

Comer o no comer, no solo esa es la cuestión

La verdadera cara del trastorno alimentario a través de microrrelatos propios



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN / INTRODUCTION	7
2. OBJETIVOS DEL TRABAJO / OBJECTIFS DU TRAVAIL	9
3. METODOLOGÍA / MÉTHODOLOGIE	11
4. ESTRUCTURA DEL TRABAJO	13

PARTE TEÓRICA

5. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS	14
5.1. Definición y etiología	14
5.2. Clasificación	18
5.3. Epidemiología, incidencia y prevalencia	19
6. ANOREXIA NERVIOSA	23
6.1. Definición	23
6.2. Educación y nivel socioeconómico	24
6.3. Alteraciones cognitivas “las gafas con las que vemos el mundo”	24
6.3.1. Distorsiones cognitivas	25
6.3.2. Trastornos de la imagen corporal	26
6.3.3. Alteraciones interoceptivas	27
6.4. Alteraciones conductuales: síntoma vs rituales	28
6.5. Psicopatologías asociadas	30
6.6. Pronóstico de la enfermedad	31

7. BULIMIA NERVIOSA	32
7.1. Definición	32
7.2. Educación y nivel socioeconómico	32
7.3. Alteraciones cognitivas	33
7.4. Alteraciones conductuales	34
7.5. Psicopatologías asociadas	36
7.6. Pronóstico de la enfermedad	36
8. TRASTORNO POR ATRACÓN	38
8.1. Definición	38
8.2. Educación y nivel socioeconómico	38
8.3. Alteraciones cognitivas	40
8.4. Alteraciones conductuales	41
8.5. Psicopatologías asociadas	42
8.6. Pronóstico de la enfermedad	42
9. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS	44
9.1. Definición	44
9.2. Tipología	44
9.2.1. Vigorexia	44
9.2.2. Ortorexia Nerviosa	45
9.2.3. Ebriorexia	45
9.2.4. Otros trastornos	45

PARTE PRÁCTICA

10. MICRORRELATOS	46
10.1. Definición	46
10.2. Trabajo previo a los cuentos	48
11. REDACCIÓN y ANÁLISIS DE MICRORRELATOS	52
11.1. Método de análisis: formato ficha	52
11.2. Cuento 1: <i>C4H10</i>	52
11.2.1. Versiones del cuento	52
11.2.2. Temática	53
11.2.3. Simbolismo	53
11.2.4. Recursos literarios	54
11.2.5. Selección léxica	54
11.3. Cuento 2: <i>Amor ciego</i>	55
11.3.1. Versiones del cuento	55
11.3.2. Temática	57
11.3.3. Simbolismo	57
11.3.4. Recursos literarios	58
11.3.5. Selección léxica	60
11.4. Cuento 3: <i>Envoltorios para cenar</i>	61
11.4.1. Versiones del cuento	61
11.4.2. Temática	62
11.4.3. Simbolismo	63
11.4.4. Recursos literarios	64
11.4.5. Selección léxica	64

11.5. Cuento 4: <i>Titiritera de la títere</i>	65
11.5.1. Versiones del cuento	65
11.5.2. Temática	67
11.5.3. Simbolismo	67
11.5.4. Recursos literarios	68
11.5.5. Selección léxica	69
11.6. Cuento 5: <i>Espejito, espejito</i>	70
11.6.1. Versiones del cuento	70
11.6.2. Temática	72
11.6.3. Simbolismo	73
11.6.4. Recursos literarios	74
11.6.5. Selección léxica	74
12. CONCLUSIÓN / CONCLUSION	75
13. FUENTES DE INFORMACIÓN	77

ABSTRACT

Resumen

Este trabajo se centra en los trastornos de la conducta alimentaria, que han sufrido un aumento significativo en los últimos años, al igual que el culto al cuerpo. A partir de una base teórica sobre dichos trastornos y de un análisis del género del microrrelato (en particular, la obra *Los niños tontos* de Ana María Matute), se escribe una serie de cuentos sobre esa enfermedad, los cuales se comentan a continuación con detalle para explicar el proceso creativo y literario, y para aclarar su simbolismo.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, microrrelato, Ana María Matute, *Los niños tontos*, creación literaria personal.

Resum

Aquest treball se centra en els trastorns de la conducta alimentària, ja que han patit un augment significatiu els darrers anys, igual que el culte al cos. A partir d'una base teòrica sobre els citats trastorns i d'una anàlisi del gènere del microrelat (en particular, l'obra Los niños tontos d'Ana María Matute), s'escriu un conjunt de contes sobre aquesta malaltia, els quals es comenten a continuació amb detall per a explicar el procés creatiu i literari, i per a esclarir el simbolisme que amaguen.

Paraules clau: Trastorns de la conducta alimentària, microrelat, Ana María Matute, *Los niños tontos*, creació literaria personal.

Résumé

Ce travail se centre sur les troubles du comportement alimentaire, qui ont connu une hausse significative ces dernières années, tout comme le culte du corps. A partir d'une base théorique sur ces troubles et d'une analyse du genre des micro-romans, en particulier par le biais de l'oeuvre *Los niños tontos* d'Ana Maria Matute, ce travail présente une série de contes sur cette maladie, qui sont commentés ci-dessous en détail pour expliquer le processus créatif et littéraire, et pour clarifier son symbolisme.

Mots clés: Troubles du comportement alimentaire, micro-roman, Ana Maria Matute, *Los niños tontos*, création littéraire personnelle.

1. INTRODUCCIÓN

En el siglo XVII Shakespeare da vida a Hamlet y con él a un monólogo que pasaría a la historia de la literatura y que transmitía la lucha entre la voluntad y la realidad que experimentamos. De tal forma, la vida y la muerte se convierten en opciones que reconsiderar.

Yo me vuelvo a plantear si es tan banal esa elección: ¿realmente la tenemos o llega un punto en que no somos dueños ni de nuestro propio ser?

Algo se apodera de nosotros y una acción tan simple como es la ingestión de alimentos se convierte en una lucha contra uno mismo.

Mas, ¿qué parte de la realidad que conocemos y sabemos es fruto de la voluntad de aquel ser?

Yo sé que juzgamos sin saber y que, si bien la ciencia responde ciertas preguntas, no entiende tanto de emociones.

A partir de una premisa científica pero con un objetivo literario nos proponemos la redacción de microrrelatos que narran la realidad de un trastorno alimentario. Permítase ser o no ser, pues esa es la única cuestión.

Aquí se aprenderá que la comida nunca fue la única razón.

1. INTRODUCTION

Autour du XVII^e siècle, Shakespeare nous a présenté Hamlet et le monologue qui passerait à l'histoire jusqu'à nos jours, la lutte entre la volonté et la réalité que nous expérimentons. De sorte que la vie et la mort deviennent des choix à reconsidérer.

Je m'interroge à quel point ce choix est banal, est-ce que nous l'avons vraiment, ou est-ce qu'il arrive un moment où nous ne sommes pas maîtres de nous-mêmes?

Quelque chose nous envahit et une action aussi simple que l'ingestion de nourriture devient une lutte contre nous-mêmes.

Cependant, quelle partie de la réalité dont nous avons connaissance est-elle le fruit de la volonté de cet être?

Je suis sûre que nous jugeons sans savoir et tandis que la science répond aux questions, elle ne comprend pas les émotions.

À partir de cette lecture avec une prémisse scientifique mais avec un but littéraire, nous nous proposons la rédaction de micro-romans qui racontent la réalité d'un trouble alimentaire. Permettez-vous d'être ou de ne pas être, car c'est la seule question.

Ici, vous apprendrez que la nourriture n'a jamais été la seule raison.

2. OBJETIVOS DEL TRABAJO

Siempre he pensado que se aprende más escuchando que hablando y esta forma de relacionarme me ha permitido generar un pensamiento más crítico con el paso del tiempo. Sócrates dijo una vez: “Yo solo sé que no sé nada”. Defendía así el aprendizaje continuo e infinito.

Para mí este trabajo supone un reto de aprendizaje, pues he aprendido mucho y creo que puedo seguir aprendiendo. Es más, espero con ansias compartir parte de lo aprendido con aquellos que estén dispuestos a dejarse sorprender y a ampliar sus conocimientos.

