

En la salud y la enfermedad:
Aproximación a las condiciones
de vida de las mujeres a través
de las fuentes documentales y la
bioantropología (siglos XVI-
XVIII)

Grado en Historia

Trabajo realizado por Selene Rodríguez Caraballo

Dirigido por:

D^a Matilde Arnay de la Rosa

D^a María Eugenia Monzón Perdomo

Resumen:

En este trabajo se plantea la aproximación a las condiciones de vida de las mujeres de los siglos XVI al XVIII a través de las fuentes documentales y bioantropológicas, aplicando la perspectiva de género. Nuestro discurso girará en torno al concepto de salud, el cual debemos entender en relación con las condiciones materiales y el contexto social de las mujeres. Así, nuestro objetivo es evidenciar que el uso de diversas de fuentes puede elaborar un discurso con mayor profundidad y, además, que el concepto de género es, en sí, una categoría de análisis histórico de gran valor.

Palabras clave: Género, Salud, Mujeres, Paleopatología, Bioantropología, Alimentación, Edad Moderna

Abstract:

This dissertation analyzes some life conditions of women of the Modern Age through documentary sources and bioanthropology from the gender approach. For that, we are going to explain central terms as “health”, which relates to economic status and social context of women. Our principle aim of this study is show variety of sources that elaborate a complex discourse and proving that the concept of gender can elaborate a historiographical analysis.

Key words: Gender, Health, Women, Paleopathology, Bioanthropology, Feeding, Modern Age.

ÍNDICE:

1. Introducción.....	3
2. La experiencia de las mujeres y el concepto de género en la arqueología y la historia...	5
3. La Edad Moderna en femenino.....	8
3.1. Concepción del cuerpo de las mujeres: género, salud y belleza.	9
3.2. La ira de Dios: las enfermedades	15
3.3. El pan de cada día: la alimentación.....	19
4. La bioantropología como fuente.....	23
4.1. El punto de partida: la determinación sexual	23
4.2. La paleopatología	27
a) Patología osteoarticular.....	28
b) Patología infecciosa	30
c) Patología metabólica	32
d) Marcadores nutricionales	35
e) Patología odontológica.....	38
f) La marca del estrés en el registro óseo.....	41
5. Conclusiones.....	42
6. Bibliografía	43

1. Introducción

El siguiente Trabajo Fin de Grado nace con la intención de abordar cuestiones de género a través de la bioantropología en un periodo en el que, generalmente, se han llevado a cabo pocas investigaciones arqueológicas, los siglos XVI al XVIII.

A lo largo del Grado en Historia se ha ofrecido al alumnado una visión amplia de las periodizaciones y se le ha puesto en relación con unas herramientas transversales que permiten realizar este tipo de estudios. Mi inclinación hacia cuestiones de género y la intención de dedicarme en el futuro a la Bioantropología han sido algunos de los factores decisivos para iniciar este trabajo, de carácter multidisciplinar.

La elección de este periodo surge, además de por una cuestión de vocación personal, porque siguen existiendo críticas sobre la escasez o ausencia de trabajos arqueológicos en determinados periodos históricos, algo que, afortunadamente, ha empezado a cambiar en la academia española. Asimismo, desde la perspectiva de género se han abordado cuestiones que habían sido analizadas tradicionalmente desde una visión más androcéntrica, por lo que una revisión de conceptos poco abordados podría ser novedosa. La crítica que hace la historia del género surge a raíz de la voz del feminismo, que ha entendido que la mayoría de los estudios realizados parten de una idea patriarcal que se ha caracterizado por la invisibilización de procesos de interdependencia de sujetos activos en los procesos históricos. En este trabajo trataremos las condiciones de vida de las mujeres que vivieron entre los siglos XVI y XVIII porque, además de abordar un contexto histórico determinado, tendríamos fuentes documentales que, consultadas y relacionadas con algunas evidencias bioantropológicas, podrían arrojar nueva información sobre la salud de las mujeres de la Edad Moderna.

Los objetivos, por tanto, que perseguimos, son:

1. Realizar un trabajo que aúne el manejo de las fuentes documentales y arqueológicas para profundizar en el conocimiento del estado de salud de las mujeres entre los siglos XVI y XVIII.
2. Evidenciar que la aplicación del concepto de género puede utilizarse en la totalidad de variantes y ramas de la historia. De ahí la puesta en valor que haremos de esta práctica como categoría de análisis histórico.

Para tratar las condiciones de vida de las mujeres de este periodo consideramos necesario abordar primero algunos conceptos fundamentales que permitirán entender mejor nuestro discurso. Además, nos gustaría aclarar que hemos eliminado algunas cuestiones relacionadas con el trabajo de las mujeres, porque se trata de una línea de investigación muy activa en la actualidad, y demasiado amplia, que alargaría *ad infinitum* este trabajo. Por esta misma razón no hemos explicado cuestiones relativas a los marcadores de actividad física en el apartado de bioantropología, a pesar de su importancia actual.

Asimismo, hemos dividido el trabajo de manera que permita entender el discurso de forma ordenada. En primer lugar, nos centraremos en el concepto de arqueología de género y su evolución durante las últimas décadas, además del desarrollo de la denominada arqueología histórica. A continuación, pasaremos a dibujar el contexto en el que nos estaremos moviendo, la Edad Moderna, en clave de género y haciendo referencia a ideas relacionadas con la salud y el cuerpo de las mujeres. En tercer lugar, expondremos algunas ideas generales sobre bioantropología y paleopatología, que dejen registro en el material óseo y nos puedan servir para este tipo de estudios.

Hemos enfatizado en aquellas cuestiones que podrían vincularse a través de ambas fuentes de estudio. Temas centrales como la menstruación, las enfermedades o la alimentación podrían ser investigados de manera conjunta con las fuentes literarias, por ejemplo, y a través de los estudios químicos del hueso arqueológico.

En definitiva, nuestro trabajo parte de un marco teórico- la perspectiva de Género- que toma un contexto cronológico determinado y que propone el manejo de fuentes- documentales y arqueológicas- de variada naturaleza para poder, por un lado, acercarse mejor a la perspectiva de género, y, por otro lado, dar mayor profundidad a la cuestión de la salud de las mujeres a lo largo de la historia, algo que hasta ahora no se ha trabajado en profundidad.

2. La experiencia de las mujeres y el concepto de género en la arqueología y la historia.

En este apartado nos centraremos en explicar en qué consiste la arqueología de género y su desarrollo en los últimos tiempos en la academia en España. Así, partiríamos del reconocimiento y el estudio de la contribución femenina a través del registro material óseo, para explicar la participación de las mujeres en la historia (en nuestro caso en la Edad Moderna), con la intención de producir una historia más objetiva (aun reconociendo lo utópico de esto).

Durante la década de 1960 y 1970 surge la arqueología feminista con el ambicioso objetivo de visibilizar a las mujeres, ya que se pretendía romper el paradigma tradicional en la ciencia histórica que desdibujaba la presencia femenina en el proceso histórico (Díaz de Liaño y del Valle, G., 2014). Así, la arqueología feminista se ocupó de rescatar la experiencia de las mujeres en un pasado en el que no habían sido imaginadas, todo ello como consecuencia de la aportación de la crítica feminista (Cintas Peña, 2012: 178).

Asimismo, desde la arqueología feminista (con enfoques posprocesualistas) fueron surgiendo nuevas formas de hacer arqueología: “*queer archaeology*”, la arqueología de la agencia, la arqueología de la identidad, la arqueología de la unidad doméstica o las actividades de mantenimiento, la arqueología de la persona y la arqueología del cuerpo” (Cruz Berrocal, 2009: 36). Algunas de estas corrientes han tenido mayor repercusión en España, como han sido la arqueología de la identidad con Almudena Hernando y la arqueología de la unidad doméstica con los nuevos proyectos desarrollados por la profesora Sandra Montón Subías de la Universidad Pompeu Fabrà (Hernando, 2002).

En este punto, el concepto de género, que acuñaría Scott, es de gran importancia ya que implica una nueva categoría de análisis, que sería la “organización social de las relaciones entre los sexos” (Scott, 2008). Esto viene a decir que las identidades masculinas o femeninas fueron determinadas culturalmente, no por elementos biológicos, y, por tanto, el concepto de género se convertiría en una categoría de análisis histórico válido. El género surge como una reacción a la visión androcéntrica que se había tenido del pasado, en el que las mujeres habían ocupado un segundo plano. Esto se produce en muy en consonancia con el auge del movimiento feminista mundial de finales del siglo XX (Renfrew & Bahn, 2008: 62).

El resultado de la aparición de este concepto, y de la primera experiencia con la arqueología feminista de finales del siglo XX, da lugar a la “arqueología de género”, que aportaría la experiencia de las mujeres en el pasado, a través de peticiones de renovaciones científicas en clave de igualdad (Cruz Berrocal, 2009: 34). El concepto de género se fue incorporando a la disciplina arqueológica después de 1980, sobre todo, a raíz de múltiples críticas realizadas a la historia tradicional, no solo en el ámbito anglosajón¹.

Se empiezan a dar nuevas explicaciones, como en el caso de la aparición de unas tumbas de mujeres vikingas que tenían ajuar de mercader que habían sido interpretadas como espacios funerarios de esposas de los mercaderes, y no como mujeres comerciantes. Por ejemplo, el caso de la Dama de Baza, una tumba ibérica femenina con ajuar que se caracterizaría como lo tradicionalmente masculino. Esto evidencia cómo la perspectiva androcéntrica del pasado ha formado un relato en el que las mujeres no tenían cabida como elementos activos que se hayan ocupado de actividades importantes (Padros Torreira, 2007: 58).

Gracias a la aportación del concepto de género, en los últimos años, este se ha convertido en una categoría historiográfica más y se ha sistematizado el método de análisis en una gran diversidad de trabajos. Para Margarita Sánchez Romero, el género debe ser entendido como la propia identificación de un individuo y su adscripción a una o varias categorías de género a través de la diferencia de sexos y la construcción sociocultural (Sánchez Romero, 2005: 39). En paralelo, Cristina Segura, ha afirmado que el género debe entenderse como una categoría de análisis que no hay que vincular únicamente a los estudios de las mujeres, y que habría que poner en relación con el concepto de clase social, que tan buena aceptación habría tenido en el campo historiográfico desde su aparición (Segura Graño, 2015: 271).

En España, esta arqueología se ha desarrollado de la mano de autoras ya mencionadas como Sánchez Romero, quien lanza una crítica hacia la arqueología de género que se había estado realizando previamente, algo desfasada y que intentó repetir los modelos de la arqueología androcéntrica. Para ella, la cultura material y el sexo de

¹ Estas ideas han sido abordadas en investigaciones de las últimas décadas que han tenido gran repercusión como (Hernando, 2007).

los individuos pueden ser elementos fundamentales en la investigación sobre las relaciones de género en el pasado (Sánchez Romero, 2005).

En el periodo que tratamos, la Edad Moderna, se hacen pocas investigaciones arqueológicas, ya que se toman las fuentes documentales como las primordiales sobre las otras. Por ello, mientras la arqueología que se centraba en la prehistoria avanzaba en cuestiones de género o arqueología feminista, para el caso de las otras etapas históricas, se trabajaba más lentamente. Pero, consideramos que la explicación histórica no puede seguir funcionando atendiendo a los tradicionales parámetros de la historiografía que solo han servido para repetir periodizaciones y estereotipos que habría que deconstruir (López-Cordón Cortezo, 2015: 151).

Y a pesar de que, en España, las investigaciones arqueológicas realizadas en etapas históricas han sido escasas, han crecido en los últimos 30 años, en cuestiones como el proceso del colonialismo hispanoportugués de la Edad Moderna o la guerra civil española. Puede que, a través de nuevas herramientas de análisis como la arqueología para periodos que, en teoría, han sido abordado desde perspectivas más tradicionales, puedan arrojar una visión diferente (Montón Subías & Abejez, 2015: 24).

Dentro de los trabajos arqueológicos, encontramos un amplio abanico de posibilidades de cómo afrontar un estudio sobre un periodo histórico, pero si queremos conocer las condiciones de vida de las personas de esta etapa (a las mujeres, en nuestro caso), debemos tomar la bioantropología como herramienta. Los estudios arqueológicos que se han realizado en algunos yacimientos de los siglos XVI al XVIII, han desvelado algunas prácticas físicas como el “*squatting*”² y patologías como caries, sarro o algunas de tipo osteoarticular, como vemos en el caso de las excavaciones de la trasera de la Ermita de San Miguel de los Ángeles, en San Cristóbal de La Laguna (en 2012) (Machado Gutiérrez, Trujillo-Mederos, Pérez Álvarez, González Navarro, & de la Rosa Arrocha, 2014: 93).

Otro llamativo ejemplo sería el trabajo realizado en la Iglesia de la Concepción en Santa Cruz, que supondría la primera oportunidad desde la bioantropología para estudiar una cantidad poblacional histórica amplia en Canarias. Este tipo de estudios han arrojado

² Se ha identificado en las tibias de facetas mediales y laterales accesorias presencia de acuclillamiento o “*squatting*”, algo que reforzaba el carácter frágil de dichos huesos en los individuos encontrados en las fosas de esta ermita. (Machado Gutiérrez, Trujillo-Mederos, Pérez Álvarez, González Navarro, & de la Rosa Arrocha, 2014: 93).

información novedosa sobre las poblaciones de los siglos XVI, XVII y XVIII del archipiélago, no solo por el registro óseo (y todos los análisis que se pudieran realizar³), sino también por la gran cantidad de material asociado que evidentemente es un punto clave para entender este tipo de contextos (Arnay de la Rosa, M., 2009).

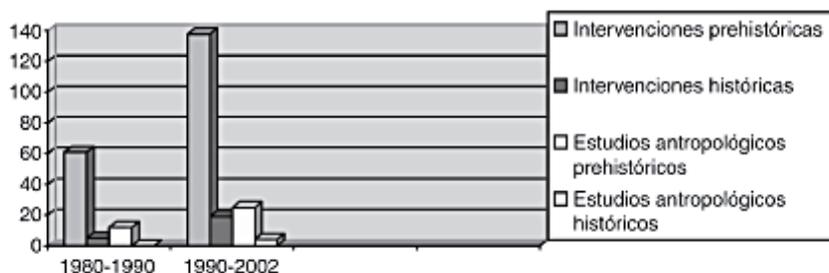


Figura 1 Gráfica que refleja el porcentaje de estudios bioarqueológicos en Canarias en las diversas etapas: prehistóricas e históricas. Fuente (Gámez Mendoza, 2005: 296).

