede favorecer la motivación y la adherencia terapéutica, que habitualmente es pobre y compleja en estas pacientes^{70,71}. Concordamos con Florenzano³⁶ y Espíndula et al⁷² en incorporar estas creencias y fe en los planes integrales de intervención y estimamos que su exploración y eventual consideración, como herramienta terapéutica debería ser un procedimiento rutinario, desde la primera entrevista, trascendental para el establecimiento y futura mantención de la alianza terapeuta-paciente y perpetuarse a través de la etapa aguda y de recuperación del trastorno. Huguelet y Koenig³⁸, plantean un modelo holístico de abordaje bio-psico-social-religioso/espiritual. Es importante revisar permanentemente esta área de interés para evaluar la continua interacción entre la psicopatología y las actitudes religiosas; condición, que como se ha esbozado, es particularmente relevante en los TCA, donde los déficits esquemáticos en el autoconcepto, pueden traslaparse con los constructos religiosos, como se ha expuesto, ya sea desde las raíces históricas de la AN que surgen en el Medioevo⁷³, como su contraparte observada en nuestra sociedad actual en las jóvenes anorécticas que ambicionan la esbelta silueta corporal⁷⁴, paradigma de la de-construcción cultural del cuerpo⁷⁵, asociada más bien al culto narcisista de éste y a valores bastante más frívolos que la exaltación del espíritu.

Resumen

Antecedentes: La espiritualidad y el ascetismo son características relevantes en las pacientes con anorexia nerviosa (AN). **Objetivo:** Describir la evidencia acerca de la espiritualidad y el ascetismo en la AN. **Método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica de evidencia sobre la espiritualidad y el ascetismo en la AN mediante las bases de datos Medline/PubMed. **Resultados:** Desde una perspectiva histórica, el ascetismo de las santas medievales (“anorexia santa”) y de las anoréxicas modernas, exhibe rasgos comunes; sin embargo, el objetivo de las primeras era alcanzar la santidad y las últimas ambicionan la delgadez, tan valorada socioculturalmente. El Protestantismo contemporáneo y la AN comparten rasgos distintivos de la ética protestante, principalmente autodisciplina, autocontrol, abnegación, racionalidad, eficiencia y obtención de logros. Aunque el ascetismo se ha correlacionado significativamente con peor pronóstico, abandono del tratamiento, perfeccionismo, inmadurez y conductas purgativas, su conexión con la tendencia espiritual y religiosidad implica una capacidad creativa y de adaptación, que puede favorecer la mejoría de los síntomas psicopatológicos y/o conductuales de la AN. **Conclusiones:** La espiritualidad puede estimular la motivación, la contención y aumentar la adherencia al tratamiento de las pacientes con AN. Debería ser considerada como una herramienta terapéutica útil y eventualmente rutinaria en el tratamiento de las pacientes portadoras de AN.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, espiritualidad, ascetismo.

Referencias bibliográficas

- Mogul S. Asceticism in adolescence and anorexia nervosa. *Psychoanal Study Child* 1980; 35: 155-75.
- Palazzoli M. Self-starvation. From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa. New York: Jason Aronson, 1974.
- Rampling D. Ascetic ideals and anorexia nervosa. *J Psychiatr Res* 1985; 19: 89-94.
- Sabom W. The gnostic world of anorexia nervosa. *J Psych Theol* 1985; 13: 243-54.
- Turner B. The body and society. Explorations in social theory. Oxford and. New York: Basil Blackwell, 1984.
- Tait G. Anorexia nervosa: Asceticism, differentiation, government. *Australian and New Zealand J Sociol* 1993; 29: 194-208.
- Banks C. The imaginative use of religious symbols in subjective experiences of anorexia nervosa. *Psychoanal Rev* 1997; 84 (2): 227-36.
- Bell R. Holy anorexia. Chicago: University of Chicago Press, 1985.
- Brown P. The body and society: Men, women and sexual renunciation in early christianity. New York: Columbia University Press, 1988.
- Brumberg J. Fasting girls: Reflections on writing the history of anorexia nervosa. In: Smuts A, Hagen J, editors. *History and Research in Child Development*. Chicago: University of Chicago Press, 1985. p. 93-104.
- Brumberg J. Fasting Girls. The emergence of anorexia nervosa as a modern disease. Cambridge: Harvard University Press, 1988.
- Bynum C. Holy feast and holy fast. The religious significance of food to medieval women. Berkeley: University of California Press, 1987.
- Huline-Dickens S. Anorexia nervosa: some connections with the religious attitude. *Br J Med Psychol* 2000; 73 (1): 67-76.
- Menninger K. Man against himself. New York: Harcourt, Brace & World, 1938.
- Fassino S, Pierò A, Gramaglia C, Abbate G, Gandione M, Rovera G. Clinical, psychological, and personality correlates of asceticism in anorexia