Si uno de mis objetivos es sorprender al lector, ¿no es el lenguaje literario el más adecuado para lograrlo? En consecuencia, la explicación y la transmisión de mi mensaje se hará a través de los microrrelatos de creación personal, tal y como los autores antiguos usaban los cuentos: con valor didáctico, pero dejando de lado la moralina y resaltando lo poético.

La definición y la comprensión del mensaje es un objetivo clave en este proyecto. Por tanto, además de mi propia experiencia personal, me informo de los cambios recientes en los manuales de psicología que pautan las enfermedades relativas a los trastornos de la alimentación, porque, si bien la ciencia no entiende de emociones, el mundo sí funciona a partir de sus descubrimientos.

Finalmente, la suma de los objetivos anteriores, la comprensión más allá de la ciencia gracias a la literatura y la capacidad de aprendizaje y de adquisición de ideas, todo ello me lleva al objetivo último y más importante: que la definición de trastorno alimentario se comprenda con todos sus matices y que, al finalizar la explicación, las preguntas hechas sean otras ya que las bases para hacerlas habrán cambiado.

En definitiva, pretendo que dichos trastornos no queden como simples etiquetas, pues las personas no podemos encajar en moldes y, por lo tanto, la comida no es el único ni el principal problema de esta grave enfermedad.

2. OBJECTIFS DU TRAVAIL

J'ai toujours pensé qu'on apprend plus en écoutant qu'en parlant, cette façon de m'entendre avec les autres m'a permis de générer une pensée plus critique et plus sage. Socrate avait dit une fois : <<Tout ce que je sais, c'est que je ne sais rien. >> Il défendait l'apprentissage continu et infini.

Selon moi, ce travail est un petit Socrate car j'ai beaucoup appris et je pense que je peux continuer à apprendre. En outre, j'ai hâte de partager une partie de ce que j'ai appris avec ceux qui sont prêts à être surpris et à changer leurs pensées.

C'est ici où commence notre liste d'objectifs :

Le premier est celui de surprendre notre auditoire. Et quelle ressource plus pratique que le langage littéraire? En conséquence, l'explication et la transmission du message par le biais de micro-romans, comme les auteurs les plus anciens l'avaient utilisé comme méthode didactique.

La définition et la compréhension du message conformément le deuxième objectif, la clé de ce projet. En plus de notre propre expérience personnelle, nous nous sommes informés des changements dans les manuels de psychologie qui régissent ces maladies, car bien que la science ne comprenne pas les émotions, le monde fonctionne à partir de ses découvertes.

Enfin, la somme des objectifs précédents, la compréhension au-delà de la science grâce à la littérature et la capacité d'apprendre et d'acquérir des idées, fournissent le produit souhaité. Le troisième objectif, qui est le plus important que nous souhaitons partager : qu'au cours de cette lecture et de la présentation du projet, les gens comprennent que même si les troubles sont étiquetés, les gens ne peuvent pas s'intégrer dans des moules et que la nourriture n'est pas le seul et le principal problème.

3. METODOLOGÍA

Para la redacción de este proyecto consultamos distintas fuentes de información bibliográfica como son el manual más actualizado de psicología, distintos artículos y estudios de renombre y libros con bases teóricas. Para asegurar el rigor y la fiabilidad de la parte teórica, todas las obras han sido recomendadas bien por el tutor del trabajo de investigación, bien por el Instituto de Trastornos Alimentarios de Tarragona (ITA).

Para la parte práctica decidimos centrarnos de forma breve en el análisis de la colección de cuentos de Ana María Matute Los niños tontos y también en obras artísticas varias como imágenes (ilustración), composiciones musicales y un largometraje, que nos sirven de fuente de inspiración y de base para la redacción de los microrrelatos propios.

Finalmente, recurrimos al diccionario oficial de la RAE para tener un cuidado especial en la redacción del escrito y al Diccionario de símbolos (J. Eduardo Cirlot, 1992)

3. MÉTHODOLOGIE

Pour la rédaction de ce projet, d'abord, nous avons consulté plusieurs sources d'information autobiographique telles que le manuel actualisé de psychologie, plusieurs articles et études de renom et des livres à base théorique. Pour assurer leur rigueur, toutes les opérations ont été approuvées par le tuteur et recommandées par un centre de troubles alimentaires, el Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA) de Tarragone pour rendre la partie théorique du travail le plus fiable possible.

Le but de la collecte de ces informations est leur analyse et le tri des données fondamentales pour établir les bases de la partie théorique.

Ensuite, pour la partie pratique, nous avons décidé de nous concentrer brièvement sur l'analyse des contes de Ana Maria Matute : Los niños tontos et sur différentes œuvres artistiques telles que des images, des compositions et un long métrage qui nous ont servi de source d'inspiration et de base pour la rédaction des micro-romans.

Par contre, nous n'avons pas fait une analyse très exhaustive de ces derniers. En fait, nous n'avons pas eu besoin de nouvelles sources d'information sur ces sujets pour compléter notre fiche.

Enfin, nous avons eu recours à des dictionnaires officiels, comme la RAE pour faire preuve d'une prudence particulière dans la rédaction de l'écritet au Dictionnaire de symboles (J. Eduardo Cirlot, 1992).

4. ESTRUCTURA DEL TRABAJO

El trabajo consta de introducción, metodología y objetivos, redactados estos en lengua castellana y en lengua francesa, puesto que cursamos el bachillerato de doble titulación (Bachillerato-Bachibac).

Estructuramos el proyecto en dos partes diferenciadas: por un lado, la parte teórica, donde describimos ampliamente la sintomatología y las distintas alteraciones que caracterizan los trastornos alimentarios estudiados; y, por otro, la parte práctica y creativa, que contiene una breve introducción al microrrelato y unas notas sobre la preparación para la escritura de nuestros propios cuentos. Después, reproducimos los microrrelatos y realizamos un análisis detallado de cada uno de ellos.

5. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS

5.1. Definición y etiología

Los trastornos alimentarios se caracterizan por experimentar sentimientos extremos y perturbadores hacia la comida, el peso y la propia imagen corporal, de los que se derivan serios problemas físicos y emocionales que presentan una seria amenaza para la integridad personal e incluso la propia vida del individuo. Sin embargo, esta es una definición incompleta, pues cualquier persona con cierta insatisfacción corporal y desagrado hacia su apariencia física podría ser diagnosticada como tal, lo que englobaría a la gran mayoría de la población.

Valiéndonos de la cita del psicólogo estadounidense Francio J. Braceland, que es una maravillosa metáfora de la etiología de esta enfermedad: “El dolor que no se desahoga con lágrimas puede hacer que sean otros órganos los que lloren”, entendemos que debe existir una serie de factores iniciales que desencadenen ciertas emociones desagradables hacia uno mismo, los llamados *factores predisponentes*. Como su nombre indica, favorecen la posibilidad de padecer este trastorno pues son vivencias que contribuyen a que se disparen los primeros síntomas. Siempre aparecen mucho antes del episodio y metafóricamente se los puede representar como un vaso medio lleno.

Entre los factores que desencadenan y predisponen la aparición de este trastorno, destacan los siguientes:

a) Factores psicológicos:

- Problemas de autoestima.
- Sentimientos de inadecuación, inadaptación e inferioridad.
- Estados de ánimo depresivos.
- Problemas de ansiedad o de ira reprimidas.
- Rasgos de personalidad obsesivos y compulsivos.

b) Factores familiares y sociales:

- Problemas familiares y de relación interpersonal.
- Escasez de habilidades sociales.
- Aislamiento y retraimiento social.
- Dificultades en la expresión de las propias emociones/sensaciones.
- Historial de abusos físicos y/o sexuales.
- Antecedentes familiares.

c) Factores culturales:

- Valores culturales relacionados con la delgadez como sinónimo de belleza.
- El culto al cuerpo como valor asumido colectivamente como prioritario.
- Los cánones de belleza impuestos desde los medios de comunicación.

d) Otros factores relevantes:

- Factores genéticos.
- Cuerpos de contextura ancha o delgada.
- Edad comprendida entre los 3 y los 20 años.
- Sexo femenino.
- Historial de obesidad.