3. La Edad Moderna en femenino

La Edad Moderna se caracteriza por tener una sociedad bastante jerarquizada, basada en los paradigmas del cristianismo y que podemos definir como un sistema patriarcal⁴, algo que provocaba una diferenciación de género en todos los sentidos (Escoriza Mateu, T., 2002). La idea principal era la inferioridad de las mujeres en todos los aspectos de la vida (jurídica, física, económica, política, socialmente, etc.), aunque entre ellas también vemos otras distinciones relacionadas con la clase, edad, etnia, religión o el entorno al que pertenecían (zonas urbanas o rurales).

Con este contexto, es evidente que los documentos con los que afrontamos el estudio de las mujeres de esta época son escasos o fragmentados. La mayoría de los trabajos han obviado la experiencia de las mujeres, y las que han sido recogidas pertenecen a un grupo más privilegiado de mujeres que por motivos de riqueza, posición social o un factor azaroso, pudieron traspasar el paso del tiempo a través de las fuentes textuales (Segura Graño, 1997).

³ Como los estudios dentales que se han ido realizando, como por ejemplo, los análisis de caries o sarro de los cuerpos de La Concepción (siglo XVIII) (González-Reimers, E., Gámez-Mendoza, A. & Arnay de la Rosa, M., 2009).

⁴ Gerda Lerner lo ha definido en sentido amplio, como la “manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y niños o niñas de la familia y la ampliación de ese dominio sobre las mujeres en la sociedad general” (Lerner, 1990).

A continuación, intentaremos hacer un repaso por la concepción del cuerpo, enfermedades y alimentación relacionados con las mujeres para poder entender las diferencias de género en torno a estos ámbitos.

3.1. Concepción del cuerpo de las mujeres: género, salud y belleza.

En los últimos años se han planteado estudios sobre la utilización del género como una herramienta más en la investigación de la salud de las poblaciones del pasado, a raíz de las contribuciones de la crítica feminista. Pero, para poder tener una concepción integral de la salud desde esta perspectiva, debemos atender a las condiciones materiales del entorno en el que esas mujeres se han relacionado con su contexto social. Los factores determinantes que estructuran las desigualdades sociales pueden ser el sexo-género y la clase social que influye en la accesibilidad a la atención en la salud⁵ (Esteban, Comelles, & Díez Mintegui, 2010).

La relación entre género y salud puede seguirse a través de la historia de la medicina, aunque esta se haya centrado en los sujetos masculinos. La historia de las mujeres se ha percatado mucho antes de la necesidad de aprovechar nuevos enfoques que se ofrecen desde la medicina o la filosofía (Bolufer Peruga, 2007: 637).

Asimismo, la historiografía y la aportación de la teoría feminista se han centrado en abordar la relación que las mujeres tienen con sus cuerpos, algo que ha condicionado sus modos de vida. El cuerpo de las mujeres ha sido definido a lo largo de la historia desde discursos mayoritariamente masculinos (aunque no han sido los únicos), dando lugar a una larga producción documental, algo que podría servirnos para entender la evolución del concepto del cuerpo de las mujeres (Bolufer Peruga, 2007: 638).

El peso de las ideas médicas, elaboradas mayormente por varones, ha sido determinante en la construcción del conocimiento sobre los cuerpos y salud de las personas. La autoridad que pudieran tener contribuyó también a crear modelos propios de cada sexo en la modernidad, y así fueron construyendo una naturaleza determinada en base a los conceptos de utilidad o respetabilidad de cada momento. El conocimiento que

⁵ Con estos novedosos enfoques podríamos ver factores que tienen influencia en la salud de las mujeres como enfermedades más incidentes en ellas, la relación de la pobreza y esas condiciones de vida, la violencia directa o indirecta hacia ellas, y como todo ello puede ser la causa principal de la exclusión social (Valls-Llobet, 2009).

se ha tenido sobre hombres y mujeres desde la medicina ha atendido a los parámetros que se tenía de la sociedad en cada etapa⁶ (Bolufer Peruga, 2007:642).

La idea de inferioridad de las mujeres por protagonizar procesos biológicamente naturales surge del estudio que se ha hecho de la medicina a lo largo del tiempo, tomando lo masculino como el canon de lo “humano”, como ha planteado Celia Amorós (Valls-Llobet, 2009:11). Es decir, los cuerpos humanos que han sido estudiados por la medicina o la biología para el estudio eran esencialmente de varones, mientras que los cuerpos de las mujeres fueron relegados a la excepcionalidad y al tabú (su sexualidad, menstruación, menopausia, etc.).

Hasta el siglo XVI, buena parte de la medicina oficial se basaba en la obra de Galeno, quien no llevaría a cabo ninguna obra específica para las mujeres, pero cuyas ideas sí influyeron en la noción que tenían los médicos (hombres) sobre el cuerpo de las mujeres. Por tanto, tomar la obra galénica para la historia de las mujeres puede servir para entender cómo ha funcionado el androcentrismo bajo premisas biológicas y llevar a cabo una investigación que tenga en cuenta las estructuras normativas del género⁷ en la medicina (Moreno Rodríguez, 1995).

De entre los procesos biológicos de las mujeres, nos gustaría destacar la menstruación, como uno de los primeros fenómenos observados entre las mujeres y hombres de la Prehistoria. Este acontecimiento cíclico ha sido vivido durante milenios como un tabú, que culpabilizaba a los cuerpos de las mujeres porque se relacionaba con la contaminación agrícola (Valls-Llobet, 2009).

La menstruación ha sido poco estudiada, pero desde siempre se ha interpretado como una muestra de debilidad de las mujeres que se ha asociado con el mundo mágico. En el siglo XVI algunos científicos (varones) intentaron abordar su estudio a través de autores clásicos como Aristóteles o Galeno, y no en la observación, por lo que se siguió planteando como una muestra de inferioridad natural de las mujeres. Todo esto tendrá

⁶ La historia de la medicina y de las mujeres se han centrado en analizar conceptos como “cuerpo”, “naturaleza”, “biología”, etc., atendiendo a un funcionamiento determinado en hombres y mujeres, algo que cambiaría en función de los modelos de género que se tuvieran en los siglos XVI, XVII o XVIII (Bolufer Peruga, 2007: 644).

⁷ La obra de Galeno tenía un fin pedagógico, además, ya que pretendía crear un canon social masculino a través de la diferenciación sexual. Para él, las funciones de las personas venían determinadas por el sexo (“constitución corporal”), que sería estudiado a través de la teoría del calor, que era más numeroso en las mujeres, y que, por ello, tenían que equilibrar los niveles de calor mediante la menstruación. Esta acumulación de “calor” en las mujeres era la causa que hacía que las mujeres fueran intelectualmente menos desarrolladas, (Moreno Rodríguez, 1995: 133)

como resultado un completo desconocimiento del aparato reproductor femenino hasta el siglo XIX, mientras que el masculino se había estudiado desde finales del XVII (Ferrer, Bosch, & Gili, 1999: 22-23).

En ocasiones, algunas fuentes documentales de tipo literario pueden aportar información sobre qué remedios se seguían para los síntomas menstruales. La menstruación, es un tema recurrente en la “*La Lozana Andaluza*” (1528), protagonizada por una joven prostituta residente en Roma. En esta novela, la menstruación aparece siempre vinculada a recetas y trucos que la protagonista sigue para suavizar los efectos que experimenta. Es curioso que se hace referencia a este ciclo con multitud de nombres que evidencian el tabú que se tenía sobre este proceso natural⁸. Algunos remedios aluden a tomar culantro⁹ para los cólicos menstruales, además de curar todo tipo de dolores estomacales (Delicado, 2011: 98); tomar ruda para provocar abortos y así “limpiar su cuerpo” gracias a la menstruación (Delicado, 2011: 137).

Además, algunos órganos eminentemente femeninos fueron estigmatizados a través de patologías propias para este sexo, como ocurrió con la histeria. Médicos de gran reputación, como Galeno, la caracterizaban como un órgano frío y húmedo imperfecto que vagaba por los cuerpos de las mujeres buscando lugares mejores en los que poder funcionar. Y si bien, durante etapas anteriores, la histeria se relacionaría con entidades demoníacas que conectaban con las mujeres (consideradas brujas en muchas ocasiones), durante el Renacimiento, se produjo un traspaso de la sanación de esta “patología” de la moral al campo de la medicina. Se pretendía curar estas enfermedades “alimentando” el útero para que volviera a su lugar, o casando rápidamente a las mujeres vírgenes o a las viudas. Otras de las causas de esta enfermedad podían ser la frustración sexual femenina (aunque durante este periodo no se pretendía que la sexualidad de las mujeres fuera gratificante), algo que se intentaba curar mediante masajes pélvicos (Fernández Laveda, Fernández Martínez, & Belda Antón, 2014: 67).

Lo más común es que la salud de las mujeres se relacionara siempre con la fertilidad y el embarazo, ya que se entendía que la función principal de las mujeres era la

⁸ Como utilizar el vocablo “en camisa” para hacer referencia a tener la menstruación, aunque también connotaciones eróticas, como vemos en repetidas ocasiones en “*La Lozana Andaluza*” (Delicado, 2011: 31).

⁹ El culantro o coriandro (*Coriandrum sativum*) es una planta que ha servido para los dolores producidos por los gases y por sus múltiples beneficios naturales ha sido utilizada como una planta medicinal durante largo tiempo por médicos (Barnes & Anderson, 2005).

de ser madre. Por eso, se pretendía facilitar y mejorar el proceso (etapa gestante, parto o lactancia, por ejemplo) más importante en la vida de las mujeres de esta época. Todas las mujeres casadas debían centrarse en llevar a cabo su cometido como mujeres-madre, una idea que encontramos reiteradamente en tratados moralistas¹⁰ que explicaban cómo debían ser las esposas, aunque también se daban consejos para las solteras o las viudas (Ríos Mabel, G., 2013).

Según los tratados médicos, lo mejor para las embarazadas era evitar que la cama fuera demasiado blanda, que no durmieran en exceso y realizar sangrías para evitar el aborto (Ferrer, Bosch, & Gili, 1999: 122). En el *“Libro del arte de las comadres o madrinas”* (1541) se refleja la intención de hacer una obra que sirviera esencialmente a las mujeres que iban a parir, pero también a aquellas que iban a ayudar en todo el proceso, ya que sería guiado por mujeres que siempre habían desempeñado el rol de “parteras” y ayudantes de estas. Cuando las mujeres deciden regularizar su labor, algunos hombres elaboran trabajos que hablan sobre cómo debía asistirse en un parto, a pesar de que difícilmente hubieran asistido a alguno¹¹. (García Galán, Medina Quintana, & Suárez Suárez, 2014).

Entre los siglos XVI y XVIII, el parto es una mezcla de religiosidad y superstición¹², pero también se tenían en cuenta la alimentación y salud de la parturienta. Por eso, después de dar a luz, las mujeres tomaban caldo de gallina que podían tener mantequilla, chocolate o vino caliente¹³ (que era un remedio para casi cualquier dolencia). En caso de que el posparto fuera doloroso podían preparar agua de cebada o zumo de acelga y para los pechos hacían un bálsamo a base de hierba de San Juan (García Galán, Medina Quintana, & Suárez Suárez, 2014: 48).

¹⁰ Como la obra de Fray Luis de León, *“La Perfecta Casada”* (1584), que sería el ejemplo de tratado moralista que retrata los valores imperantes de la época y que intenta mostrar el modelo de mujer ideal, siempre desde la óptica del cristianismo (Ríos Mabel G., 2013).

¹¹ Los cirujanos se “entrometieron” en el “arte de partear” y culpabilizaban a las parteras y ayudantes que atendían mal a las numerosas parturientas que morían. Así omitían las malas condiciones higiénicas y las bajas condiciones de vida de unas mujeres que tenían que someterse en repetidas ocasiones a la gestación, algo que las debilitaba (García Galán, Medina Quintana, & Suárez Suárez, 2014: 40).

¹² Las asturianas tenían tótems como llevar con ellas “dientes de animales o poner la llave de su casa debajo de la almohada”; o las moriscas, que llevaban “elementos simbólicos” (como hierbas, telas, etc.) (García Galán, Medina Quintana, & Suárez Suárez, 2014: 48)

¹³ Generalmente, se sobrealimentaba a las mujeres que habían dado luz hacía pocos días para facilitar la producción de leche, aunque algunos tratados médicos aconsejaban que la comida no fuera demasiado grasa, como Fourcroy (Ferrer, Bosch, & Gili, 1999: 122).

Durante buena parte de la modernidad, la maternidad se ha mantenido como un rol que toda mujer debía asumir, asociándose a términos biologicistas, aunque en realidad sea un “constructo cultural” (Méndez Vázquez, 2015: 108). Durante el siglo XVIII, con la ilustración, el concepto de familia se vuelve más sentimental, sobre la mujer recae el papel de madre-abnegada e incluso la infancia se vuelve algopreciado. Es durante esta centuria cuando surgen numerosas obras dedicadas a instruir a las mujeres en este nuevo modelo familiar¹⁴.

Ya en una etapa madura, además de las otras enfermedades que azotaban a toda la población, las mujeres embarazadas quedaban expuestas a los peligros que entrañaban los partos, con complicaciones que podían derivar en la muerte. A esto podemos añadir la importancia del nivel de riqueza de las mujeres a la hora de asumir un parto, ya que, aunque no garantizaba la supervivencia, podía ser una manera de asegurarse cierta medicalización para el alumbramiento.

Asimismo, en el periodo posterior al embarazo, fundamental para la vida del nuevo miembro de la familia, la mujer debía cumplir funciones primarias como alimentarlo, cuidarlo e intentar mantenerlo con vida, algo realmente difícil en la Edad Moderna.

Con la Ilustración y los avances científicos, la medicina se convence de los beneficios de la lactancia y se empieza a considerar que esto no podía quedar en manos de otras, sino de las propias madres. Aunque lo cierto es que la figura de las “nodrizas” se popularizó y grandes cantidades de mujeres campesinas iban a desempeñar este trabajo a las ciudades, mientras que las madres se centraban en seguir aportando nuevos miembros a la familia. Los médicos exigían una serie de cualidades a estas mujeres de manera rigurosa, para tener así leche de calidad para el niño o niña (tanto en lo nutricional, como en lo moral) (Ferrer, Bosch, & Gili, 1999: 111). Pero, lo cierto, es que estas mujeres humildes muchas veces tenían unas pésimas condiciones de vida, lo que les provocaba una desnutrición que hacía que su leche no fuera suficiente para su descendencia, ni para la ajena. (Ferrer, Bosch, & Gili, 1999: 117).

¹⁴ En esta época aparecen numerosas obras médicas que hablan sobre la importancia de que las madres amamanten a su propia descendencia, hablando sobre los beneficios de la lactancia, sobre todo cuando se relaciona con una mayor tasa de supervivencia infantil (Ferrer, Bosch, & Gili, 1999: 110).