- nervosa: From saint anorexia to pathologic perfectionism. *Transcultural Psychiatr* 2006; 43(4): 600-14.
16. Bruch H. *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. London: Routledge & Kegan Paul, 1974.
 17. Weber M. *The protestant ethic and spirit of capitalism*. London: Allen and Unwin, 1930.
 18. Hill C. *Reformation to industrial revolution*. London: Weidenfeld and Nicholson, 1967.
 19. Garner D. *Eating disorder inventory-2*. Florence: Organizzazioni Speciali, 1984.
 20. Garner D. *Eating disorder inventory-2 manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources, 1991.
 21. Fassino S, Abbate G, Amianto F, Leombruni P, Garzaro L, Rovera G. Nonresponder anorectic patients after 6 months of multimodal treatment: Predictors of outcome. *Europ Psychiatr* 2001; 16(8): 466-73.
 22. Fassino S, Abbate G, Pierò A, Rovera G. Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychother Psychosom* 2002; 72: 126-34.
 23. Fairburn C, Harrison P. *Eating disorders*. *Lancet* 2003; 361: 407-16.
 24. Halmi K, Sunday S, Strober M, Kaplan A, Woodside D, Fichter M, Treasure J, *et al*. Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behaviour. *Am J Psychiatr* 2000; 157 (11): 1799-805.
 25. Woodside D, Bulik C, Halmi K, Fichter M, Kaplan A, Berrettini W, *et al*. Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002; 31 (3): 290-9.
 26. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. 3rd Edition. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 7 (Suppl): 1-54.
 27. Behar R. Trastornos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria*. Segunda Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2010. p. 95-117.
 28. Gordon R. *Anorexia e bulimia: Anatomía de un'epidemia social*. Turin: Cortina, 1991.
 29. Bizeul C, Sadowsky N, Rigaud D. The prognostic value of initial EDI scores in anorexia nervosa patients: A prospective follow-up study of 5-10 years. *European Psychiatry* 2001; 16: 232-8.
 30. Fassino S, Abbate G, Amianto F, Leombruni P, Garzaro L, Rovera G. Nonresponder anorectic patients after 6 months of multimodal treatment: Predictors of outcome. *European Psychiatry* 2001; 16 (8): 466-73.
 31. Dabrowski K. *Personality-shaping through positive disintegration*. London: J & A Churchill, 1967.
 32. Fallon B, Howath E. Asceticism: Creative spiritual practice or pathological pursuit? *Psychiatry* 1993; 56: 310-6.
 33. Katzman M, Lee S. Beyond body image: The integration of feminist and transcultural theories in the understanding of self starvation. *Int J Eat Disord* 1997; 22 (4): 385-94.
 34. Abbate G, Pierò A, Gramaglia C, Fassino S. Factors related to severity of vomiting behaviors in bulimia nervosa. *Psychiatr Res* 2005; 134: 75-84.
 35. Adler A. *La psicología individual*. Rome: Newton & Compton, 1920.
 36. Florenzano R. Religiosidad y salud mental: ¿Amigos o enemigos? *Rev GPU* 2010; 6 (2): 221-9.
 37. Jiménez JP. La espiritualidad, dimensión olvidada de la medicina. *Rev GPU* 2005; 1: 92-101.
 38. Huguelet P, Koenig HG. *Religion and Spirituality in Psychiatry*. Cambridge University Press, Cambridge 2009.
 39. Veerhagen PJ, van Praag H, López-Ibor JJ, Cox J, Moussaoui D. *Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries*. World Psychiatric Association y Wiley Caldwell, New Jersey, 2010.
 40. Joughin N, Crisp A, Halek C, Humphrey H. Religious belief and anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1992; 12: 397-406.
 41. Jacoby G. Eating disorder and religion. *Psychother, Psychosom Med Psychol* 1993; 43: 70-3.
 42. Warren W, Jackson C, Thornton C, Russell J, Touss S, Beumont P. A study of the relation between eating disorder and death concern. *Australian and New Zealand J Psychiatr* 1994; 28: 463-8.
 43. Sykes D, Gross M, Subishin S. Preliminary findings of demographic variables in patients suffering from anorexia nervosa and bulimia. *Int J Psychosom* 1986; 33 (4): 27-30.