No existe un único gen que sea el causante de padecer este trastorno, son un conjunto de genes los que aumentan las posibilidades de sufrirlo. Estos están relacionados con el equilibrio nutricional y determinados rasgos temperamentales; sin embargo, estas investigaciones no son concluyentes.

La ciencia sí ha podido demostrar que estos factores genéticos aumentan en un 50% más el riesgo de padecerlos y que la activación cerebral de las zonas que regulan la motivación y la planificación de una persona con estas características es mayor¹. Tal y como cita Cynthia M. Bulik en su estudio sobre trastornos alimentarios en la revista

¹ Bulik C., Sullivan PF. et al. *Twin studies of eating disorders a review*. International Journal of Eating Disorders, 27

International Journal of Eating Disorders: “La genética carga el arma y el ambiente aprieta el gatillo”. (M.Bulik, 2000, pág.27.)

Además de estos *predisponentes*, es necesario que se presenten ciertos sucesos estresantes justo antes del “episodio” que acaben por desencadenar el trastorno, es decir, los llamados factores precipitantes, aquellos que representan la gota ya derramada de nuestro vaso metafórico.

Algunos ejemplos son:

- Separación de padres.
- Cambios corporales propios de la pubertad (peso, altura, menstruación...).
- Pérdida de parejas o amistades.
- Rupturas conyugales en las que el padre se va de casa.
- Primeros contactos sexuales.
- Incremento rápido de peso.
- Recepción o emisión de críticas sobre el propio cuerpo.
- Padecimiento de una enfermedad que ocasiona el adelgazamiento o de un traumatismo que desfigura el físico.
- Inicio de una dieta, con refuerzo positivo por la nueva delgadez alcanzada.
- Incremento significativo de la actividad física.
- Otros acontecimientos vitales estresantes.

Usualmente, somos capaces de identificar esas emociones, de generar un pensamiento y reaccionar para que nuestra emoción cambie. Por ejemplo, el simple hecho de ver una película de terror, sentir un miedo irracional, pensar e identificar qué está causando ese miedo –en este caso, la película– y, consecuentemente, llevar a cabo la acción de apagar el televisor para poder experimentar otra emoción.

Sin embargo, muchas veces las emociones se convierten en sentimientos y nos acompañan en un largo proceso, como en un duelo. En estos casos es necesario aceptar la emoción y sentirla pese a que esta cause dolor, pues no podemos cambiarla inmediatamente. El dolor es una parte inevitable de la vida, pero el sufrimiento que aparece como consecuencia de no escucharnos, de no atendernos o de maltratarnos durante el proceso, es evitable.

La Teoría Transdiagnóstico de Fairburn² (2003), trata los factores comunes que se esconden tras los diferentes trastornos alimentarios y uno de ellos son las dificultades en la gestión emocional. Las personas con anorexia tienden a anesthesiarse de sus estados emocionales a través del control y de la restricción. Por el contrario, en la bulimia y en el trastorno por atracón encontramos con frecuencia que la persona se refugia en la comida como forma de calmar o evitar sus estados emocionales, así que la comida funciona como una especie de “ansiolítico” que calma el malestar en un primer momento, pero que no resulta efectivo: tras un corto periodo de tiempo, la emoción que desencadenó el atracón sigue llamando a la puerta y se le han unido, como poco, la vergüenza y la culpa por lo que acaba de pasar.

Ante la frustración de no poder cambiar estos factores que generalmente generan una suma de emociones desagradables y difíciles de identificar, existe el vago intento de modificar y tomar cierto control de aquello que se está sintiendo. Como ya hemos visto, este “poder” se consigue mediante el control del cuerpo de uno mismo, lo único que nos acaba perteneciendo realmente.

Estas acciones se engloban en los denominados *factores mantenedores o perpetuantes*, aquellos que contribuyen a mantener la enfermedad y metafóricamente son el agua eterna del grifo que derrama de nuestro vaso.

- Las consecuencias de la inanición (por ejemplo, la barriga hinchada debido a la desnutrición, que hace pensar al enfermo que debe seguir adelgazando).
- La interacción familiar con respecto a la comida (presión por comer).
- El aislamiento social (abandono de la pareja y de las amistades).
- Pensamientos recurrentes sobre la figura y el peso.
- Actividad física excesiva.
- La existencia de páginas web, como Pro-Ana y Pro-Mía, que hacen apología de los trastornos y los promueven.

² El enfoque transdiagnóstico en las terapias psicológicas actuales se considera una gran innovación pues se ha constatado que muchos problemas psicológicos comparten factores comunes que provocan o mantienen desordenes emocionales. Si, por el contrario, se modifican estos elementos comunes, como son algunos procesos de atención, memoria, pensamientos, expectativas, etc., se pueden prevenir posibles trastornos que afectan a la población general.

5.2. Clasificación

Según el manual de psicología DSM-5³, dentro de los trastornos de la alimentación y de la ingestión de alimentos, se diferencian tres grupos distintos:

- a) Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA):
 - Anorexia nerviosa.
 - Bulimia nerviosa.
 - Trastorno por atracón.
- b) Los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE).
- c) Los trastornos de la alimentación que aparecen a raíz de otras patologías, como serían las dificultades cognitivas y otros desórdenes del desarrollo, los cuales no están asociados al malestar hacia la figura corporal⁴:
 - Trastorno de pica o alotrofagia⁵.
 - Trastorno de rumiación⁶.

A modo de aclaración, hemos de puntualizar que actualmente los profesionales evitan usar estas etiquetas o clasificar de esta forma a los pacientes. Por eso, se tiende a tener menos en cuenta las características físicas o conductuales del enfermo y se diagnostica a este a través de su estado emocional y su funcionamiento cognitivo, ya que es lo que muestra verdaderamente cómo se siente el paciente. Así pues, se rompe la barrera de que el TCA es una simple enfermedad física y se enfatiza en sus graves consecuencias psicológicas.

³ Asociación estadounidense de psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Arlington: Médica Panamericana.

⁴ Este último grupo no será tratado en este trabajo pues implica otras patologías que no nos permiten estudiar las consecuencias psicológicas puras del trastorno alimentario.

⁵ Desorden alimenticio característico por el impulso de ingerir sustancias no nutritivas como papel, madera, pegamento, tierra...

⁶ Desorden alimenticio consistente en regurgitar del estómago los alimentos no digeridos para volver a masticarlos y escupirlos.

Esto afecta también a la hora de poner etiquetas y diagnosticar al paciente pues, pese a que cumpla con unos rasgos determinados que lo encasillarían en un determinado momento de la enfermedad, estos pueden cambiar, ya que el proceso de curación es muy largo y, como ya hemos dicho, la anorexia por ejemplo, no se cura solucionando el infra peso⁷; así que el paciente, una vez que consigue un peso estable y está hipotéticamente curado, podría desarrollar bulimia y más tarde un trastorno por atracón o un TCANE...

Es un círculo vicioso del que no es posible salir sin ayuda y donde el orden de los factores no altera el producto, pues cada persona padecerá un cuadro distinto de acuerdo con su historia personal (factores *predisponentes*, *mantenedores*, etc.) Pero el resultado siempre será el mismo, una misma enfermedad con muchos nombres: un trastorno alimentario.

Es por ello por lo que cada vez más los profesionales insisten en diagnosticar la enfermedad, tal y como hemos citado anteriormente, mediante un análisis psicológico (expresión emocional, pensamientos recurrentes, preocupación por la figura...) más que mediante un análisis conductual (dietas frecuentes, conductas insalubres, peso bajo o alto...), ya que estos últimos pueden ser falsos positivos o pueden llegar a provocar pasar por alto un trastorno de alto riesgo para el paciente.

Es esencial, pues, que se lleve a cabo un tratamiento exhaustivo y de la mano de profesionales.

5.3. Epidemiología, incidencia y prevalencia

En la actualidad son bien conocidos los programas para perder peso que tienen como protagonistas a personas con historias estremecedoras: las famosas dietas milagro, que prometen una pérdida de peso inmediata sin especificar que luego aparecerá el temido “efecto yo-yo”.

De una forma u otra, la población es consciente del incremento de este tipo de trastornos o al menos de su existencia.

⁷ Peso considerado insalubre por estar por debajo del rango saludable: (<18.5)kg/m².