Como hemos visto, la lactancia es un proceso que obligaba a las mujeres a cuidar o modificar sustancialmente su alimentación habitual con el objetivo de producir una leche de mejor calidad para el bebé. Es en el siglo XVIII cuando se empiezan a producir obras que hablan sobre la calidad de la leche, de los beneficios que reportaba su consumo a los bebés y un cuerpo normativo que monitorizaba este periodo femenino. Muchas veces, desde estos tratados se ponía en el ojo de mira a las nodrizas, que eran dibujadas como personas insensibles que solo estaban preocupadas por lo monetario, olvidando la labor que desempeñaron en la salud y mortalidad de la infancia (Ferrer, Bosch, & Gili, 1999).

En cuanto a la apariencia externa de las mujeres y el cuidado personal, habría que mencionarlo con especial atención. Es sobre todo a partir del Renacimiento cuando las ideas de la moda y la apariencia se van vinculando cada vez más con el estado de salud o la idea de persona “bien cuidada o aseada”. El arreglo personal de las altas esferas y de las mujeres se iniciaría sobre todo en la corte francesa, aunque luego pasaría a la corte española, donde no significaba solo una mayor higiene para las personas, sino que el cuerpo se convertía en el escaparate en el que plasmar distinciones económicas y de género (Corbin, Courtine, & Vigarello, 2005). Ello se evidencia a través de los denominados “recetarios”, documentos que nos ofrecen recetas culinarias, cosméticas y medicinales, por lo que supone una fuente histórica sobre los conocimientos científicos que se tenía sobre botánica y química también.

Los recetarios femeninos españoles que se han conservado han pasado de generación en generación por vía femenina, cuyo contenido tenía que ver con la salud, higiene, belleza y sexualidad de las mujeres, todo ello tratado a través de recetas en las que se mezclan aspectos relacionados con la alimentación, cosmética y medicina. La recuperación o mantenimiento de la salud, a través de recetas naturales¹⁵, era una de las cuestiones centrales en este tipo de documentos, sobre todo a aquellos procesos o enfermedades propias de la mujer. Al ser libros que custodiaban las mujeres, incluían recetas sobre remedios para la menstruación, recetas afrodisíacas o mejunjes para la menstruación, embarazo, parto o el periodo de lactancia¹⁶. Además, la belleza para las

¹⁵ Vemos remedios para la cabeza, ojos, dentadura, huesos, cualquier órgano, la piel e incluso la locura, basados en la ingesta de ciertos alimentos, por lo que, la alimentación y la medicina mantenían una estrecha relación en esta época. (Pérez Samper, 1997:144)

¹⁶ Se han recogido recetas para frenar el proceso de lactancia (“quitar la leche”) compuestas por cera, aceite de azucenas y de almendras que ponían a cocinar para luego aplicarlo sobre los pechos con telas nuevas, que quedó recogida en el manuscrito de “*Recetas y memorias para guisados, confituras, olores, aguas,*

mujeres era algo de gran importancia, por lo que se explica la elaboración de numerosos perfumes, aguas, polvos, cremas o formas de teñirse el cabello (Pérez Samper, 1997: 139).

Las diversas materias primas que mencionan hablan del extenso bagaje que tenían sobre el mundo natural, como algunas autoras han apuntado, pero también pudo suponer un empeoramiento de la condición de vida de las personas que las consumían. Esto se ve reflejado a través del “*Manual de Mujeres*¹⁷”, citado en algunos trabajos, en el que se hace referencia a elementos utilizadas que suponen cierto riesgo para la salud de las mujeres, público central al que va dirigida la obra. Ortego Agustín señala algunas materias primas como arcilla, mármol, sal gema, cal, plomo¹⁸, antimonio, bórax, amoníaco, etc., además de elementos vegetales (especias, frutos, resinas, carbones, ...), y otros de origen animal (sepia, corales, sebo, hiel, hígados, huevos, etc.) (Ortego Agustín, 2009). Siempre y cuando todo ello fuera utilizado en cantidades suficientes o de manera repetida, podremos ver algún rastro de estas actividades en el registro arqueológico, como veremos en capítulos posteriores.

Mención especial merece el solimán, producto elaborado a base de mercurio que se utilizaba para blanquear la piel, aunque se conocían sus negativos efectos para la salud de las personas (en su mayoría mujeres). Esta práctica era habitual porque el canon de belleza lo había marcado así: mujeres con cuerpos pálidos, de una blancura excesiva y llegando incluso a resaltarse lunares artificiales para evidenciar su belleza femenina (Pérez Samper, 1997: 136).

En esta misma línea, destacaremos algunos estudios que han afirmado que el plomo, metal utilizado durante la Edad Moderna con fines terapéuticos o estéticos, es perjudicial para la salud de las personas, algo que en grandes cantidades o un uso continuado en el tiempo puede llegar a intoxicarlas (Poma, P. A., 2008).

3.2. La ira de Dios: las enfermedades

El concepto de enfermedad que se tuvo durante toda la Edad Moderna se ponía en relación con la oposición a la salud, y entender estos conceptos supone acercarse a la

afeites, adobos de guantes, ungüentos y medicinas para muchas enfermedades” del siglo XVI (Pérez Samper, 1997: 145).

¹⁷ “*Manual de mujeres en el cual se contienen muchas y diversas recetas muy buenas*” (1475-1522). Es una obra que estaba dedicada a las mujeres de clase alta que habrían aprendido a leer (Ortego Agustín, 2009: 69)

¹⁸ Algunos ejemplos de las diferencias entre restos de plomo en poblaciones prehispanicas de Tenerife, con las poblaciones del siglo XVIII, muestran que en el periodo moderno las personas (al menos en el caso de esta isla) presentaban unos mayores niveles de este material (Arnay-De-La-Rosa, y otros, 1998).

lógica de los remedios que estas poblaciones pudieran llevar a cabo (Lindemann, 2001: 11).

Las patologías que podemos seguir se ciñen a las que son visibles para la bioantropología, y que posteriormente veremos. Por tanto, no trataremos aquellas enfermedades que apenas dejaron registro en el material óseo. Igualmente, destacamos que nuestra intención es acercarnos a las diferencias de género a través de las enfermedades, mediante la explicación histórica y arqueológica.

Tradicionalmente se planteó para la Edad Moderna una disminución general de las tasas de mortalidad, como consecuencia del crecimiento poblacional favorecido por la capacidad de superación de enfermedades (gracias al lento pero efectivo avance médico y al fortalecimiento del sistema inmunológico de las personas). Asimismo, dentro de ese pensamiento tradicional cabía destacar la mejora de los niveles nutricionales de las dietas después del proceso de intercambio entre América y Europa. Jordi Nadal planteaba esta etapa como el tránsito de una demografía antigua a la demografía moderna, entre los siglos XVI y XVIII (Nadal, 1988: 17).

Con el inicio del Renacimiento, la medicina experimentó un reajuste en sus teorías más esenciales, y aunque nunca abandonaron los planteamientos galénicos, esta ciencia sí adquirió un sesgo mucho más crítico (Maradona Hidalgo, 2010: 81). Para los médicos de la época, el máximo objetivo sería que el ser humano tuviera un cuerpo con una perfecta maquinaria y que pudiera desarrollar su alma (Fernández Díaz, 2012: 113). La teoría de los humores era una de las más extendidas, los especialistas alentaban a los baños de agua con bastante precaución y la idea de la “*higiencia*¹⁹” había reaparecido, algo que tendrá relación con los planes de mejora urbana del periodo. La medicina hipocrática y galénica pretendía llevar a cabo un continuo entre salud y enfermedad, situando a cada individuo en alguno de estos conceptos. Las terapias o tratamientos pretendían reajustar los desequilibrios que observaban en las personas enfermas, a través de un trasvase de humores (con sangrías o purgas) (Lindemann, 2001: 4).

En los siglos XVII y XVIII, ya se aprecia como la sociedad y la ciencia médica han cambiado, aunque ligeramente, y la llegada de ciertos alimentos permite aumentar

¹⁹ Este concepto surge del corpus galénico y hacía referencia a la relación entre salud y limpieza, algo que se vinculó al medio urbano. Esta idea, por tanto, viene a justificar las medidas que se fueron tomando en torno a las grandes ciudades para conseguir cierta higiene o para evitar la propagación de determinadas enfermedades. (Ortego Agustín, 2009: 78)

los niveles de ingesta calórica. Así, con unas poblaciones mejor alimentadas, se emprendió una nueva metodología médica basada en la observación y en la interpretación a través de esta, idea que se extenderá aún más a lo largo de la Ilustración (Lindemann, 2001: 6).

Las epidemias, tan comunes en este periodo, tienen grandes repercusiones en lo económico, político y social. Son patologías infecciosas que se difunden durante cierto tiempo, en un lugar determinado, afectando a un número de personas elevado a lo habitual (Segura Munguía, 2004: 256).

Eran más frecuentes en los ámbitos urbanos, ya que eran auténticos focos de inmundicia e insalubridad, y es en estos focos donde primero se desarrollan las grandes epidemias españolas (como la peste²⁰). En Madrid llegó a decretarse que las aguas residuales no podían ser arrojadas por las ventanas, ya que serían recogidas a las diez de la noche (en invierno) o a las once (en verano) (Anderson & Zinsser, 1991: 406). Esto lo que viene a evidenciar es que, la teoría del *higienismo* fue evolucionando en paralelo a los avances médicos, la preocupación por reducir las tasas de mortalidad y el concepto de salud que se tuvo, sobre todo durante el siglo XVIII (Betrán Moya, 2006: 181).

En este proceso, evidentemente, las personas más pobres y, especialmente, las mujeres de este grupo social iban a ser las primeras afectadas, algo que tendríamos que tener en cuenta. Muchas mujeres quedaban “solas” (ya que algunos miembros de sus familias morían y quedaban desprotegidas, como el caso de las viudas), por lo que tenían que vivir en unas peores condiciones económicas y familiares, dedicándose a actividades laborales como la prostitución, que conllevaba al contagio de enfermedades de transmisión sexual.

El tifus es otra enfermedad frecuente entre los siglos XVI y XVIII, relacionada con la infranutrición y la falta de higiene, que se daba, sobre todo, en aglomeraciones de muchas personas en espacios reducidos, lo que suponía unas peores condiciones sanitarias, favorables a la aparición de parásitos (piojos comúnmente) (Maradona Hidalgo, 2010). Las malas condiciones de vida y la escasa mentalidad de principios de la Edad Moderna de la higiene provocaban que las personas más pobres, especialmente

²⁰ La peste es una de las epidemias mejor estudiadas a través del registro documental en este periodo, algo que, de momento, resulta complicado poder seguir a través del registro óseo. Al menos, en un diagnóstico a priori, no podría identificarse, ya que sería necesario realizar análisis genéticos y, una vez ahí, empezar a abordar cuestiones de género desde diversas perspectivas.

mujeres en situación socioeconómica baja fueran las primeras en caer enfermas de este tipo de patologías.

La sífilis podía transmitirse por vía sexual, por el contacto con lesiones, sangre o por la placenta de una madre infectada a su descendencia. En un primer momento fue denominada como “morbo gálico” y en ocasiones se intentó combatir con sangrías (Lindemann, 2001: 58). También se llegó a utilizar mercurio como remedio para esta enfermedad venérea, a base de ungüentos o a través de la ingesta, lo que además provocaba grandes heridas en la boca y garganta (Lindemann, 2001: 59).

Al igual que la sífilis, otras enfermedades han dejado registro en el material óseo de manera similar, o se han dado casos de sífilis endémicas cuyo origen no es venéreo. Para algunos paleopatólogos antes del siglo XV no se han observado lesiones sifilíticas, aunque sí existiría un tipo de sífilis endémica (bejel) cuyas afecciones serían similares a la sífilis venérea que aquí hemos tratado (Lindemann, 2001: 59).

Esta enfermedad también fue denominada el “mal francés”, como veremos en “*La Lozana Andaluza*” (1528), en el que se hace referencia constantemente a esta enfermedad para la protagonista y sus compañeras prostitutas, y que incluso el propio autor la padeció (Delicado, 2011: 128). Delicado hace referencia a su enfermedad como un mal que lleva padeciendo durante décadas, y para el cual toma el agua del leño Guayaco (Delicado, 2011: 377), remedio que sería enviado desde América por orden de los Reyes Católicos al conocerse sus beneficios, para que fuera distribuido en hospitales en España (Delicado, 2011: 383).

La tuberculosis era una enfermedad que afectaba a los humanos, aunque también a los animales. Solía arraigar primero en los pulmones, aunque pudiera hacerlo en casi cualquier parte del cuerpo, y producía una continua debilidad de la persona enferma. Durante el primer periodo moderno solía denominarse como “tisis” y fue bastante común en Europa durante el siglo XVI y XVII, en paralelo al desarrollo urbano general. Esa enfermedad, a diferencia de la peste, no causó un terror extendido, y las ciudades apenas tomaron medidas desde el ámbito de la sanidad pública (Lindemann, 2001: 60).

Durante la Edad Moderna, la atención sanitaria que se prestaba en los hospitales era llevada a cabo, en la mayoría de los casos, por parte de órdenes religiosas, que centraban sus esfuerzos en la beneficencia. Será durante el siglo XVIII, con una renovación de ideas ilustradas, cuando la medicina y los cuidados se perfeccionen y se

cuenta cada vez más con un personal profesionalizado, aunque siguiera perteneciendo a órdenes religiosas (Lindemann, 2001: 132). Generalmente, cuando el crecimiento económico y demográfico de algunas ciudades españolas fuera lo suficientemente sólido, se impulsaban redes hospitalarias para aquellas personas enfermas que lo necesitaran y reunieran los requisitos indispensables (Arias de Saavedra & López-Guadalupe, 2015: 49).

En 1532 se crea un hospital de mujeres (Granada), cuya documentación permite la investigación de enfermas que padecieron algunas de las patologías que hemos mencionado con anterioridad. Normalmente, se solían excluir a las mujeres que tuvieran enfermedades venéreas (sífilis²¹, por ejemplo) y podían permanecer allí gratuitamente, y eran atendidas por personal sanitario y espiritual que se encargaban de su completa sanación. La investigación citada establece que entre 1746 y 1804, 35.665 mujeres internadas (solteras, viudas o casadas) de las cuales solo murieron 2908 de las ingresadas; algo que debemos entender como un porcentaje bastante bajo (Arias de Saavedra & López-Guadalupe, 2015: 49).