44. Douglas J. *The new bible dictionary*. London: The Intersivity Fellowship, 1962.
45. Brown P. *The body and society: Men, women and sexual renunciation in early christianity*. New York: Columbia University Press, 1988.
46. White M. Anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *Family Process* 1983; 22: 255-73.
47. Becker H, Körner P, Stöffler A. Psychodynamics and therapeutic aspects of anorexia nervosa. *Psychother Psychosom* 1981; 36: 8-16.
48. Minuchin S, Rasman B, Baker L. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
49. Behar R. Corporalidad, sociedad y cultura en la etiopatogenia de las patologías alimentarias. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria*. Segunda Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2010. p. 75-94.
50. Bridges R, Spilka B. Religion and the mental health of women. In: J. F. Schumaker J, editor. *Religion and mental health*. New York: Oxford University Press, 1992.
51. Behar R. El cuerpo femenino y la belleza en la historia: Desde la antigüedad a la contemporaneidad. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria*. Segunda Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2010. p. 19-38.
52. Medlicott R. St. Anthony Abbott and the hazards of asceticism: An analysis of artists' representations of the temptations. *Br J Med Psychol* 1969; 42: 133-40.
53. Lacey J. Anorexia nervosa and a bearded female saint. *Br Med J* 1982; 285: 1816-7.
54. Gabbard G. *Psichiatria psicodinamica*. Milan: Cortina Editore, 2000.
55. Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria*. Segunda Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2010. p. 121-47.
56. Garrett C. Recovery from anorexia nervosa: a Durkheimian interpretation. *Soc Sci Med* 1996; 43 (10): 1489-506.
57. Vandereycken W, van Deth R. *From fasting saints to anorexic girls. The history of self-starvation*. London: Athlone Press, 1996.
58. Weinberg C, Cordás T, Albornoz P. Saint Rose of Lima: An anorexic saint in Latin America? *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2005; 27 (1): 57-62.
59. Berrett M, Hardman R, O'Grady K, Richards P. The role of spirituality in the treatment of trauma and eating disorders: recommendations for clinical practice. *Eat Disord* 2007; 15 (4): 373-89.
60. Richards P, Berrett M, Hardman R, Eggett D. Comparative efficacy of spirituality, cognitive, and emotional support groups for treating eating disorder inpatients. *Eat Disord* 2006; 14 (5): 401-15.
61. Dittmann K, Freedman M. Body awareness, eating attitudes, and spiritual beliefs of women practicing yoga. *Eat Disord* 2009; 17 (4): 273-92.
62. Espíndola C, Blay S. Anorexia nervosa treatment from the patient perspective: a metasynthesis of qualitative studies. *Ann Clin Psychiatry* 2009; 21 (1): 38-48.
63. Hook J, Worthington E, Davis D, Jennings D, Gartner A, Hook J. Empirically supported religious and spiritual therapies. *Clin Psychology* 2010; 66 (1): 46-72.
64. Jacobs-Pilipski M, Winzelberg A, Wilfley D, Bryson S, Taylor C. Spirituality among young women at risk for eating disorders. *Eat Behav* 2005; 6 (4): 293-300.
65. Marsden P, Karagianni E, Morgan J. Spirituality and clinical care in eating disorders: A qualitative study. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 7-12.
66. Liles E, Woods S. Anorexia nervosa as viable behavior: Extreme self-deprivation in historical context. *Hist Psychiatry* 1999; 10(39 Pt 2): 205-25.
67. Quiceno J, Vinaccia S. La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Divers: Perspect Psicol* 2009; 5 (2): 321-36.
68. Halmi K, Sunday S, Strober M, Kaplan A, Woodside D, Fichter M, *et al*. Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behaviour. *Am J Psychiatr* 2000; 157 (11): 1799-805.
69. Woodside D, Bulik C, Halmi K, Fichter M, Kaplan A, Berrettini W, *et al*. Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002; 31 (3): 290-9.

70. Behar R. Trastornos alimentarios en la atención primaria: Recomendaciones prácticas para el médico general. En: Behar R, Figueroa G, editores. Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2010. p. 381-401.
71. Figueroa G. La relación terapéutica: Transferencia, contratransferencia y *burnout*. En: Behar R, Figueroa G, editores. Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2010. p. 280-92.
72. Espíndula JA, Valle ERM, Bello AA. Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov.-dec. 2010 [acceso en: 26.05.2012]; 18 (6): [08 pantallas]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae.
73. Behar R. La santa medieval: El cuerpo femenino y la experiencia religiosa. Revista de Psiquiatría y Salud Mental 2005; 3(4): 196-204.
74. Behar R. La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48(4): 319-34.
75. Rodríguez D. La cárcel en nuestro propio cuerpo: Los trastornos alimentarios y la "histeria" como elementos de transgresión y vehículo para expresar la subjetividad femenina a lo largo de la historia y la literatura: siglos XVII, XVIII y XIX. Trastornos de la Conducta Alimentaria 2007; 6: 78-695.

Correspondencia:

Rosa Behar A.

Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

Casilla 92-V, Valparaíso.

Fono/Fax: (56) (32) 2508550

E-mail: rositabehar@vtr.net