Los trastornos alimentarios no se diferencian de una drogadicción o del alcoholismo más que por la sintomatología que el enfermo desarrolla para escapar. Los problemas pueden ser los mismos, mas unos utilizan las drogas, otros el alcohol y otros la comida. Como hemos visto anteriormente, también existen ciertos factores genéticos que influyen en el desarrollo de la enfermedad.

La humanidad siempre ha tenido problemas y situaciones frustrantes que no ha sabido solucionar. ¿Significa eso que siempre han existido los trastornos alimentarios?

Ciertamente sí, de hecho, el primer caso documentado es el de Catalina de Siena, descrito en *El cuerpo como delito Anorexia, Bulimia, cultura y sociedad* de Josep Toro como el primer ayuno voluntario de índole no religiosa que actualmente diagnosticaríamos como anorexia nerviosa. Reproducimos un fragmento:

Corría el año de 1360. Catharina Benincasa iniciaba su adolescencia, cuando quedó fuertemente afectada por la muerte de dos de sus hermanas, lo que había aumentado sus deseos de entregarse exclusivamente a Dios. Ante la insistencia de sus padres para que se casara, decidió someterse a un severo aislamiento, y a sus 16 años no comía más que pan, agua y vegetales crudos. Catalina de Siena mantuvo su austeridad alimentaria toda su vida, lo que la llevó a la muerte en el año de 1380 a los 32 años de edad.

(Toro,1996, p.16)⁸

En el citado fragmento apreciamos un factor *precipitante* (la muerte de sus hermanas), un factor *mantenedor* (las continuas dietas restrictivas) y además un factor *predisponente* que pasa desapercibido y que pudo dar pie al trastorno: los frecuentes ayunos que sus familiares realizaban en nombre de Dios (anorexia santa⁹) y su prematura iniciación en esta práctica y su extrema delgadez.

Los siguientes casos encontrados también fueron de mujeres y actualmente hay unanimidad en los estudios, que consideran que entre el 90% y el 95% de los pacientes son mujeres.

¿Por qué la estadística se mantiene siglos después?

De hecho, de cada diez casos de TCA, solo dos son varones. Sin embargo, años atrás los estudios recalcaban que en uno de cada diez casos se trataba de un varón.¹⁰

⁸ Toro, Josep. (1996) *El cuerpo como delito: Anorexia, Bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A. Pág. 16.

⁹ Término acuñado por el profesor M.Bell, Rudolph (1985) en la obra *Holy Anorexia* para referirse a los distintos tipos de inedia medieval y los exagerados ayunos de los místicos y ascéticos. Todos cumplen la misma condición: “no tomar alimento para el cuerpo queda compensado con la milagrosa posibilidad de que sea el propio Dios quien asuma el sustento y la vida.”

¹⁰ Alonso Vaquerizo, Irene. (2016) *Ana y Mía no quieren ser princesas. La cara oculta de los trastornos alimentarios*. Madrid: Meridiano, pág.178.

Seguro que todos podemos imaginar la típica imagen de la mujer encorsetada de época victoriana que busca realzar sus atributos, sentirse más segura, más guapa, mejorando su físico, cambiándolo. Es una tendencia que las empresas siguen explotando en nuestros días: cremas para eliminar arrugas que forman parte del ciclo de la vida, pastillas adelgazantes, dietas milagro...

También se nos viene a la cabeza un hombre vestido en chal, sombrero de copa y un bigote exuberante digno de admirar.

Sus labios abrazan una pipa de opio y su mano un vaso de ginebra que rellena reiteradamente mientras sus ojos miran abstraídos el entorno. Probablemente su mente también esté colmada de preocupaciones.

Este hombre ahoga sus penas en alcohol y drogas, elementos completamente prescindibles para la vida. Sin embargo, ¿qué sucede cuando se utiliza la comida, nuestra fuente de vida, para huir de uno mismo?

No hay escapatoria y el alimento se convierte en el epicentro del conflicto.

A día de hoy, la figura del hombre está más sexualizada que nunca. Las empresas buscan cuerpos determinados para portadas o anuncios e ir al gimnasio están a la orden del día. Entonces ¿quién no quiere ser atractivo? Se presentan, pues, los factores estresantes o *precipitantes* con más facilidad.

El resultado es la aparición de nuevos trastornos, los llamados trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) y aumenta el número de los pacientes varones. Además, los más afectados son los adolescentes de 12 a 20 años. Según algunos estudios, las mujeres tienden a sufrir mayor estrés que los hombres durante la adolescencia y ello aumenta el riesgo de padecer depresión¹¹, sobre todo a causa de los ya citados factores *predisponentes* de índole biológica (acción genética).

¹¹ Alonso Vaquerizo, Irene. (2016) *Ana y Mia no quieren ser princesas. La cara oculta de los trastornos alimentarios*. Madrid: Meridiano, pág. 178.

En los últimos treinta años, gracias a múltiples estudios de seguimiento, se ha podido observar el aumento alarmante de la incidencia y prevalencia de la anorexia nerviosa en Europa, Estados Unidos y Canadá. A mediados de los 60, las personas afectadas por esta enfermedad rondaba entorno el 0.46% respecto a la población general, pero hacia el año 2000 esta cifra se ha visto incrementada exponencialmente, en un 1.6% respecto a la población general. Porcentaje que sigue aumentando año tras año.¹²

¹² Talarn, Antoni y Jarne, Adolfo. (2015) *Manual de psicopatología clínica* (2ª ed.). Barcelona: Herder Editorial, pág.125.

6. ANOREXIA NERVIOSA

6.1. Definición

Definimos el trastorno de anorexia nerviosa como la necesidad y el deseo intensos de pesar cada vez menos mediante una pérdida progresiva de peso a través de una intensa restricción. Si además se suman ciertas conductas purgativas tales como vómitos, uso de laxantes o diuréticos y actividad física en exceso, se diagnostica como anorexia nerviosa purgativa.

En ambos diagnósticos, existe el miedo irracional a alcanzar un sobrepeso inmediato, pese a que la persona se encuentre en un peso normal o en infra peso. Esto es debido a la no aceptación del físico, a la obsesión corporal que sufre el paciente y a las distintas alteraciones cognitivas que serán explicadas en los apartados posteriores.

A partir del rechazo o la no solución de algún elemento mencionado anteriormente, un factor *precipitante*, como, por ejemplo, el divorcio de los padres del enfermo. Este se frustra y se hacen más visibles ciertos rasgos perfeccionistas u exigentes del enfermo (agentes biológicos que potencian el riesgo de sufrir un trastorno alimentario).

A continuación, aparece la fuga de escape, en este caso, lo que el enfermo sí puede modificar: su cuerpo. Así nace la no aceptación del propio físico.

Posteriormente, se presenta la obsesión corporal dado que las dietas restrictivas funcionan (factores *mantenedores*) y aparecen las distintas alteraciones cognitivas que hacen mucho más difícil concienciar a la persona de que padece un trastorno, de que necesita ayuda.

Es un árbol que ha crecido tanto y es tan alto que resulta imposible ver su origen, sus raíces, siguiendo con el ejemplo, el divorcio de los padres. Además, este dejará de tener importancia si no elimina la plaga que está carcomiendo su madera y que acabará por matarlo: la anorexia.

6.2. Educación y nivel socioeconómico

Los pacientes que padecen anorexia suelen pertenecer a sociedades con un nivel de desarrollo alto, como sucede en la sociedad occidental. Podemos deducir que la familia del paciente tendrá un nivel de vida medio-alto. Diversos estudios confirman que los pacientes desarrollan un rendimiento intelectual alto y suelen tener éxito en los estudios. Asimismo, tienden a ser perfeccionistas (factores biológicos), autoexigentes y desarrollan el deseo de agradar a los demás.

Hay que tener en cuenta que la población joven de sociedades tan desarrolladas tiene muchos intereses comunes como la música, el deporte, la moda... que los hace sensibles a la presión cultural y a los estereotipos culturales¹³.

Un estudio¹⁴ realizado en mujeres de África, el continente menos desarrollado de nuestro planeta, demuestra las afirmaciones anteriores, dado que los casos de anorexia según los criterios del DSM-IV-TR, el manual de psicología ya citado, son nulos frente a un 0.87% de casos de bulimia nerviosa y un 4.45% de TCANE.