3.3. El pan de cada día: la alimentación

Mientras que la dieta es todo aquello que comemos, la nutrición es un estado fisiológico que comprende parámetros antropométricos y el mantenimiento de los diferentes compartimentos del cuerpo. En cualquier momento, el estado nutricional de las personas va a influir directamente en la capacidad de protección que tengan los cuerpos ante enfermedades (González-Reimers, E., 2008).

El periodo que tratamos supuso un cambio notable en la dieta²² y en el mantenimiento de la salud, algo que equivale a unas poblaciones mejor nutridas, que entendían la conservación de la salud a través de una vida equilibrada y unas condiciones climáticas favorables (Campillo, Rucquoi, & Pérez Samper, 2015: 146). La dieta fue un elemento importante en el cuidado del cuerpo de las mujeres modernas, no solo por el significado obvio que deducimos, sino porque también podía suponer un eslabón más en

²¹ En el siglo XVIII se establecía que las mujeres no podrían ingresar si padecían enfermedades incurables, tenían la “enfermedad del francés” o estaban heridas, ya que se entendían como patologías relacionadas con la prostitución, algo inaceptable en un hospital como este (Arias de Saavedra & López-Guadalupe, 2015: 42).

²² Según Moreno Rodríguez, Galeno entendió la dieta, además, como una herramienta que mejoraría la moral a través del conocimiento y autocontrol del cuerpo, de los placeres (como lo era la comida). Por tanto, ya desde Galeno se crea una norma alrededor de cómo y qué comer para no enfermar: física -cuerpo- y espiritualmente -alma- (Moreno Rodríguez, 1995: 244).

las “preocupaciones teológicas”, como en el caso de las monjas. Determinados comportamientos como el ayuno o el control del pecado de la gula podían suponer una mejora en la dieta y el fortalecimiento del alma (Lavrín, 2008: 174).

Se produce una transformación de algunos hábitos alimenticios europeos con un largo recorrido, sobre todo en la Península Ibérica y Canarias, espacios donde los nuevos alimentos llegaban a través del flujo comercial²³. Aunque no podemos pasar por alto que el hambre fue también la tónica habitual durante este periodo, algo que se ve reflejado en las fuentes documentales y literarias. Es en las segundas donde vemos que el hambre se convirtió en auténtica inspiración para algunas obras, como vemos en anteriormente citada “*La Lozana Andaluza*”²⁴ (1528) de Francisco Delicado, un clérigo español residente en Roma (Pérez Samper, 2015).

Gracias a la aparición de estudios desde la antropología y la historia, la alimentación ha sido un tema abordado en las últimas décadas (Mintz, S. W. & Bois, C.D., 2002: 100) y que se ha podido evidenciar a través de trabajos arqueológicos en relación con la formación de la identidad étnica a través de la alimentación (Colasurdo, M., & Satori, J., 2011). Este tipo de fenómenos se pueden seguir, además de la documentación a través de la bioantropología, que veremos más adelante. Estudios recientes afirman que restos del norte de la Península Ibérica de los siglos XVI al XVIII reflejan una mejor dieta a través de las enfermedades dentales observadas²⁵ (López, B., García-Vázquez, E., & Dopico, E. (2011).

Pero no solo la entrada de nuevos alimentos cambió la manera de comer de las personas, también factores como la posición socioeconómica o la religión tuvieron un protagonismo fundamental. En las capas altas de la sociedad, el comer era una forma de demostrar la posición y a través del consumo de ciertos alimentos se haría visible, algo que ha quedado registrado en las fuentes elaboradas por estas capas sociales. Un buen ejemplo de ello sería el mundo cortesano español del siglo XVIII, en el que la

²³ Aunque esos nuevos productos no se difundirían rápidamente, ya que tuvieron que ir adaptándose primero a las normas y criterios médicos y sociales del momento. (Campillo, Rucquoi, & Pérez Samper, 2015).

²⁴ Ya que en algunos fragmentos podemos ver como el hambre es la principal causa de algunos comportamientos de la lozana, pero también se relata una teoría que dice que el hambre provoca malos sueños en las personas porque los humos del estómago pasan a la cabeza, tomando el control de los sentidos (Pérez Samper, 2015).

²⁵ Como por ejemplo podrían ser abscesos, periodontitis, sarro o hipoplasia del esmalte, además de evidencias de una mejor o peor higiene dental, influenciado por la diversidad nutricional de recursos traídos del Nuevo Mundo (López, B., García-Vázquez, E., & Dopico, E. (2011).

alimentación cumplía funciones nutricionales, pero también de diferenciación de estatus. En este mundo, la familia real y los lacayos no comían lo mismo, a pesar de convivir en este espacio, algo que se explica por la existencia de diversos niveles económicos, sensibilidades religiosas o categorías sociales (Pérez Samper, 2003: 197).

Se tenía un protocolo a la hora de comer, y esto sí ha permanecido a través de las fuentes textuales, como el caso de la emperatriz Isabel (esposa de Carlos I) quien respetó algunas tradiciones portuguesas, como comer de una manera muy solemne, callada y siguiendo todo un ceremonial (Pérez Samper, M. Á., 2016: 151). Este tipo de comportamientos especiales por el hecho de ser mujer, su posición socioeconómica y las repercusiones que ambos factores pudieron tener en su vida nos parece un indicador de que la alimentación²⁶ fue un factor diferenciador de género.

Por tanto, elementos como la clase o la religión eran determinante en la vida de las mujeres en la Edad Moderna. Por ello, las mujeres que vivían en la corte, las monjas o las prostitutas llevarían dietas que, teniendo alimentos similares, se diferenciarían bastante (Simón Palmer, M.C., 1997).

Para el estudio de este periodo encontramos unas interesantes fuentes que nos hablan del mantenimiento de la salud, *Regimina Sanitatis*²⁷ (Campillo, Rucquoi, & Pérez Samper, 2015: 147), en donde se aprecia un fuerte apego a los alimentos tradicionales, conocimientos sobre conceptos nutricionales y comportamientos sociales a la hora de comer. A través de estas fuentes podemos discernir características de la diferenciación social a través de la alimentación, costumbres a la hora de comer o la concepción que se tenía sobre los nutrientes en esta época, además de análisis desde una perspectiva de género.

También se han encontrado los denominados, dietarios, como el de Jeroni Pujades (siglo XVII), en el que vemos que las mujeres son escasamente visibles, a pesar de que su autor hace referencias a algunas mujeres de la Casa Nobiliaria de Cardona, a través de un discurso eminentemente patriarcal. En este texto se hace referencia a comidas y platos

²⁶ Englobando tanto los alimentos ingeridos, como los rituales sociales que se siguen a la hora de ingerirlos.

²⁷ Este tipo de monográficos se habla sobre la dietética, relacionada siempre con la alimentación y aquellos factores del entorno de las personas que afectarían a su salud y a los alimentos ingeridos. Estas obras tuvieron un gran éxito en la Europa Occidental cristiana. (De Frutos González & Guerrero Peral, 2011)

especiales que toman o deben tomar para mejorar su salud y que, en definitiva, beneficiarían a las mujeres (Carzolio, Fernández Prieto, & Lagunas, 2010: 100).

La dieta de la mayoría de la población se basaba en los cereales, de los que obtendrían el pan²⁸ (generalmente de cebada, aunque aspiraban al de trigo). La carne era la gran deseada para las personas más pobres porque era un elemento de distinción social y se pensaba que tenía beneficios para la salud, pero su precio solía ser elevado. La leche tenía muy mala consideración y para poder consumirla debía pasar una serie de procesos para evitar la enfermedad. Otro alimento que tiene un gran peso en estos momentos será el pescado, porque como hemos mencionado la población cristiana recurría con abundancia a este producto, al menos, unos 150 días al año. Las verduras, mientras estaban mal consideradas, al igual que las frutas, aunque aconsejaban tomarla al principio de las comidas para facilitar la digestión o mezclarla con determinados alimentos para no enfermar (Campillo, Rucquoi, & Pérez Samper, 2015).

A la hora de comer, no solo se tenía en cuenta razones culturales o gastronómicas, ya que también la salud suponía un elemento de peso para estas sociedades. Las teorías médicas de la época hablan sobre alimentos buenos o malos, pero con el tiempo empiezan a valorar que ingerir alimentos variados puede ayudar a que las “fuerzas naturales” no se vean perjudicadas²⁹, (Pérez Samper, 2015). El consumo de alimentos y bebidas tenía en cuenta también la edad³⁰ y el género de las personas, ya que como han señalado algunos estudios, los niños menores de 10 años y las mujeres debían beber vino mezclado con agua (Pérez Samper, 2015).

El nivel socioeconómico era decisivo a la hora de comer y preparar algunos platos, pero además factores culturales y religiosos jugaban un papel clave. Las poblaciones cristianas, musulmanas o judías no han comido nunca lo mismo. En este caso el ejemplo de la “Lozana Andaluza” vuelve a ser pertinente. En este texto, vemos que la protagonista

²⁸ No debemos imaginarlo solo como complemento en la dieta de estas personas, sino como un verdadero protagonista en multitud de recetas, formando parte de otros platos (sopas, pan tostado, migas, en salsas, en algunos pasteles dulces y salados, etc., por lo que una variación en el precio del pan suponía modificar toda la dieta (Pérez Samper, 2002: 65).

²⁹ Para esto comen carne, pescado y verduras, siguiendo este orden; de manera que siempre alternan estos alimentos para que el cuerpo no se acostumbre a sus mismos principios y se mantenga saludable. (Pérez Samper, 2015).

³⁰ Las personas ancianas comían alimentos que fueran fácilmente digeridos, mientras que los niños lo hacían cuatro veces al día (Pérez Samper, 2015).

es en realidad una joven prostituta de origen judío que aún mantiene algunas tradiciones gastronómicas (Delicado, 2011).

Para las mujeres que estaban dando el pecho también tenían una serie de requisitos especiales con el fin de que la leche que producían fuera de mejor calidad. La leche de las nodrizas era examinada cuidadosamente, porque también se hacía un seguimiento riguroso de qué era lo que comía exactamente, por lo que la dieta de estas mujeres cambiaba sustancialmente. Era bueno tomar legumbres, guisos con pocas especias y poca sal, ensaladas y frutas ácidas (siempre y cuando no influyeran en la calidad de la leche) (Méndez Vázquez, 2001: 127).

4. La bioantropología como fuente

La bioantropología nos permite conocer la realidad de todos estos procesos patológicos anteriormente mencionados directamente sobre las evidencias que han dejado sus protagonistas. Por tanto, nos centraremos en las posibilidades de estudio que nos ofrece la rama científica de la bioantropología para abordar estos estudios centrados en los restos óseos. El objetivo de la bioantropología es investigar los restos humanos para identificar sexualmente a individuos, diagnosticar la edad y la causa de muerte, etc., como veremos más adelante. Nos brinda la posibilidad de conocer directamente el estado de salud y las condiciones de vida de las mujeres en el pasado. La mayor limitación en el uso de estos análisis proviene del estado de conservación de los restos humanos antiguos y de que, como ya dijimos, no todas las enfermedades dejan registro en el tejido duro del cuerpo (Campillo D., 2001). Desde 1980 se fue consolidando la idea de la bioantropología como una fuente para conocer las sociedades del pasado, incorporando nuevas metodologías analíticas de otras disciplinas (Machado Gutiérrez, Trujillo-Mederos, Pérez Álvarez, González Navarro, & de la Rosa Arrocha, 2014: 93).

4.1. El punto de partida: la determinación sexual

La determinación del sexo de los restos óseos es el principio fundamental del que debemos partir a la hora de iniciar este tipo de estudios de género, ya que supone determinar si estamos ante una mujer o un hombre, con las implicaciones sociales que ello significa. Aunque debemos hacer mención de las dificultades que este tipo de análisis

pueda implicar³¹: dificultades derivadas del grado de conservación de los restos óseos, el grado de fragmentación del material óseo con el que contemos, el problema que implica establecer el sexo en determinadas etapas de la vida de los individuos en las que el desarrollo esquelético no es completo, etc. No obstante, en las últimas décadas se están abordando nuevos métodos³² que eliminan errores en el proceso de determinación sexual o etaria (Trujillo-Mederos & C. Ordóñez, 2011), sobre todo con la introducción de los procedimientos genéticos (Pierce, 2006).

Para estimar el sexo de los individuos a partir del registro óseo tendríamos que atender al grado de dimorfismo sexual existente, es decir, diferencias de forma y tamaño entre individuos de distinto sexo de la misma población. Estas diferencias son más detectables en individuos adultos que subadultos porque es durante la pubertad cuando se desarrollan los caracteres sexuales. De forma general, todo registro óseo arqueológico puede ser clasificado en cuatro categorías: femenino, masculino, alofiso³³ o indeterminable³⁴ (Campillo D., 2001: 50-55).

La zona de la pelvis ofrece información valiosa en la determinación del sexo de los individuos, ya que se pueden observar diferencias en numerosas partes anatómicas, como veremos a continuación. Esta zona ha sufrido adaptaciones biológicas en relación con el parto, por lo que reúne caracteres que servirán de manera clave para la determinación del sexo de los individuos, siendo incluso utilizada para los casos de individuos inmaduros, que tan difícil tienen la determinación sexual (Campillo D., 2001: 50-55).

³¹ Además, es recomendable que se determine primero el sexo, ya que esto permite seguir otros estudios diferenciados entre hombres y mujeres para poder estimar la edad (Trujillo-Mederos & C. Ordóñez, 2011: 146-147).

³² Se ha propuesto tener en cuenta caracteres métricos de la cresta iliaca para determinar el sexo de las personas, apostando por un análisis multivariante que tenga en cuenta múltiples factores. (Camacho, Pellico, L.G., & Valencia, 1993).

³³ Es así como se denomina al individuo que, a pesar de presentar aquellos elementos básicos para el diagnóstico sexual, estos no resultan concluyentes para la discriminación del sexo, porque el dimorfismo sexual de esa población no es evidente. (Campillo D., 2001: 50-55).

³⁴ A diferencia del alofiso, en este caso el problema resulta de no tener elementos suficientes para emitir un diagnóstico claro. (Campillo D., 2001: 50-55).

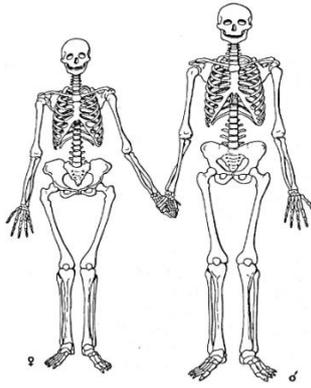


Figura 2: Dimorfismo sexual entre dos esqueletos, femenino y masculino, respectivamente). Las mujeres son un 10% más pequeñas que los hombres y poseen caderas más anchas que estos. Fuente: (Campillo D., 2001: 56)

En la pelvis podemos distinguir la forma que tiene la escotadura ciática, en la zona inferior de la espina ilíaca. En el caso de las mujeres esta escotadura está muy abierta, mientras que la de los hombres es cerrada (lo que se ha denominado “mango de paraguas” (García-Díez & Zapata, 2013: 412).