Con la publicación del manual actualizado de psicología (DSM-5), hubo ligeras rectificaciones: la definición de los trastornos se rehízo y se dedujo que algunos de los casos tomados como pacientes con TCANE eran, en realidad, pacientes con anorexia. El infra peso causado por la restricción dejó de tomarse como indicador exclusivo del trastorno y se aceptó el diagnóstico de anorexia en pacientes con un peso considerado "sano".

6.3. Alteraciones cognitivas: "las gafas con las que vemos el mundo"

La cognición es la capacidad del ser humano para procesar la información que recibe (lo que piensa, lo que ve...) e interpretarla. Esta interpretación se ve influida por la percepción, la memoria, los recuerdos, su aprendizaje... Por lo tanto, deducimos que nadie percibe su entorno tal y como es.

¹³ "La cultura de la delgadez y el éxito a través de una figura atractiva". (Toro, 1997)

¹⁴ Van Hoeken D., Burns JK et al. Epidemiology of eating disorders in Africa. *PublMed.gov*, US National Library of Medicine National Institutes of Health, 2016 nov, 29(6):372-7. Doi: 10.1097/YCO.0000000000000274

Desde nuestra infancia formamos nuestras creencias inconscientemente a partir de lo que observamos, por lo que estas pueden cambiar si adoptamos nuevas influencias: aprendizajes o decisiones que nos lleven a interpretar la información de otra forma. (Aaron Beck y Albert Ellis, 1990).

Si estos aprendizajes son adaptativos, mejorará la forma en que percibimos nuestro entorno y nuestro lugar en él. Si, por lo contrario, estos son desadaptativos, se generarán creencias y errores de razonamiento responsables de diálogos internos negativos, o sea, las diferentes alteraciones cognitivas.

Por ejemplo, si un niño adquiere la creencia de que llorar es de débiles porque en casa nunca ha visto a sus padres llorar y estos le suelen transmitir que debe esconder las lágrimas delante de los demás, que debe sonreír, el pequeño aprende que llorar es malo, que es débil, y desarrolla una creencia desadaptativa. Posteriormente, el niño va a la escuela y ve a otros niños como él, que también lloran y son consolados por la profesora; entonces, aprende que llorar es normal, que no es diferente y es aceptado, así que en un futuro se permitirá llorar (creencia adaptativa).

En el caso de los trastornos alimentarios, las creencias desadaptativas son las diferentes alteraciones cognitivas que sufre la persona. El tratamiento que recibe después para reformular esas ideas es el conjunto de aprendizajes adaptativos.

A continuación, hablaremos de las alteraciones cognitivas más frecuentes en la anorexia: las distorsiones cognitivas, los trastornos de la imagen corporal y las alteraciones interoceptivas. La existencia de estas tres alteraciones provoca una alteración sumamente negativa del concepto de uno mismo y de la autoestima, lo que provoca una pérdida de identidad.

6.3.1. Distorsiones cognitivas

Las distorsiones cognitivas son todos aquellos pensamientos negativos que hacen que el enfermo actúe de determinada forma por las creencias familiares que ha creado a través de estímulos. Por ejemplo, si el enfermo en su infancia vio que sus padres no iban al médico pese a estar muy enfermos y decidían seguir trabajando por las razones que fuesen y que el niño desconoce, este está observando y de forma inconsciente añade nueva información a su cognición. Interpreta que estar enfermo no es importante y que tiene que esforzarse, el pequeño genera una nueva creencia.

Así pues, en el futuro se podrá sentir muy enfermo pero le restará importancia a ello. En el caso de ya haber desarrollado el trastorno, probablemente decida no pedir ayuda. (Aaron Beck y Albert Ellis, 1990)

Entre las distorsiones cognitivas más comunes se encuentran:

- Pensamiento dicotómico: no se aceptan los términos medios. Ejemplo: “O bien saco una nota excelente o no sirvo para nada, nada me sirve. Solo quiero el diez.”
- Necesidad de aprobación: dependencia de la opinión de los otros y, en consecuencia, adaptación de un rol sumiso; por tanto, la persona deja de saber lo que realmente quiere porque solo desea ser aceptada.
- Baja tolerancia a la frustración: no asumir los resultados deseados.

6.3.2. Trastornos de la imagen corporal

Este tipo de alteración cognitiva suele ser la más conocida, ya que todos hemos visto alguna vez la imagen de la chica desnutrida frente a un reflejo en el espejo de una imagen obesa, el leitmotiv de la anorexia. Sin embargo, ya hemos explicado que es mucho más complejo.

Este tipo de alteraciones provocan valoraciones subjetivas y erróneas de las proporciones de la comida, de la propia figura y de la de los demás. Cuando la enfermedad está muy avanzada, el paciente es incapaz incluso de objetivar su delgadez extrema.

La causa es de tipo cerebral y se halla concretamente en la corteza parietal, pues cualquier alteración en el funcionamiento normal de esta región desempeña un papel importante en la forma como vemos el propio cuerpo. Se producen errores al asimilar la información los cuales nos impiden ser conscientes de que nuestro razonamiento está siendo equivocado.¹⁵

¹⁵ Ravilious, Kate. (2014) Cerebro e imagen corporal. Identifican la zona del cerebro responsable de la forma como las personas ven su cuerpo. Intramed. Inglaterra. The Guardian.

6.3.3. Alteraciones interoceptivas

Este tipo de alteraciones provienen de haber generado creencias erróneas sobre el propio cuerpo humano y su fisiología, fruto de creencias anteriores como, por ejemplo, el perfeccionismo.

Los pensamientos distorsionados atentan contra los conocimientos básicos de la fisiología: el enfermo piensa que los alimentos se convierten en grasa por sus características exteriores, aspecto... y no por la cantidad o su valor calórico; se siente obligado, ya desde la adolescencia, a prevenir de la forma más radical las complicaciones de una dieta excesiva (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, etc.)

Se considera que el cuerpo es susceptible de ser modificado a voluntad más allá de los parámetros normales, se idolatra un estereotipo femenino muy concreto y poco accesible y se establecen límites de peso que siempre van a más puesto que el ideal siempre está por debajo delo que consiguen y nunca es suficiente. La delgadez indica control y virtud; en cambio, la adiposidad es vista como enfermiza e inmoral, incluso la que presentaría un cuerpo sano.

6.4. Alteraciones conductuales: síntoma vs rituales

Las alteraciones conductuales de la anorexia nerviosa y de los demás trastornos de la conducta alimentaria se denominan síntomas. Empiezan cuando el paciente reduce el consumo de ciertos alimentos en su dieta o directamente los elimina. Se lleva a cabo una alimentación restrictiva mediante la cual el paciente cree tener el control de sí mismo pero se pone en riesgo.

Este come solo, poco y mal. Tira la comida, la esconde o simplemente se encara a la familia manteniendo tercamente su escasa dieta. La manera de comer también se ve alterada. Los enfermos, que generalmente son ordenados, pulcros y educados, parecen olvidar las normas sociales relativas a la comida; se puede observar cómo utilizan las manos, comen lentamente, se sacan comida de la boca para dejarla en el plato, la escupen, la hacen trocitos y acaban destrozándolos alimentos.

Estos comportamientos se clasifican como rituales dado que son acciones que no hacen que el paciente se ponga en riesgo directamente pero sí aumentan la obsesión y regulan la ansiedad.

El paciente come más lentamente o trocea la comida porque piensa que así se absorben menos nutrientes; sin embargo, se está comiendo toda la comida y no está comiendo menos ni poniendo en riesgo su peso.

Como hemos visto en el apartado anterior, es una alteración interoceptiva pues tiene que ver con la mala comprensión del sistema digestivo. Los nutrientes se absorberán de la misma forma en todos los casos expuestos.

En el caso del síntoma, el daño al cuerpo es directo. Algunos ejemplos son el vómito, acción con la que se daña gravemente el sistema digestivo, o la restricción de alimentos, es decir, la privación de nutrientes esenciales para la vida.

Cada paciente desarrolla sus propias ideas erróneas a partir de comentarios que haya podido oír en casa, en artículos de internet... que de igual modo acaban distorsionados inconscientemente por el paciente y que favorecen la enfermedad.