Además, las señales que puede dejar el parto en las pelvis femeninas pueden ser útiles a la hora de determinar el sexo, ya que generalmente, las gestaciones dejan cicatrices en el coxis y el sacro (Campillo D., 2001: 128). Tradicionalmente se ha pensado que el surco preauricular parecía ser más ancho y marcado en las mujeres que en los hombres (García Díez & Zapata, 2013). Aunque, recientemente se han hecho estudios que indican que, a pesar de que el surco preauricular puede utilizarse como elemento diferenciador para determinar a individuos femeninos o masculinos, debe utilizarse con extremo cuidado. Karsten afirma en su estudio que, la presencia del surco preauricular no es algo exclusivamente femenino, ya que un tercio de los individuos masculinos analizados presentaban alguna forma de surco preauricular (Karsten, 2018). A continuación, añadiremos dos ejemplos de surcos preauriculares (poco y muy marcados) que han sido utilizados en este estudio con puntuación desde 0-4, desde muy poca profundidad a una mayor profundidad de esta zona de la pelvis. Lo adecuado sería determinar el sexo atendiendo a diversos tipos de análisis, evitando así errores sobre el sexo de los individuos.

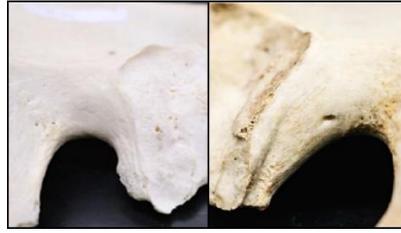
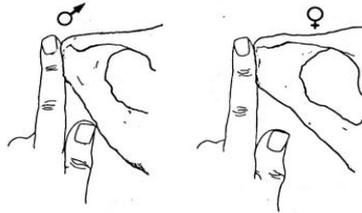


Figura 3: Ejemplos de surcos preauriculares extraídos del trabajo de Karsten. El de la derecha corresponde a un surco preauricular 0 (con menor profundidad), mientras que el de la izquierda corresponde a uno de puntuación 4 (con mayor profundidad). Fuente: (Karsten, 2018).

El pubis es otro hueso que ofrece mucha información en el diagnóstico sexual, ya que es más largo en las mujeres en relación con el de los hombres, debido a la presencia del canal del parto que hace que el ángulo subpúbico sea más abierto (García Díez & Zapata, 2013).



*Figura 4: Diagnóstico manual del ángulo subpúbico (más agudo en los hombres que en las mujeres)
Fuente: (Campillo D., 2001: 58)*

El cráneo también puede aportar información en función de su mayor robustez o tamaño. En el caso de los hombres vemos que presentan crestas supraorbitarias más destacadas, una frente huidiza, una mandíbula más alta y robusta y un mentón prominente. Para las mujeres, todas estas características tienden a suavizarse y, además, presentan un menor desarrollo en las inserciones musculares (García Díez & Zapata, 2013).

En el esqueleto postcraneal vemos que las diferencias están presentes en los huesos largos, sobre todo, a través del tamaño de las epífisis, ya que esto se relaciona con la fuerza muscular y la transmisión del peso del cuerpo, y que se desarrolla más en los hombres que en las mujeres (García Díez & Zapata, 2013).

Cabe destacar la importancia que tiene en la actualidad determinar el sexo a través de la aplicación de la paleogenética, ya que puede servir en aquellos casos en los que la preservación de restos óseos no permite establecer un diagnóstico basado en la anatomía física, como algunos casos de sujetos infantiles o cuando los restos quedan demasiado fragmentados. Aunque esta técnica también sería de gran utilidad para aquellos casos en

los que existen dudas en cuanto a su adscripción sexual, como los diagnosticados como alofisos (García Díez & Zapata, 2013).

El diagnóstico molecular del sexo se establece a través del estudio del gen de la amelogenina, depositado en los cromosomas sexuales X e Y, y que muestra diferencias en la longitud de ambos³⁵.

4.2. La paleopatología

La paleopatología se centra en el estudio de las enfermedades del pasado a través del estudio de restos óseos o momificados. Gracias a la paleopatología podemos estudiar aquellas enfermedades que afectaron al hueso directa o indirectamente, establecer un diagnóstico (con mayor o menor certeza) y estudiar la evolución de algunas enfermedades (ya que, al igual que los seres vivos, ellas también se han modificado a través del tiempo) (Campillo & Subirá, 2004: 217).

Debemos aclarar, además que en general, aunque los restos estén bien conservados y estos presenten características que posibiliten determinar la edad, el sexo o algunas patologías, en este último caso solo podemos establecer un diagnóstico probable. Asimismo, con el objetivo de poder analizar la enfermedad desde la perspectiva de género, descartaremos hacer un recorrido demasiado exhaustivo por aquellas enfermedades que son consecuencia de factores que afectan indistintamente a mujeres y hombres, como algunas enfermedades genéticas o tumorales.

En paleopatología, debemos seguir un riguroso método diagnóstico, utilizando técnicas complementarias como la anatomía patológica, radiología, bioquímica, biología molecular, etc. (Polo-Cerda, Romero, & García-Prósper, 2013), en el que debemos:

1. Ubicar temporal y culturalmente la población estudiada para poder describir la lesión.
2. Atender a la morfología macroscópica de la lesión.
3. Ubicar la anatomía topográfica de esta.
4. Descartar cualquier alteración tafonómica.

En general, no podemos obviar que la paleopatología tradicional ha realizado trabajos descriptivos, dejando los análisis al margen, algo que se ha ido superando en los últimos años. A través de estudios interdisciplinarios pueden estudiarse en profundidad y

³⁵ Contiene 106pb en el cromosoma X y 112pb en el Y, (García-Díez & Zapata, 2013: 435).

establecer hipótesis sobre las condiciones de vida de grupos poblaciones del pasado, algo complejo por la multiplicidad de factores que habría que tener en cuenta: condiciones climáticas, trabajo, condiciones genéticas, alimentación, etc. (Pérez-Pérez, 1993).

Hemos agrupado las lesiones que pueden verse en el registro óseo atendiendo al tipo de lesión y su origen.

a) Patología osteoarticular

La patología osteoarticular comprende una serie de afecciones que pueden estudiarse dentro de la reumatología en medicina. Hay que destacar la artrosis, la artritis (de causa conocida o desconocida), o la osteoporosis³⁶, entre otras.

En la mayoría de los periodos iniciales de estas afecciones las alteraciones óseas son casi imperceptibles. Pero, con el tiempo, la deformación puede provocar alteraciones en la morfología propia del hueso. La alteración más común es el desgaste y las reacciones secundarias que afectan a los cartílagos articulares. Por un lado, se puede producir una destrucción del material cartilaginoso de las superficies articulares, pero también puede darse una calcificación y osificación de dichas superficies. Asimismo, pueden darse producirse nuevas formaciones óseas a través de las formaciones óseas que puedan fusionar unas piezas con otras, como vemos con los osteofitos³⁷ y los sindesmofitos³⁸, cuya fusión es la más frecuente (Campillo D., 2001: 188-189).

Además, también es posible observar la destrucción de la sustancia ósea, que puede producirse de forma generalizada o focalizada en determinadas zonas, dando lugar a una reducción del número de trabéculas óseas. Esto hace que el hueso disminuya de peso y consistencia, llegando a producir incluso lesiones cavitarias (Campillo D., 2001: 190).

La artritis reumatoide es una enfermedad frecuente que se puede iniciar a cualquier edad (encontramos casos infantiles a partir de los 14 años) aunque suele hacerlo entre los 25-40 años, predominantemente en mujeres (con una proporción de 4 a 1 (Campillo D., 2001: 191). Esta afección puede prolongarse durante largo tiempo, apareciendo primero en zonas interfalángicas de los dedos de las manos o en las

³⁶ También se incluyen dentro de las enfermedades metabólicas.

³⁷ “Producción ósea a expensas del periostio en las proximidades de un foco inflamatorio crónico” En (Campillo D., 2001: 556).

³⁸ “Excrecencia ósea originada por un ligamento” En (Campillo D., 2001: 558).

metacarpofalángicas, para luego seguir en rodillas, codos, caderas y articulaciones temporomaxilares.

La artrosis es una enfermedad crónica degenerativa que se ve influenciada notablemente por factores de sobrecarga como algunas actividades laborales y la obesidad. Generalmente, por razones de envejecimiento, las lesiones suelen prevalecer en la columna vertebral, articulación coxofemoral, rodillas, dedos de manos y pies, articulación temporomaxilar y pubis. El factor de la edad tiene importancia, siendo la franja entre los 40-60 años la más frecuente para las primeras apariciones de la enfermedad. También existen factores metabólicos y de tipo familiar que favorecen la aparición de esta patología (Campillo D., 2001: 202-203).

La osteoporosis supone una disminución de la masa ósea que, sin modificar su estructura, hace que las trabéculas disminuyan de tamaño, a pesar de que la cantidad de calcio normal permanece en el hueso. Se trata de una enfermedad mucho más frecuente para las mujeres, después de los 50 años y puede darse una década después del inicio de la menopausia o a partir de los 70 años. Suele afectar la columna vertebral, que a través de radiografías veríamos una mayor transparencia en estos huesos, además de estrías verticales y una mayor acentuación de los bordes (Campillo D., 2001: 202-203). Lo cierto es que también podemos entender la osteoporosis como el resultado de una enfermedad metabólica, que veremos más adelante.

Cuando la osteoporosis aparece en etapas infantiles puede deberse a problemas nutricionales (infranutrición, por ejemplo), pero también puede aparecer en etapas concretas de las mujeres (en el postembarazo o en la postmenopausia³⁹ o en etapas seniles (más frecuente en mujeres, que sufren el descenso de la actividad osteoblástica⁴⁰) (Rodríguez Martín & Martín Oval, 2009: 247).

La osteomalacia en adultos supone la falta de vitamina D (al igual que ocurría en el raquitismo en individuos infantiles), lo que se traduce en una desmineralización del hueso. En personas adultas, habitualmente observamos vértebras de pez, es decir, la deformación cóncava de los cuerpos óseos (Campillo D., 2001: 212). Generalmente, es

³⁹ En la etapa posmenopáusica (a partir de los 55 años) se produce un descenso en la producción de estrógenos, lo que provoca una aceleración de la actividad de una hormona que destruye el hueso (la PTH, la hormona paratiroidea) (Rodríguez Martín & Martín Oval, 2009: 247).

⁴⁰ Capacidad formadora del hueso.

más frecuente entre mujeres adolescentes o mujeres adultas, lo que se evidencia a través de una cifoescoliosis (Rodríguez Martín & Martín Oval, 2009: 249).

Por el contrario, la gota es más frecuente en hombres, debido a la sobrecarga de las articulaciones de ácido úrico (que tienen algunos productos alimenticios como el marisco). Esto podría deberse a una alimentación diferenciada de los hombres, ya que muchas veces su alimentación ha estado caracterizada por consumir productos de mayor coste, teniendo en cuenta el contexto histórico. (Campillo, 2001).

b) Patología infecciosa

Este tipo de enfermedades eran responsables de la mortalidad en las sociedades históricas que estamos estudiando, sobre todo en el caso de niñas y niños, que se veían potenciadas por las malas condiciones de vida de la mayoría de estas personas. Lamentablemente, las enfermedades infecciosas más devastadoras del pasado apenas han dejado huella en el registro óseo; mientras que, por el contrario, podríamos observar signos importantes en restos de personas que sufrieron enfermedades mucho menos violentas, demográficamente hablando (Rodríguez Martín & Martín Oval, 2009).

Los gérmenes piógenos⁴¹ generan alteraciones en los huesos denominadas osteomielitis u osteítis⁴² (inflamación del hueso), aunque no se sabe con exactitud por qué determinados gérmenes sienten predilección por algunos lugares del organismo, como los huesos. Hay que tener en cuenta la topografía de una lesión, la edad y sexo del individuo, las características del medio ambiente y la actividad corporal que llevó a cabo (Campillo D., 2001).

Las infecciones que podemos observar en las cavidades del cráneo tienen que ver con la sinusitis y la otitis, aunque la primera no es demasiado común encontrarla en paleopatología. Hay que suponer es que este tipo de infecciones, en un periodo preantibiótico, podían llevar a grandes complicaciones de la salud cuando se fistulizaban al interior del neurocráneo, causando meningitis, encefalitis y abscesos cerebrales que acababan con la vida de las personas. (Campillo D., 2001: 229).

En el caso de la periostitis, la inflamación ocasiona un engrosamiento del periostio que podemos observar en el registro óseo a través de una irregularidad en la cara externa

⁴¹ Aquellos que provocan una producción de pus.

⁴² Los gérmenes que tienen una mayor incidencia dentro del grupo de piógenos son generalmente los estafilococos, que muchas veces son los responsables de enfermedades como la sífilis, la lepra o la tuberculosis (Campillo D., 2001).

del hueso. Generalmente las periostitis aparecen después de contusiones y procesos vasculares (Campillo D., 2001: 229). En las últimas décadas se han realizado estudios sobre poblaciones de Valladolid de los siglos XV-XVIII en las que se han investigado la periostitis tibial, más frecuente en varones, y cuya explicación se relacionó en su día con una mayor probabilidad de sufrir traumatismos y por las actividades físicas desarrolladas (Trancho, Robledo, López-Bueis, & Campillo, 1993).

La sífilis ha sido una de las enfermedades más temidas a lo largo de la historia y en este caso, debemos mencionar la sífilis que es capaz de detectarse en el hueso, es decir, en el periodo terciario de la enfermedad: la sífilis ósea. Esta se refleja a través de la lesión característica denominada “goma” que puede llegar a perforar el hueso, aunque luego puede tener una fase reparadora, osteogénica⁴³. Los huesos más afectados suelen ser los planos, destacando, sobre todo, los huesos de la bóveda craneal, como el desgaste total que se ha apreciado en algunos paladares óseos que se han encontrado (Campillo D., 2001: 230).

La lepra es una de las enfermedades más comunes en la historia, y es incluso citada en la Biblia. El proceso de contagio de la enfermedad se inicia a través de la piel o mucosas hasta que llega al hueso, produciendo osteonecrosis en las fases avanzadas, algo que es fácilmente atribuible al proceso (Campillo D., 2001: 231). Muy al contrario de lo que se suele pensar, la lepra es poco contagiosa, a pesar de que tradicionalmente estaba bastante estigmatizada. El tipo de lepra que más afecta a las estructuras óseas sería la tuberculoide, ya que la lepromatosa originaría tan solo cambios óseos en el 5% de los casos (Rodríguez Martín & Martín Oval, 2009: 234). La lepra suele afectar a la cara: fosas nasales, arcada alveolar superior y el paladar; pero también las lesiones digitales con una progresiva destrucción de las falanges que pueden llegar a afectar los metacarpianos y metatarsianos (Campillo D., 2001: 231). Los efectos de esta enfermedad influirán en una persona dependiendo del estado de su sistema inmunológico (Waldron, 2009: 97), por lo que sus condiciones de vida influirán directamente en contraer o no la enfermedad, y en la capacidad de su cuerpo para resistirla.

Se ha encontrado en Portugal una leprosería de los siglos XV-XVII en los que quedaron registradas enfermedades como lepra, sífilis, treponematosi, brucelosis, etc. Muchas de las manifestaciones óseas de algunas de estas enfermedades se parecen, como

⁴³ Proceso en el cual se forma o regenera el tejido óseo.

la sífilis y la lepra, ya que se expresan del mismo modo en las falanges o en la disminución de la masa ósea. De todo ello, destacamos la importancia de establecer exactamente si se trata de una enfermedad u otra, ya que, si fuera mayor el número de personas enfermas que murieron por sífilis que por lepra, este tipo de yacimientos podría tener otro sentido social. (Ferreira, Neves, & Wasterlain, 2013).

La tuberculosis es una enfermedad que ya conocía Hipócrates (aunque él la denominaría “tisis”), e incluso se conocen casos de dicha enfermedad desde el Neolítico. Existen varios tipos de tuberculosis, pero pondremos los ejemplos de la pulmonar (más común en urbes) y la osteoarticular (más común en ámbitos rurales). Esta enfermedad se ve en el registro ósea a través de la inflamación de la membrana que recubre el tórax y los pulmones⁴⁴. También pueden verse reflejados en la bóveda craneal, aunque no con tanta frecuencia como sucede con la sífilis, por ejemplo (Campillo D., 2001: 243).

Se han realizado estudios sobre un osario del siglo XVII (Jaén) en el que se encontraron restos que parecían estar afectados de sífilis o tuberculosis, pero que, al ser un estudio de 1995 no se hicieron estudios genéticos exhaustivos para afirmar o no que se trataban de dichas patologías (Sánchez & García-Bartual, 1995).

c) Patología metabólica

Se conocen numerosas enfermedades metabólicas, pero pocas veces se pueden observar alteraciones esqueléticas que aporten información en los estudios antropológicos, ya que normalmente esas marcas pueden confundirse con patologías no metabólicas.

Las osteopatías anémicas que se evidencian a través de alteraciones como la denominada “criba orbitalia ⁴⁵”, no es exclusiva para las personas, ya que otros primates no humanos lo presentan, aunque algunos autores consideran que la anemia no es la única determinante para tener la “criba orbitalia” (Campillo D., 2001: 284). Podría deberse a la irritación de la glándula lagrimal, lepra, hipovitaminosis (sobre todo relacionado con escorbuto y déficit de vitamina C), infranutrición o anemia ferropénica (Rodríguez Martín & Martín Oval, 2009: 251). En cualquier población, los grupos que suelen tener anemias son aquellos que tienen tasas de crecimiento rápidas, lo que implica necesidades

⁴⁴ Lo que se ha denominado como “pleuritis” (Campillo D., 2001: 243).

⁴⁵ También denominada osteoporosis hiperostósica, es una lesión que suele predominar en el tercio anterior del techo de la órbita ocular y se caracteriza, sobre todo, por un cúmulo de pequeños orificios osteoporóticos de diversos tamaños (Campillo D., 2001: 284).

nutricionales elevadas, como individuos infantiles y mujeres (gestantes y en proceso de lactancia) (Subirá, Alesan , & Malgosa, 1992).

El escorbuto se produce a causa de algunas alteraciones de la síntesis del colágeno en el cuerpo, que son consecuencia de un déficit de ácido ascórbico (vitamina D) (Rodríguez Martín & Martín Oval, 2009: 250). En los casos infantiles, el escorbuto provoca hemorragias subperiósticas que dejan improntas en el registro óseo porque en el proceso de curación de los hematomas provocados por esas hemorragias calcifican algunas áreas de los huesos. En el caso de los niños y niñas, además, podemos observar que los hematomas se asocian a fracturas metafisarias que no se aprecian en individuos adultos (Campillo D., 2001: 288).

El raquitismo es una enfermedad relacionada con la síntesis de vitamina D, que no era común cuando las personas pasaban más tiempo al aire libre que en periodos históricos de la modernidad, excepto en el caso de inviernos largos. Las señales que se pueden apreciar en los restos serían deformaciones en huesos largos, sobre todo, que se aprecian en la fase adulta de las personas que la han sufrido (Campillo D., 2001: 288).

Otro elemento que tiene gran importancia para la paleopatología metabólica sería las denominadas “Líneas de Harris⁴⁶”. En los huesos largos de niños y niñas podemos encontrar unas líneas horizontales de condensación ósea próximas a la metafisis. Generalmente casi el 100% de individuos infantiles lo presentan y van desapareciendo en torno a los 10 años, mientras que en individuos adultos entre los 25-50 años solo se ve en el 24,3% y desde entonces, en el 11,8%. Lo curioso es que esta frecuencia supone el doble en mujeres (Campillo D., 2001: 289).

Estas líneas se relacionan directamente con problemas de salud sufridos durante la fase de crecimiento y con la nutrición. Durante la fase de hiponutrición aparecen líneas de condensación y en la fase de nutrición normal, el tejido se mostraría como comúnmente es. Además, algunas enfermedades infantiles provocan la aparición de estas líneas: sarampión, gripe, laringitis, varicela o la hiponutrición materna durante la gestación del niño o niña, etc. Algunas especialistas consideran que cuando la infranutrición es habitual no aparecen las líneas, mientras que en fases de malnutrición estacionales sí. Se ha

⁴⁶ Son franjas radiodensas que podemos encontrar frecuentemente en los huesos largos y nos ofrece información sobre estadios en los que el crecimiento hubiera estado frenado o se diera una carencia nutricional (Rodríguez Martín & Martín Oval, 2009: 260).

afirmado que las mujeres suelen presentar estas líneas con mayor frecuencia que los hombres, algo que podríamos poner en relación con las patologías que hemos ido desarrollando en este trabajo (Rodríguez Martín & Martín Oval, 2009: 260).

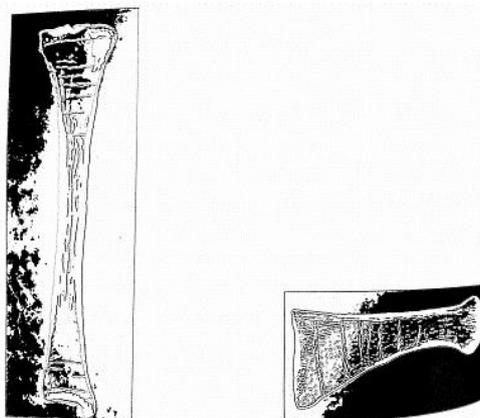


Figura 5: Ejemplo de Líneas de Harris en una tibia y en un primer metatarsiano. Fuente: (Campillo, D., 2001: 290).

Para el caso de Canarias, se han hecho estudios relacionados con la talla de niñas y niños del periodo prehispanico que, aunque se separa de nuestra etapa de estudio, podemos observar algunas características clásicas de las sociedades patriarcales en la que los niños han sido mejor alimentados que las niñas, por motivos socioeconómicos. En este estudio, las Líneas de Harris observada en los huesos largos indican un episodio de estrés nutricional durante una etapa de crecimiento, y demostró que había una mayor frecuencia de Líneas de Harris en niñas de 3-8 años, evidenciando un peor estado nutricional que los niños de esa misma franja de edad (Reimers, Arnay De La Rosa, & Velasco Vázquez, 2006). Evidentemente, aunque no podemos poner este como un ejemplo para la Edad Moderna, sí podemos tomar la evidencia que muestra este tipo de estudios

En cuanto a patologías que son más frecuentes en mujeres que en hombres encontramos, en primer lugar, la hiperostosis frontal interna o síndrome de Morgagni (hiperostosis frontal interna), que suele comenzar entre los 40-60 años de las mujeres, coincidiendo con el climaterio, y que se ha asociado a la obesidad o cefalea. En segundo lugar, los adelgazamientos biparietales que suele coincidir con la misma franja de edad anterior. Los huesos biparietales suelen adelgazarse simétricamente y en ocasiones, el

cráneo se perfora ya que el tejido esponjoso diploico⁴⁷ disminuye notablemente (Campillo, D., 2001: 292).

d) Marcadores nutricionales

Análisis de isótopos estables.

Los análisis isotópicos⁴⁸ pueden ser una gran herramienta para la arqueología⁴⁹, ya que ofrecen información sobre la paleodieta de algunos grupos humanos del pasado, aunque sería recomendable que no se tomen estos estudios como determinantes, sino que además se tengan en cuenta otro tipo de procedimientos (Salazar-García, 2012: 270). Este tipo de análisis se hacen utilizando el colágeno- la materia orgánica- que compone el hueso (un 90%), y el esmalte de los dientes (sobre todo la hidroxiapatita⁵⁰)- la materia inorgánica- (Campillo D., 2001: 441).

Los elementos químicos seleccionados están presentes en la vida orgánica y en sus reacciones químicas en procesos como el consumo de alimentos o la ingesta de agua. En el caso del carbono y el nitrógeno, suponen la mayoría del tejido de los animales (como huesos) y en los estudios sobre la composición de los átomos se podría reconstruir los componentes principales de la dieta de las personas, y, por tanto, tener información directa sobre qué tipos de alimentos ingerían (Campillo D., 2001: 444). Por ello se utilizan en estudios nutricionales el carbono y el nitrógeno, porque la proporción entre sus dos isótopos se mantiene estable en la atmósfera. En cuanto al carbono, vemos que, por ejemplo, en el caso de las plantas, se pueden distinguir tres tipos: plantas terrestres C₃, plantas terrestres C₄ y plantas marinas. Los animales que se alimenten de plantas de cada tipo tendrán en sus tejidos la relación entre los isótopos que son la base de su alimentación (en este caso a través del colágeno del hueso permite conocer la procedencia del carbono (O'Connell, Kneale, Taseuska, & Kuhnle, 2012). En cuanto a los estudios isotópicos de nitrógeno (¹⁵N/¹⁴N⁵¹) que permiten saber el lugar que ocupan los seres humanos en la

⁴⁷ Hace referencia al “diploe” que es el tejido esponjoso que está entre las dos tablas de los huesos planos del cráneo.

⁴⁸ Los elementos químicos se componen de varios isótopos, pero nos centraremos en aquellos que permanecen constantes en sus proporciones, por lo que podemos estudiarlos durante una reacción química (Campillo D., 2001: 441).

⁴⁹ Si bien es cierto que, tradicionalmente, este tipo de estudios han sido aplicados al ámbito de la prehistoria, nos gustaría destacar la posibilidad de abordar estudios de paleodieta para poblaciones históricas de las que no se tiene un conocimiento demasiado exhaustivo, algo que podría resultar enriquecedor.

⁵⁰ Los huesos y dientes están formados por fosfato cálcico, denominado hidroxiapatita o hidroxiapatita, ligada a la matriz orgánica compuesta por proteínas (colágeno) (Cervera Añón, J., 2012: 157).

⁵¹ Este isótopo va desde un nivel vegetal hasta uno animal en la cadena trófica, lo que se traduce en que una persona que base su dieta en alimentos esencialmente cárnicos tendrá una mayor concentración de ¹⁵N (Rodríguez Martín, C., & Martín Oval, M., 2009: 149).

cadena trófica, ya que el valor $\delta_{15}\text{N}$ sufre un incremento de entre un 3-5% en cada escalafón que sube (Campillo D., 2001: 444-445).

Se recomienda hacer estudios de isótopos estables sobre poblaciones, y no sobre individuos, ya que su amplia variabilidad no permitiría realizar una interpretación acertada. No podemos asociar directamente ciertas patologías a través del estudio de isótopos estables, pero sí podemos estudiar la alimentación de un grupo poblacional del pasado, algo que nos acercara a determinados niveles nutricionales de las poblaciones, lo que nos diría cómo era su estado de salud (Rodríguez Martín, C., & Martín Oval, M., 2009: 149).

Estudio de “elementos traza”

Por otro lado, tenemos los denominados “elementos traza”, que son aquellos elementos químicos que resultan imprescindibles para el desarrollo correcto del organismo, a pesar de que, se encuentran en cantidades ínfimas. Realizan funciones de cofactores enzimáticos, fundamentales en los sistemas de transporte de oxígeno o siendo componentes de macromoléculas que no tienen acción enzimática. Para poder realizar una lectura de concentraciones debemos cuantificar los elementos a partir de 0,5g de materia extraída de tejido compacto en un espectrofotómetro (de absorción atómica, de emisión atómica, de activación de neutrones, de rayos X, etc.) (Campillo D., 2001: 448).

Los elementos traza pueden aportar información sobre la paleodieta de grupos poblacionales (Campillo D., 2001: 445). La dieta principal influye sobre el número de elementos traza, a través de los alimentos, la piel y los pulmones. Los elementos traza que no son utilizados se van depositando en todo el organismo, incluyendo los huesos (Campillo D., 2001: 448).

Mientras que se han hecho estudios sobre animales alimentados controladamente para luego analizar los elementos traza (Malgosa Morera, 1997: 120), en el caso de las personas, este tipo de análisis pueden indicar correlaciones sociales, como el estatus social. Para las diferencias sexuales, además de los signos específicos que señalan a individuos femeninos o masculinos, vemos alteraciones alimentarias entre ambos a través de este tipo de estudios (anemias, alteraciones metabólicas, etc.) (Malgosa Morera, 1997: 120). Tenemos algunos ejemplos de estudios que se han realizado atendiendo a las diferencias sexuales, como Blakely, que estableció que, para el caso de las mujeres, entre

los 20-30 años tienen un pico máximo de estroncio que decrecerá, con carácter general, en el periodo postmenopáusico (Blakely, 1989: 173-180).

A continuación, hablaremos sobre algunos elementos presentes en los organismos de las personas que pueden resultar útiles para el estudio de la paleodieta (Campillo D., 2001: 449):

El Estroncio (Sr) resulta un indicador del consumo vegetal ya que es un elemento cuyos niveles se presentan bastante altos en el suelo, lo que luego llegará a las plantas. Así, aquellos seres que se sustenten con vegetales tendrán unos niveles más altos de estroncio en sus tejidos óseos. Además, personas que han basado su dieta en moluscos, pescado o leche también pueden tener grandes cantidades de estroncio en el cuerpo. En este último caso, si la cantidad de leche ha sido notable, podríamos establecer incluso la edad de destete.