Citamos como ejemplo una idea muy esparcida por internet:

5 beneficios de tomar agua tibia con limón en ayunas

Ayuda en la pérdida de peso

Las propiedades del limón para adelgazar son muy conocidas y valoradas. El zumo de limón tiene un **gran poder diurético y depurativo**, por lo que es ideal para combatir la retención de líquidos y para eliminar toxinas e impurezas.

www.lamejornaranja.com

Una persona con anorexia probablemente busque este tipo de artículos para intentar saciar la ansiedad que la abrumba y la necesidad de seguir controlando su peso.

Las indicaciones dadas en el extracto de este artículo pueden considerarse sensacionalistas cuando utiliza “adelgazar”, una palabra que atrae tanto a enfermos como a preocupados por la apariencia como sinónimo de “diurético” y “depurativo”, una incerteza que sirve para atraer a un público más crédulo, más frágil. Probablemente, el enfermo acabe tomándose el limón con agua como única ingesta y prosiga con un ayuno continuado, y pensará que ya ha comido, que tiene las calorías necesarias para enfrentarse al día, y, además, asuma la idea de que está adelgazando. Este sería, pues, un ejemplo claro de alteración interoceptiva (idea errónea sobre la fisiología).

Este tipo de dietas provocan con el tiempo una conducta de rechazo real hacia la comida e inapetencia. El paciente suele empezar a practicar algún deporte o lo hace con más asiduidad, y hasta acaba convirtiéndose en hiperactividad: evita sentarse, utilizar ascensores...

El miedo a ganar peso es tan grande que existen distorsiones cognitivas cuando la persona se sienta (se ve más gorda), cuando no se mueve (siente la grasa crecer en su cuerpo, siente que su rendimiento o resistencia bajan a un ritmo vertiginoso y siente angustia), etc. A su vez, otros pacientes desarrollan, además, conductas de purga a través del uso de laxantes, diuréticos, vómitos... Entonces el diagnóstico pasa a denominarse anorexia nerviosa purgativa.

6.5. Psicopatologías asociadas

Entre las psicopatologías derivadas de la anorexia, se encuentra la ansiedad, un estado mental característico por la recurrente inseguridad y por la excitación agobiante que asaltan al enfermo.

Está presente desde el inicio del trastorno pues el enfermo tiene miedo a engordar, critica su cuerpo, se aísla y sufre una pérdida de autoestima, todo lo cual genera ansiedad.

La ansiedad generalizada se puede focalizar en varios temas. El principal, desde un punto de vista estrictamente psicopatológico, es el miedo, en ocasiones poco racional, a engordar. Posteriormente se presenta el miedo a comer, a escuchar palabras relacionadas con ello o a visualizar el propio cuerpo, pues se experimentan distorsiones de este (Apartado 6.3.3 Alteraciones cognitivas).

Relacionados con la ansiedad, se observan ciertos trastornos obsesivos como pensamientos repetitivos e intrusivos sobre el cuerpo, el peso, la comida, etc., que llevan al paciente a realizar acciones de forma reiterativa para acallarlos: nos referimos a los ya citados rituales que supuestamente reducen la ansiedad pero que, en realidad, aumentan la obsesión y mantienen la enfermedad.

El paciente se puede sentir mejor si todo se hace en un orden predeterminado, como la limpieza reiterativa de los dientes antes y después de comer o el uso de ciertos cubiertos determinados en una posición precisa en la mesa. Estas acciones reducen la culpabilidad que siente el enfermo al comer, su agitación (ansiedad) y lo ayudan a “controlar” que su peso no varía.

Pongamos el ejemplo de la medida repetida de las muñecas con los dedos, una comprobación corporal sutil y muy común. Este ritual, como otros, están destinados al fracaso y a aumentar la obsesión por el cuerpo, pues la distorsión que padece el enfermo hará que vea una realidad incierta y que en verdad sienta que su muñeca es mucho más ancha que segundos antes o que el plato de la mesa ha aumentado de tamaño y que va a tener que alimentarse más.

Como podemos observar, los objetos ajenos al cuerpo también ejercen mucho poder sobre el enfermo y lo que en principio es una medida de seguridad para controlar la ansiedad y el miedo a aumentar de peso es, en realidad, un ciclo adictivo que alimenta la enfermedad.

Por otra parte, también se observan trastornos afectivos como la depresión, el aislamiento o la anhedonía¹⁶, síntomas secundarios del miedo a engordar o del miedo a fracasar.

6.6. Pronóstico de la enfermedad

En la actualidad, los datos de recuperación son optimistas. Según diversos estudios, en torno a un 50% de pacientes alcanza la recuperación total, un 30% se recupera parcialmente y un 20% no llega a lograrlo. Estos dos últimos casos, en que no se consigue la total recuperación, hacen referencia a pacientes que evolucionan a otro trastorno, normalmente a uno más ansioso, en el cual el pronóstico de recuperación aumenta, dado que presentan atracones y el miedo a una exagerada pérdida de control, que antes era inexistente, se hace realidad. Estos pacientes acaban por aceptar el tratamiento.

En otros casos, la enfermedad se vuelve crónica y el enfermo aprende a convivir con la enfermedad o puede llegar a fallecer. A lo largo del proceso de no-tratamiento de la enfermedad, el cuerpo se va deteriorando. El paciente pierde peso, *se evidencia un retardo en el tiempo de reacción, trastornos en la memoria visual y fallos en la recuperación de información*, disminuye la temperatura corporal por la falta de lípidos en el organismo, se padece hipotensión, la disminución del volumen circulatorio y puede llegar a desencadenar una vasoconstricción. En casos graves de infrapeso, se desarrolla lanugo¹⁷, y el cabello y las uñas se deterioran, se tornan frágiles por la falta de nutrientes.

En pacientes que presentan anorexia nerviosa purgativa, la pérdida de potasio, consecuencia de los vómitos o del abuso de laxantes y diuréticos, provoca alteraciones importantes del ritmo y también de la contractibilidad cardíaca, apreciables en un electrocardiograma alterado y responsables de la muerte súbita de algunos enfermos.

Muchos de estos síntomas son reversibles, puesto que, cuando el paciente recupera un peso normal y el cuerpo obtiene todos los nutrientes necesarios, este vuelve a un estado saludable. No obstante, hay ciertas patologías, como la osteoporosis a edad temprana o el estreñimiento crónico, que permanecen como cicatrices en el cuerpo para siempre.

¹⁶ La anhedonía es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades.

¹⁷ Forma de pelo o vello corporal muy fino, que crece como aislante de la piel por razón de ausencia de grasa.

7. BULIMIA NERVIOSA

7.1. Definición

La bulimia nerviosa se caracteriza bien por episodios de ingestas excesivas de alimentos en un breve periodo de tiempo, bien por la ingesta continuada de alimentos durante un largo espacio de tiempo.

Sin embargo, el paciente siempre tiene la sensación de pérdida de control, no es consciente de qué come, de cuánto come ni de por qué come. En muchas ocasiones ni siquiera tiene apetito. No obstante, el atracón actúa como un calmante inmediato ante la situación desbordante que lo asolaba.

Después del episodio, el enfermo lleva a cabo una o varias conductas compensatorias: ayunos, ejercicio físico excesivo, vómitos, uso de laxantes, diuréticos u otros fármacos acompañados de intensos sentimientos de culpa y menosprecio o bien sentimientos de autocompasión. Entre los episodios bulímicos (atracción-purga), la alimentación puede no ser normal: puede verse restringida o en un perpetuo ciclo de grandes ingestas y vómitos.

También se presenta una valoración de la imagen corporal y la autoestima altamente influidas por la figura y el peso, pues los pacientes con bulimia también padecen alteraciones cognitivas.

7.2. Educación y nivel socioeconómico

Tal y como describimos en el apartado 3.2 de este trabajo, los pacientes que padecen bulimia también suelen pertenecer a sociedades de alto nivel de desarrollo debido a que la educación que reciben activa ciertas conductas obsesivas y perfeccionistas que, junto con otros factores de cariz biológico y social, como son medios de comunicación o un ambiente familiar conflictivo, alimentan la aparición del trastorno.

7.3. Alteraciones cognitivas

Un paciente con bulimia, igual que uno diagnosticado con anorexia, presenta pensamientos erróneos en relación con la comida, el peso y la figura. El rechazo a la posibilidad de ser obeso es una actitud común en ambas patologías. Por ello, también se diagnostican las distintas alteraciones cognitivas explicadas en el cuadro clínico de la anorexia:

- a) Distorsiones cognitivas: voces negativas que condicionan la forma de actuar.
- b) Trastornos de la imagen corporal: distorsión corporal y del entorno, pensamientos exagerados sobre el cuerpo...
- c) Alteraciones interoceptivas: desconocimiento del funcionamiento corporal a nivel fisiológico.

Según, “se puede decir que en la anorexia, las conductas son consecuentes con las condiciones: «no quiero engordar, no como», mientras que en la bulimia eso no pasa: «no quiero engordar, pero me doy atracones de comida».”¹⁸

Ya que la bulimia se convierte en un intento por controlar dos impulsos muy fuertes: el deseo de comer, sin poder diferenciar el hambre real del hambre emocional, y el deseo de estar delgados.

Este hecho favorece la aparición de sentimientos de fracaso y de impotencia que marcarán el carácter y la personalidad de estos pacientes.

Muchas veces, el paciente crea un personaje para definir y describir la enfermedad, como un ser que vive dentro de él y que lo lleva a realizar dichos actos. En los casos de más prevalencia, normalmente este personaje es idolatrado y se llevan a cabo acciones siguiendo la “voz de la enfermedad”. En internet existen foros Pro-Ana (pro-anorexia o princesa Ana) y Pro-Mía (pro-bulimia o princesa Mía), cuyo objetivo es crear una comunidad de “princesas” que compartan “consejos” que puedan ayudarlas a adelgazar, a esconder autolesiones, a aprender a purgarse, etc. En estas páginas se hace apología de estas enfermedades como una forma de vida y no como un problema para la salud. Los enfermos encuentran la comprensión que no pueden hallar en casa para lograr así sus objetivos¹⁹.

¹⁸ Talarn, Antoni y Jarne, Adolfo. (2015) *Manual de psicopatología clínica* (2ª ed.). Barcelona: Herder Editorial, pág.137.

¹⁹ En 2019, se establece por primera vez en España una legislación contra los foros pro-Ana y pro-Mía. Concretamente en Cataluña, se ha publicado el DECRETO LEY 2/2019, de 22 de enero, de modificación de la Ley 22/2010, de 20 de julio, del Código de consumo de Cataluña, para incorporar medidas contra los trastornos de la conducta alimentaria. Desgraciadamente, la

En casos más leves, también se utilizan estos términos (Pro-Ana y Pro-Mía) para excusarse ante familiares y médicos de las acciones dañinas que el paciente se ha infligido, pues aparece la vergüenza y la necesidad de encontrar una excusa a la culpa que se está sintiendo: “Es la voz, ha sido la enfermedad.”

Este último caso se da cuando el paciente está siendo tratado y tiene consciencia de sus actos; desea curarse, mas debe tomar consciencia de que esa voz es parte de él, de su subconsciente y que es libre de seguir o no sus “órdenes”.

Con el tiempo dicha “voz” se convierte en un simple eco, ya que, si el paciente elimina las conductas enfermizas de su día a día, la necesidad de llevarlas a cabo desaparece progresivamente con tiempo y con ayuda, y la gestión de las emociones deja de llevarse a cabo a través de la comida.

7.4. Alteraciones conductuales

En un cuadro bulímico se presenta una conducta desordenada, al principio solo en relación con la alimentación y más adelante con otros aspectos de la vida. El patrón de conducta relativo a la alimentación es desordenado e imprevisible, al contrario que en la anorexia, donde el patrón es pulcro y predecible. La frecuencia de los «atracones» varía en función del estado de ánimo y de la disponibilidad.

En ocasiones se usan como desahogo, como premio o incluso como castigo, dado que un paciente con bulimia tiende a tener expectativas y metas que no consigue cumplir, se presenta la exigencia y a su vez la procrastinación, dos ideas adversas que chocan y generan sentimientos de frustración y angustia que propician el atracón.

Los alimentos ingeridos durante la crisis bulímica no obedecen a preferencias específicas, más bien, a condiciones circunstanciales (antojos, alimentos que suelen estar “prohibidos” o aquellos que se encuentren más a mano).

Las conductas de purga no son regulares, por lo que el miedo a ganar peso se supedita al estado de ánimo o a otras circunstancias.

Muchas veces el miedo a ganar peso pasa a un segundo plano. El paciente siente que hace todo lo que puede para perder peso y que su cuerpo no va bien (alteraciones interoceptivas), así que decide dejar la dieta restrictiva y permitirse un atracón como permisión o autocompasión. Siente enfado hacia la sociedad pues es la supuesta culpable, la que lo han engañado, se pregunta por qué su dieta no funciona y come hasta hartarse.

Siente vergüenza y asco, pero las siente a través de un cristal transparente: cuando come, las emociones no duelen. No se da cuenta de lo que come, no lo recuerda ni lo saborea y sigue sintiendo hambre pero no se siente solo.

Cuando el atracón finaliza por la falta de alimentos o el dolor de tripa, las emociones lo asaltan y la única forma de compensarlo es mediante la purga, que lo "arregla todo". El paciente siente que se deshace de toda la comida y que puede volver a seguir la dieta con normalidad.

Este ciclo de restricción y abuso de comida hace que el paciente no pueda diferenciar entre el hambre real o el hambre emocional. La primera se define como hambre fisiológica, es la falta de comida que se da por no comer por varias horas y por comer de manera insuficiente. La segunda, más difícil de identificar, es una falsa alarma de la primera, pues en realidad se presenta una secreción anormal de serotonina en el organismo, la hormona que controla el humor y se asocia al placer. En los trastornos alimentarios con dietas restrictivas, disminuye y aparece la inapetencia.

En dietas restrictivo-permisivas con tantos altibajos, como es el caso de la bulimia, se tienen variaciones de esta hormona pues se crea un deseo por la comida anormal. En vez de presentarse como un factor necesario para la vida, la nutrición se presenta como un capricho y un lujo. En consecuencia, el cerebro asocia ciertas emociones placenteras a la acción de comer y busca el cambio de una emoción desagradable a una más placentera.

Los tratamientos para curar este tipo de enfermedades se basan precisamente en el cambio de este funcionamiento. Se llevan a cabo acciones para parar el impulso de comer, como cerrar la cocina a deshoras o explicar qué se está sintiendo para disminuir la ansiedad y focalizar la atención en otra cosa.

De forma inconsciente, se acaba reformulando el pensamiento, pues se entiende que no son horas de comer y en consecuencia, se produce un cambio en la emoción pues se tienen herramientas para evitar aquellas emociones más desagradables y la persona se siente más realizada.

7.5. Psicopatologías asociadas

En los pacientes con bulimia suelen presentarse otras patologías asociadas como la depresión, la más común, y la ansiedad.

A diferencia de la anorexia, donde la ansiedad se muestra de forma generalizada, en un caso bulímico, esta está mucho más focalizada y cursa en forma de crisis, bucles sin fin que alimentan los episodios de atracón y purga.

Antes de la crisis de pérdida de autocontrol y en el preludeo del atracón, el paciente puede notar un sentimiento de excitación, tensión y un deseo irrefrenable de comer. Estos pacientes admiten e insisten que la ansiedad es la emoción que acompaña la conducta de descontrol.

7.6. Pronóstico de la enfermedad

Según los estudios más recientes realizados por Steinhausen HC., profesor especializado en psicología infantil, y Weber S., médico alemán considerado como uno de los fundadores de la psicología experimental, los pronósticos actuales son mucho más positivos que hace unos años con un 50% de pacientes recuperados totalmente, un 27% recuperados parcialmente y un 23% con un mal pronóstico (muerte)²⁰.

Pese a que todavía existe una alta cifra de pacientes sin alcanzar la recuperación total, estos resultados son gratificantes, pues a diferencia de la anorexia, una enfermedad que acaba provocando resultados fatales en la apariencia y a nivel interno, la bulimia no suele ser así, pues las conductas purgativas pueden llevarse a cabo durante años sin apreciarse apenas cambios corporales²¹ y sin que el entorno sospeche.