El Bario (Ba) queda almacenado preferentemente en los tejidos óseos (al 93%), siendo absorbido a través de vegetales (también bayas y nueces), por lo que es un indicador de dietas eminentemente vegetarianas.

El Cobre (Cu) es absorbido a través de, básicamente, alimentos cárnicos, aunque también lo podemos encontrar de manera notable en nueces y legumbres.

El Magnesio (Mg) forma parte de los alcalinotérreos, junto con el Calcio (Ca), Bario (Ba) o Estroncio (Sr), siendo abundantes en el suelo. Del total de magnesio adquirido en una persona, casi el 65% se almacena en el hueso, lo que ha servido para que algunas autoras lo utilicen como un indicador de presencia de diagénesis⁵², más que ponerlo en relación con procesos genéticos.

El Plomo (Pb) puede ser absorbido por la alimentación, aire o piel, llegando al hueso, y puede ser consecuencia del contacto con este metal. Se han realizado investigaciones que han determinado que el plomo puede llegar a permanecer en el cuerpo en la sangre, huesos o dientes, y en estos últimos dos casos, el plomo podría volver a circular por el cuerpo de una persona en periodos de deficiencia de calcio (embarazo, lactancia u osteoporosis), por lo que las mujeres tendrían mayores repercusiones que

⁵² “Conjunto de cambios fisicoquímicos sufridos por los sedimentos, sin alteración de su composición mineralógica, desde que se depositan hasta que forman una roca coherente. En ocasiones impregnan los restos óseos” en (Campillo D., 2001: 554).

hombres en la misma situación⁵³. Se han hecho estudios recientes que han evidenciado una mayor circulación de plomo por el organismo de las mujeres durante el envejecimiento y el embarazo, lactancia y la menopausia, cuando se ha demandado una mayor cantidad de calcio u otros elementos (Berkowitz, Moline, & Todd, 1999: 589).

El conocimiento sobre el estado nutricional de las poblaciones puede explicar el origen de algunas patologías, además de acercarnos a las condiciones de vida de un grupo poblacional (Malgosa Morera, 1997: 120). Desde la academia, se ha tomado el estroncio como uno de los elementos más utilizados porque supone un indicador de dietas mayoritariamente vegetarianas (Rodríguez Martín, C., & Martín Oval, M., 2009: 149).

e) Patología odontológica

A través de los dientes podemos averiguar el estado de salud y la alimentación que tenían personas que vivieron en el pasado, pero, además, es importante que destaquemos el alto grado de conservación de los dientes, algo que no ocurre en el caso de otra estructura ósea. Además, vemos que otras enfermedades podrían afectar de igual manera a la cara y a la boca, como la lepra y la sífilis. La lepra destruye sobre todo el borde alveolar medial superior y el paladar óseo, llegando a producir pérdidas dentarias (Rodríguez Martín, C., & Martín Oval, M., 2009: 233).

Las circunstancias sociales de las comunidades inciden en el desarrollo de las patologías de la dentición, aunque habría que tener en cuenta el sexo de cada individuo para poder establecer análisis de género. Aunque algunas autoras proponen que a priori, el sexo no influye en la presencia o ausencia de patologías, no podemos decir que las patologías dentales tienen que ver con caracteres culturales y negar la implicación de género (Vives, 1992).

Una de las primeras patologías que observamos es el desgaste dental, que puede ser producto de varias causas: por atrición (un desgaste por masticación), abrasión (desgaste por acción mecánica, como el bruxismo⁵⁴) o erosión por acción química y no mecánica. Por lo que, además de la dieta, vemos que los factores culturales también tienen

⁵³ Como señalan algunos estudios sobre la intoxicación de plomo en humanos. Es una patología que se podría poner fácilmente en relación con la mujer a través de los bajos índices de calcio en las diferentes fases de su vida, como, por ejemplo, en el embarazo o en etapas en donde la osteoporosis es evidente. (Poma, 2008: 121)

⁵⁴ Desgaste dentario que se produce por frotar los dientes, lo que erosiona los dientes anteriores sobre todo (cara labial de los inferiores y lingual de los superiores). En (Campillo D., 2001: 529)

un peso considerable en el desgaste dentario, como cuando se usa la dentadura para ablandar pieles, por ejemplo (Campillo D., 2001: 326).

Destacamos la caries dental y la enfermedad periodontal, productos de la acción de gérmenes que se convierten en agentes agresivos. La caries se produce, normalmente por la ingesta de alimentos blandos, como hidratos de carbono, que se adhieren al diente creando una fina capa transparente (placa) que funciona como un medio de cultivo para los gérmenes (Rodríguez Martín, C., & Martín Oval, M., 2009: 265). Generalmente, la caries es habitual en personas jóvenes, mientras que en adultos se asocia con periodontitis, llegando a ser el origen de otras patologías infecciosas como sinusitis, abscesos cerebrales, nefritis, etc. (Campillo D., 2001: 326). Generalmente, las caries han afectado más a mujeres que a hombres, si tenemos en cuenta los factores fisiológicos y los sociales, como vemos en un estudio que se ha realizado recientemente en poblaciones del norte de España de los siglos XIII-XVIII debido a un mayor consumo de hidratos de carbono (Baraja, S. M., 2015: 253).

Además de un mayor consumo de hidratos de carbono, tradicionalmente, se ha tenido en cuenta el factor de la mala higiene dental en este grupo poblacional (González Martín, y otros, 2011: 592). Otras posibles causas de la mayor presencia de caries en mujeres han sido: la erupción dentaria a una edad más temprana, embarazos (aunque este factor ha sido más debatido en los últimos años), o las “fluctuaciones hormonales” que se evidenciarían en la saliva (Lukacs & Largaespada, 2006).

Como dijimos, la periodontitis sería habitual en edades seniles, mostrándose primero a través de una gingivitis que afectará al hueso alveolar y al soporte dentario. Los dientes afectados pueden desprenderse, ya que el sostén del diente se va destruyendo y es más móvil. Una de las causas sería un aumento en la ingesta de proteínas de origen animal (Campillo D., 2001: 332). Por esto, pueden darse procesos de pérdida dentaria en vida, lo que conlleva una serie de cambios morfológicos de la mandíbula, además de cambios en la dieta de esas personas (Sardi, Anzelmo, Barbeito-Andrés, & Pucciarelli, 2001).

También podríamos destacar otras patologías como los abscesos, que originan flemones dentarios que en época histórica conducía inevitablemente a la pérdida de la pieza dentaria (Rodríguez Martín, C., & Martín Oval, M., 2009: 274). La osteítis se produce por la infección del hueso, y en ella veríamos presentes un gran número de cavidades osteolíticas (Campillo D., 2001: 333).

Cuando las personas no llevan un adecuado aseo en la boca se producen acúmulos de sarro o cálculos, que es la deposición de sales calcáreas que, mezcladas con la saliva producen el denominado sarro (Afonso-Vargas, J., Ramos La-Serna, I., Arnay de la Rosa, 2015: 107). Todo ello confluye en procesos dentales doloroso, que hacen que las personas eviten masticar por el lado donde tienen la acumulación de sarro, lo que también puede dejar evidencias de dientes poco utilizados para la función masticatoria (Campillo D., 2001: 340).

En el estudio realizado en una población del siglo XVIII enterrada en La Iglesia de La Concepción de Santa Cruz de Tenerife se evidenciaba que los estamentos y las diferencias socioeconómicas marcaban de manera determinante la presencia en mayor o menor medida de sarro (González-Reimers, E., Gámez-Mendoza, A., Arnay de la Rosa, M. M., 2009).

Como hemos ido señalando, el consumo alimentario no solo depende de factores nutricionales, sino que además influyen factores socioculturales que serán determinantes en la dieta y salud de las personas, que pueden verse a través de patrones de estriación dentaria (Rodríguez Martín & Martín Oval, 2009).

Podemos destacar la técnica de análisis de la dieta a través de las mediciones que se generan en el esmalte dentario, en la superficie vestibular de los dientes, en el proceso de masticación de los alimentos, a través de la dureza de los alimentos y la capacidad masticatoria. Por tanto, aquellas dietas que se hayan basado en recursos vegetales (presencia alta de fitolitos⁵⁵) tienen numerosas estrías horizontales más largas que las verticales. Mientras que, en aquellas poblaciones que tienen la ingesta de productos cárnicos como habitual, vemos que es común un menor número de estrías, siendo más largas las verticales (Campillo D., 2001: 452).

⁵⁵ Moléculas de sílice presentes en organismos vegetales, (Campillo D., 2001: 452).

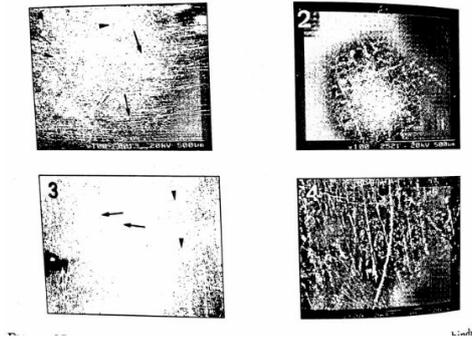


Figura 6 Ejemplos de estrías dentarias: 1) dieta herbívora 2) dieta cárnica 3) dieta vegetariana, aunque no de manera exclusiva; 4) dieta carnívora. Fuente: (Campillo D., 2001: 454).

En estudios realizados a poblaciones de los siglos VIII-XVIII, se ha establecido que la hipoplasia dental observada también estaría relacionada con patologías como la caries, debido al progresivo debilitamiento del diente. Asimismo, se ha entendido que la infranutrición que sufrieron estas poblaciones en el periodo de la infancia provocaría que su sistema inmune quedara en desventaja (Baraja, S.M., 2015: 254).

f) La marca del estrés en el registro óseo

Es difícil establecer con exactitud las causas predisponentes, aunque parece claro que la repetición de actividades (laborales o de ocio) puede funcionar como causa de los denominados marcadores de actividad, por lo que han surgido líneas de investigación en este sentido: la Historia del trabajo, que estudia las marcas óseas de las actividades recurrentes de las personas⁵⁶ (Campillo D., 2001: 423).

La presencia de estos marcadores se relacionan con factores endógenos y ecológicos, y, además, funcionan como indicadores de salud global para las poblaciones, siempre y cuando esto se encuadre dentro de un contexto temporal concreto (Campillo D., 2001: 432)

Por tanto, podemos decir que, lo más recomendable a la hora de estudiar una serie de restos para nuestra investigación histórica, sería primero establecer la patocenosis de dicho grupo humano, es decir, conocer las patologías habituales en situación de equilibrio dentro de esa población, para luego investigar los marcadores de estrés que influyeron en la salud de las personas (Campillo D., 2001: 554).

⁵⁶ Aunque el tipo de hábitat en el que se desarrollan las personas, el clima, la vegetación o el tipo de terreno también puedan influir (Campillo D., 2001: 423).

5. Conclusiones

Finalmente, nos gustaría aclarar que nos hemos centrado en evidenciar que el género es una categoría de análisis histórico capaz de vertebrar investigaciones en cualquier etapa cronológica y desde cualquier línea de trabajo, algo que hemos cumplido.

Hemos partido de la crítica de la ausencia o escasez de trabajos arqueológicos en una etapa como la que va desde el siglo XVI hasta el XVIII, porque consideramos que se trata de un periodo privilegiado del que tenemos fuentes documentales abundantes que pueden relacionarse fácilmente con la bioantropología. El concepto de género obliga necesariamente a analizar los documentos con nuevas perspectivas, utilizando otras fuentes y llevando a cabo trabajos interdisciplinares.

Como hemos visto, se podría elaborar una historia de la salud de las mujeres de la Edad Moderna atendiendo a cuestiones documentales con los conocimientos generales que se tienen sobre la alimentación, enfermedades o la evolución de la medicina. Pero, además, se deberían tomar aquellas fuentes que pueden arrojar información específica para las mujeres en este contexto, como los recetarios, dietarios, tratados de belleza, etc.

Resaltamos la importancia de llevar a cabo estudios de este tipo, ya que cuestiona el pensamiento hegemónico tradicional, entendiendo así el pasado desde la objetividad, ya sea desde la documentación o el registro arqueológico.

A lo largo de toda la Edad Moderna, es evidente que género y clase suponen un binomio casi inseparable en la explicación histórica que podemos hacer. La relación entre ambos se hace evidente en las mujeres, ya que estaban doblemente afectadas, algo que influiría en su estado de salud.

Consideramos que, a pesar de que se ha entendido que la Edad Moderna ha sido un periodo en el que la entrada de nuevos alimentos permitió una mejoría general en la salud de las personas, la historiografía tradicional ha omitido la voz de aquella parte de la población que vivía con unas condiciones económicas bajas, especialmente las mujeres. Asimismo, se ha elaborado una historia que ha abordado la cuestión de las enfermedades desde la visión del masculino genérico, atendiendo poco a cuestiones de género, algo que podría dilucidar si hombres y mujeres padecían enfermedades en la misma medida.

Desde la bioantropología, parece evidente que las diferencias entre individuos femeninos y masculinos han sido más tenidas en cuenta, porque en la mayoría de los casos

esto supone el punto de partida de este tipo de estudios. La determinación del sexo supone una de las partes más relevantes para establecer diferencias entre hombres y mujeres. Una vez hecho esto, desde el campo de la paleopatología vemos una amplia selección de ramas que pueden ayudar a averiguar las condiciones de vida de las mujeres del pasado.

Aun con todo, podemos decir que, aparentemente, el peso de la moral cristiana europea de los siglos XVI al XVIII sí influyó sobre la vida y salud de las mujeres (independientemente de cual fuera su clase social). La concepción del cuerpo y las ideas médicas del periodo han dejado un registro documental que permite ver una serie de atenciones y cuidados que no eran dedicados a los hombres.

Destacamos la dificultad que hemos tenido al no disponer de trabajos relacionados con la salud de las mujeres en la Edad Moderna realizados en bioantropología, por lo que hemos intentado desarrollar, a través de otros ejemplos, la idea general que perseguíamos, es decir, demostrar que este tipo de estudios podrían llevarse a la práctica en un futuro.

“Yo me aventuraría a pensar que Anon (anónimo), quien escribiera tantos poemas sin firmarlos, fue a menudo una mujer” Virginia Woolf.

6. Bibliografía

Anderson, B. S., & Zinsser, J. P. (1991). *Historia de las mujeres: una historia propia. Volumen 1*. Barcelona: Crítica.

Arias de Saavedra, I., & López-Guadalupe, M. L. (2015). Asistencia sanitaria femenina a finales del Antiguo Régimen: el caso del hospital de la Caridad y Refugio de Granada. *Cuadernos de Historia Moderna*, 33-61.

Arnay de la Rosa, M. (2009). La arqueología histórica en Canarias. El yacimiento sepulcral de la Iglesia de Nuestra Señora de la Concepción de Santa Cruz de Tenerife. *Arqueología Iberoamericana*, 21-36.

Arnay de la Rosa, M., González-Reimers, E., Velasco-Vázquez, J., Galindo-Martín, L., Delgado Ureta, E., Santolaria-Fernández, N., & Barros-López, N. (1998). Comparison of bone lead in Pre-Hispanic, 18th century and modern population of Tenerife. *The Science of the Total Environment*, 107-111.

Baraja, S. M. (2015). *(Tesis Doctoral) Paleopatología oral en dos poblaciones históricas (s. XIII-XVIII) del Norte de España*. Oviedo: Universidad de Oviedo.

- Barnes , J., & Anderson, L. (2005). Plantas medicinales: guía para los profesionales de la salud. *México: Pharma*, 568- 584.
- Berkowitz, G. S., Moline, J., & Todd, A. C. (1999). Methodological issues related to studies of lead mobilization during menopause. *Salud Pública de México* , 588-592.
- Betrán Moya, J. L. (2006). *Historia de las epidemias en España y sus colonias (1343-1919)*. Madrid: La esfera de los Libros.
- Blakely, R.L. (1989). Bone strontium in pregnant and lactating females from archaeological samples. *American Journal of Physical Anthropology*, 80 (2), 173-185.
- Bolufer Peruga, M. (2007). Género, historia e historia de la medicina: diálogos historiográficos. En R. Campos, L. Montiel, & R. Huertas (Ed.), *Medicina, ideología e historia en España* (635-645). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Camacho, F. F., Pellico, L. G., & Valencia, R. F. (1993). Determinación del sexo de restos humanos mediante análisis multivariante de caracteres métricos de la cresta iliaca. En J. Blanco, C. Bellard, & F. Bellard (Ed.), *Actas Congreso Nacional Patología* (399-402). Valencia: Asociación Española de Patología.
- Campillo, D. (2001). *Introducción a la paleopatología*. Barcelona: Bellaterra arqueología.
- Campillo, D., & Subirá, M. E. (2004). *Antropología física para arqueólogos*. Barcelona: Ariel.
- Campillo, J. E., Rucquoi, A., & Pérez Samper, M. d. (2015). *Comer a lo largo de la historia*. Valladolid: Ediciones Universidad de Valladolid.
- Carzolio, M. I., Fernández Prieto, R. I., & Lagunas, C. (2010). *El antiguo régimen. Una mirada de dos mundos: España y América*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Cervera Añón, J. (2012). Paleodieta: un acercamiento al estudio de la alimentación en las poblaciones del pasado. *Revista Estrat Critic*, 156-165.
- Cintas Peña, M. (2012). Género y Arqueología: un esquema de la cuestión. *Revista Estrat Crític*, 177-187.

- Colasurdo, M., & Satori, J. (2011). La conformación de la etnicidad a partir de hábitos alimenticios: su abordaje desde la antropología y la arqueología histórica. *Arqueología Histórica de Argentina y Latinoamérica*, 125-146.
- Cruz Berrocal, M. (2009). Feminismo, teoría y práctica de una arqueología científica. *Revista Trabajos de Prehistoria*, 25-43.
- Delicado, F. (2011). *La Lozana Andaluza/ Francisco Delicado (148-1535), edición, introducción y notas de Carla Perugini*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.
- Díaz de Liaño y del Valle, G. (2014). Arqueologías de género feministas. *ArqueoWeb*, 239-241.
- Díaz, C., Rosa, M. A., Reimers, E. G., & Vázquez, J. V. (1996). Estudio comparativo de antropología dental entre poblaciones prehistóricas e históricas en Tenerife. *XII Coloquio de historia canaria-americana* (350-362). Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo Insular de Gran Canaria.
- Escoriza Mateu, T. (2002). Mujeres, arqueología y violencia patriarcal. En B. López Beltrán (Ed.), *Actas del Congreso Interdisciplinar sobre Violencia y Género*. (59-74). Málaga: Diputación Provincial de Málaga.
- Esteban, M. L., Comelles, J., & Díez Mintegui, C. (2010). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Fernández Díaz, N. (2012). La historia de la medicina y de la enfermedad: metáforas del cuerpo y de las instituciones. De la Edad Media al siglo XIX. *Thémata. Revista de Filosofía*, 109-117.
- Fernández Laveda, E. M., Fernández Martínez, Á., & Belda Antón, I. (2014). Histeria: historia de la sexualidad femenina. *Cultura de los Cuidados (Edición Digital)*, 63-70. doi:<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.08>
- Ferreira, M. T., Neves, M. J., & Wasterlain, S. N. (2013). Lagos leprosarium (Portugal): evidences of disease. *Journal of Archaeological Science*, 2298-2307.
- Ferrer, V. A., Bosch, E., & Gili, M. (1999). Mitos y realidades en torno al ciclo menstrual: análisis de la sintomatología asociada. *Estudios de Psicología*, 21-32.

- Gámez Mendoza, A. (2005). Las investigaciones bioarqueológicas en ámbitos históricos en Canarias. La Iglesia de la Concepción de Santa Cruz de Tenerife como ejemplo. *Tabona*, 279-299.
- García Díez, M., & Zapata, L. (2013). *Métodos y técnicas de análisis y estudio en Arqueología Prehistórica. De lo técnico a la reconstrucción de los grupos humanos*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- García Galán, S., Medina Quintana, S., & Suárez Suárez, C. (2014). *Nacimientos bajo control*. Oviedo: Trea.
- González Martín, A., Cambra-Moo, O., Rascón Pérez, J., Campo Martín, M., Robledo Acinas, M., Labajo González, E., & Sánchez Sánchez, J. (2011). Dos embarazadas de la maqbara de la Calle Herrerías (Tudela, Navarra) (s. IX-XI). *Paleopatología: ciencia multidisciplinar*, 587-599.
- González-Reimers, E. (2008). Paleodieta y paleonutrición. En J. Afonso-Carrillo (Ed.), *Actas III Seminario Científico Telesforo Bravo*, (9-41). La Laguna.
- González-Reimers, E., Gámez-Mendoza, A., & Arnay de la Rosa, M. M. (2009). The Ba/sr ratio, carious lesions and dental calculus among the population buried in the Church "La Concepción". *Journal of Archaeological Science*, 351-358.
- Hernando, A. (2002). *Arqueología de la identidad*. Madrid: Akal.
- Hernando, A. (2007). Sexo, género y poder. Breve reflexión sobre algunos conceptos manejados en la Arqueología del género. *Complutum*, 7-14.
- Lavrin, A. (2008). *Las esposas de Cristo. La vida conventual en la Nueva España*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Lerner, G., (1990). La creación del patriarcado. Barcelona: Crítica.
- Lindemann, M. (2001). Medicina y sociedad en la Europa Moderna 1500-1800. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Llohis, J. O. (1993). Problemas diagnósticos en paleopatología dentaria. En J. D. Blanco, C. G. Bellard, & F. G. Bellard (Ed.), *Actas Congreso Nacional Patología* (143-148). Valencia: Asociación Española de Patología.

López, B., García-Vázquez, E., & Dopico, E. (2011). Dental indicators suggest health improvement associated with increased food diversity in Modern Age Spain. *Hum Ecol*, 527-534.

López-Cordón Cortezo, M. V. (2015). Los estudios históricos sobre mujeres en la Edad Moderna: estado de la cuestión. *Revista de Historiografía*, 147-181.

Machado Gutiérrez, J., Trujillo-Mederos, A., Pérez Álvarez, A., González Navarro, I., & de la Rosa Arrocha, F. (2014). Excavación arqueológica en la trasera de la Ermita de San Miguel de los Ángeles (San Cristóbal de La Laguna, Tenerife). Resultados de la intervención de 2012. *Tabona*, 85-104.

Malgosa Morera, A. (1997). La enfermedad en los restos humanos arqueológicos. Actualización conceptual y metodológica. *IV Congreso Nacional de Paleopatología* (118-120). San Fernando: Universidad de Cádiz.

Maradona Hidalgo, J. A. (2010). *Historia de las enfermedades infecciosas*. Oviedo: Universidad de Oviedo.

Méndez Vázquez, J. (2015). Nodrizas y tratados de pediatría en el Madrid del Setecientos. *Cuadernos de Historia Moderna*, 107-133.

Mintz, S. W., & Bois, C. D. (2002). The Anthropology of Food and Eating. (T. J. University, Ed.) *Annual Review of Anthropology*, 99-119.

Montón Subías, S. (2014). Arqueologías engeneradas. Breve introducción a los estudios de género en arqueología hasta la actualidad. *ArqueoWeb*, 242-247.

Montón Subías, S., & Abejez, L. J. (2015). ¿Qué es esa cosa llamada Arqueología Histórica? *Complutum*, 11-35.

Moreno Rodríguez, R. M. (1995). La ideación científica del ser mujer. Uso metafórico en la doctrina galénica. *Dynamis*, 103-149.

Nadal, J. (1988). *La población española. Siglos XVI a XX*. Barcelona: Ariel.

O'Connell, T., Kneale, C., Taseuska, N., & Kuhnle, G. (2012). The Diet-Body Offset in Human Nitrogen Isotopic Values: A Controlled Dietary Study. *American Journal of Physical Anthropology*, 426-434.

- Ortego Agustín, M. Á. (2009). Discursos y prácticas sobre el cuerpo y la higiene en Edad Moderna. *Cuadernos de Historia Moderna*, 67-92.
- Pérez-Pérez, A. (1993). Problemática de la caracterización de las condiciones y calidad de vida de poblaciones humanas en épocas pasadas. *Actas del II Congreso Nacional de Paleopatología* (405-413). Valencia: Asociación Española de Paleopatología.
- Pérez Samper, M. Á. (1997). Los recetarios de mujeres y para mujeres. Sobre la conservación y transmisión de los saberes domésticos en la época moderna. *Cuadernos de Historia Moderna*, 121-154.
- Pérez Samper, M. Á. (2002). El pan nuestro de cada día en la Barcelona Moderna. *Revista Pedralbes*, 29-72.
- Pérez Samper, M. Á. (2003). La alimentación en la corte española del siglo XVIII. *Cuadernos de Historia Moderna*, 153-197.
- Pérez Samper, M. Á. (2015). Entre el paraíso de la abundancia y el infierno del hambre: mitos y realidades. *Cuadernos de Historia Moderna*, 173-196.
- Pérez Samper, M. Á. (2015). Utopías y sueños: el deseo de comer mucho y comer bien. *E-Spania [en línea]*. Recuperado el 20 de febrero de 2018, de <http://journals.openedition.org/e-spania/24564> ; DOI : 10.4000/e-spania.24564
- Pérez Samper, M. Á. (2016) Las mujeres en la España Moderna: hablar, callar. En I. Fernández Arrillaga, *Al margen y calladas: mujeres en la modernidad* (137-154) Alicante: Quinta Impresión.
- Pierce, B. (2006). *Genética. Un enfoque conceptual*. Buenos Aires: Panamericana.
- Polo-Cerda, M., Romero, A., & García-Prósper, E. (2013). Bioantropología y paleopatología. Herramientas para la investigación histórico-arqueológica. *Research Gate*, 95-116.
- Poma, P. (2008). Intoxicación por plomo en humanos. *An Fac med.*, 120-126.
- Reimers, C., Armay De La Rosa, M., & Velasco Vázquez, J. (2006). Líneas de Harris y estatura en la población prehispanica de Tenerife preservada en el Instituto Cabrera

Pinto (La Laguna). *Estudios Canarios: Anuario del Instituto de Estudios Canarios*, 689-696.

Renfrew, C., & Bahn, P. (2008). *Arqueología. Conceptos clave*. Madrid: Akal.

Ríos Mabel, G. (2013). Mujeres, educación y subordinación en la obra de Fray Luis de León "La Perfecta Casada". *XIV Jornadas Interescuelas (2-19)*. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo.

Rodríguez Martín, C., & Martín Oval, M. (2009). *Guanches. Una historia bioantropológica*. Santa Cruz de Tenerife: Museo Arqueológico de Tenerife, Organismo Autónomo de Museos y Centros del Cabildo de Tenerife.

Sánchez, J., & García-Bartual, M. (1995). Estudio preliminar de un osario del siglo XVII del Castillo de la Mota, Alcalá La Real-Jaén. *Salud, enfermedad y muerte en el pasado. Consecuencias biológicas del estrés y la patología (23-28)*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Sánchez Romero, M. (. (2005). *Arqueología y género*. Granada: Universidad de Granada.

Sardi, M. L., Anzelmo, M., Barbeito-Andrés, J., & Pucciarelli, H. M. (2011). Envejecimiento, pérdida dentaria y cambios craneofaciales. *Revista Argentina de Antropología Biológica*, 61-69.

Scott, J. (2008). *Género e historia*. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Segura Graíño, C. (2015). Cómo construimos la historia de las mujeres desde las Universidades Españolas. *Revista de Historiografía*, 255-271.

Segura Graíño, C. (1997). La transición del Medievo a la Modernidad. En E. Garrido, P. Folguera, M. Ortega & C. Segura Graíño, *Historia de las mujeres en España (220-248)* Madrid: Síntesis.

Segura Munguía, S. (2004). *Diccionario etimológico de medicina*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Simón Palmer, M. C. (1997). Notas sobre la vida de las mujeres en el Real Alcázar. *Cuadernos de Historia Moderna*, 21-37.

Subirá, M., Alesan , A., & Malgosa, A. (1992). Criba orbitalia y déficit nutricional. Estudios de elementos traza. *Congreso Nacional de Paleopatología* (153-158). San Sebastián: Munibe.

Trancho, G., Robledo, B., López-Bueis, I., & Campillo, D. (1993). Periostitis tibial: evidencia y distribución en población española. *Actas del II Congreso Nacional de Paleopatología* (225-230). Valencia: Universidad de Valencia.

Trujillo-Mederos, A., & C. Ordóñez, A. (2011). Nociones básicas para la determinación del sexo y la edad en restos antropológicos. *Estrat Crític*, 134-155.

Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.

Vives, E. (1992). Pautas de problemas dentarios en las poblaciones históricas del Noroeste de la Península Ibérica. *Congreso Nacional de Paleopatología* (163-168). San Sebastián: Munibe.

Waldron, T. (2009). *Paleopathology*. New York: University of Cambridge Press.