Antaño, la tasa de mortalidad en enfermos de bulimia era mucho mayor, porque era un trastorno que pasaba desapercibido y los pacientes solían morir de úlceras en el tubo digestivo que no llegaban a sanar a causa del paso del contenido del estómago, rico en ácido clorhídrico, por la boca durante el vómito o por hipopotasemia²².

²⁰ Alonso Vaquerizo, Irene. (2016) Ana y Mía no quieren ser princesas. La cara oculta de los trastornos alimentarios. Madrid: Meridiano, pág.97.

²¹ Russell (1979) describió la presencia de callosidades en el dorso de la mano de las pacientes que se provocan el vómito introduciéndose los dedos en la boca, lesiones que pueden estar ulceradas por acción del jugo gástrico.

²² Complicación cardiovascular más importante derivada de la bulimia, consecuencia de conductas purgativas que lleva a una pérdida de potasio a través de los vómitos o por abuso de laxantes.

En este trastorno, como en el caso de la anorexia, el paciente también sufre secuelas con las que debe cargar a lo largo de su vida. Entre estas se encuentran la pesadez posprandial²³ y las náuseas, además de que las glándulas parótidas y salivares pueden aparecer hipertrofiadas debido al abuso de carbohidratos durante los atracones o a las alteraciones electrolíticas a causa de las purgas, que en conjunto causan sialadenosis²⁴.

Igual que la anorexia, la bulimia se caracteriza por importantes alteraciones endocrinas. Las pacientes pueden tener el ciclo menstrual normalizado, pero es frecuente que lleguen a presentar irregularidades o amenorrea; además, se han detectado tasas bajas de estradiol y de progesterona. Las mujeres que padecen bulimia tienden a ser no supresoras en el test de supresión de la dexametasona²⁵ y se observan unos niveles plasmáticos de T3 y T4 disminuidos.

²³ Pesadez estomacal que incomoda, al acabar o antes de acabar la comida.

²⁴ La sialadenosis, tumefacción glandular generalizada causada por la hipertrofia del componente acinar de la glándula, puede ser un síntoma de enfermedades sistémicas graves.

²⁵ Prueba consistente en administrar 1mg de dexametasona por la noche y al día siguiente, a las cuatro de la tarde y a las once de la noche, con la que se miden los niveles de cortisol en la sangre. Un nivel de cortisol en sangre por encima de 5 µg/dl se considera positivo o no supresor. Las depresiones mayores o endógenas suelen ser no supresoras y estas depresiones no supresoras tienen una mayor respuesta a los antidepresivos.

8. TRASTORNO POR ATRACONES DE COMIDA

8.1. Definición

El «trastorno por atracones» se caracteriza por episodios recurrentes de pero sin las conductas extremas para perder peso características de la bulimia nerviosa o de la anorexia nerviosa purgativa (por ejemplo, vómito autoinducido, abuso de laxantes, ayuno o ejercicio excesivo).

La gravedad de este trastorno se relaciona con el número de atracones semanales, y es una de las causas de la obesidad a nivel mundial según el DSM-5.

El problema se agrava, ya que actualmente tales conductas enfermizas se han normalizado, pues la persona “come porque quiere” y “no quiere hacer deporte”. Como ya hemos visto, existen numerosas dificultades de tipo emocional que se pasan por alto.

Para diagnosticar que la ingestión de alimentos que se está produciendo es debida a un trastorno por atracón y no a un simple empacho, debe producirse, por un lado, una ingesta durante un periodo de tiempo determinado de una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de las personas toma en un tiempo y circunstancias similares; y, por otro, la sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio, es decir, sentir que no se puede parar de comer o no se puede controlar la cantidad de comida que se está ingiriendo.

8.2. Educación y nivel socioeconómico

A diferencia de los trastornos alimentarios estudiados anteriormente, se observa que el trastorno por atracón tiene una alta prevalencia en todo el mundo, independientemente del nivel socioeconómico del país. Sin embargo, es una patología que pasa ampliamente desapercibida y que no se trata pese a acarrear graves consecuencias físicas y psicológicas.

La Organización Mundial de la Salud muestra a través de estudios epidemiológicos realizados a un total de 22.635 adultos encuestados en 12 países que el trastorno por atracón es aproximadamente dos veces más común que la bulimia entre los países estudiados (EEUU, Brasil, Colombia, México, Bélgica, Italia, Países Bajos, Irlanda del Norte, Portugal, Rumania, España y Nueva Zelanda). Nuestra sociedad ha acabado por normalizar la ingesta de grandes cantidades de comida y la obesidad como un estado salubre o estable, a pesar de que sea muy criticado. No hay consciencia de que también se trata de una enfermedad grave que puede esconder una patología emocional, pues un IMC que muestre sobrepeso, 25-29,9 kg/m², puede ser una causa para desarrollar un trastorno, un factor *precipitante* o una consecuencia de los atracones. En ambos casos es primordial tratar al enfermo con apoyo nutricional y terapia psicológica.

Según explica Ronald Kessler profesor de Políticas de Salud en la Escuela de Medicina de Harvard y autor principal del estudio citado, “el trastorno por atracón ha sido ampliamente ignorado por los proveedores de atención de la salud, pero tiene un enorme coste para la salud física y el bienestar psicológico de las personas con la enfermedad”²⁶

²⁶ Kessler, R.C. et al. (2013) *A comparative analysis of role attainment and impairment in binge eating disorder and bulimia nervosa*. WHO World Mental Health Surveys. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 23(1), 27-41. doi: 10.1017/S2045796013000516

8.3. Alteraciones cognitivas

Este tipo de pacientes suelen presentar alteraciones interoceptivas y distorsiones cognitivas.

Las alteraciones interoceptivas son un desconocimiento del funcionamiento corporal a nivel fisiológico que lleva a los enfermos a realizar dietas mal hechas y al famoso *efecto yo-yo efecto rebote*, término acuñado por el Dr. Kelly y D. Brownell de la Universidad de Yale, quienes describen este ciclo generado al perder peso por una dieta y recuperar el mismo (o incluso más) si se falla en el mantenimiento de la misma.

Las dietas mal realizadas alteran el punto de ajuste cerebral, un punto de referencia que tiene nuestro cerebro y que hace que mantengamos cierto peso a lo largo de nuestra vida, el cual viene determinado por factores genéticos, hábitos alimentarios y ejercicio físico.

En pacientes diagnosticados por un trastorno de la alimentación, aumenta la aparición de posibles alteraciones interoceptivas: miedos a cambios inmediatos en el metabolismo y, en consecuencia, realización de nuevas dietas que solamente empeoran el punto de ajuste y aumentan la obsesión y la permanencia del trastorno, pues se trata de factores que lo mantienen y lo alimentan.

También presentan distorsiones cognitivas, es decir, los mandatos que la persona se exige y que acaban controlando su modo de vida. Son tan estrictos que, sin que la persona se vea con otra forma distinta a la suya delante del espejo –pues no presenta un trastorno de la imagen corporal²⁷–, acaba pensando que “no es nadie”, que “no sirve para nada”, que “da asco”...

Podemos destacar los siguientes tres mandatos:

- Catastrofismo: el pensamiento de que todo está mal e irá a peor.
- Adivinación del pensamiento: presuponerlo que piensan los demás, lo que provoca que el enfermo no quiera salir a la calle pues piensa que está siendo observado y criticado por su aspecto físico...
- Etiquetación: autorreducción a un calificativo, es decir, la persona queda reducida a un rasgo de su personalidad, lo que impide la posibilidad de verse de otra forma, ver aspectos positivos e intentar cambiar (“eres un vago”, “eres una empollona”...)

²⁷ Distorsión cognitiva citada en pacientes con anorexia y bulimia.

Al fin y al cabo, un enfermo diagnosticado de trastorno por atracón, verá la misma realidad que ven los demás con sus ojos: no verá más comida en el plato, apreciará la forma de su cuerpo tal y como está... Sin embargo, como esa forma desafía el estándar de belleza que el paciente tiene idealizado y probablemente también sea contraria al ideal de belleza social (recordemos que este tipo de paciente tiene tendencia a alcanzar un peso mayor de lo que se considera sano para la estatura, y presenta sobrepeso, obesidad u obesidad mórbida), le resultará todavía más doloroso, pues sabe que no está viendo una irrealidad. Cabe aclarar que los pacientes con anorexia y bulimia no son conscientes de que su visión está distorsionada y, por más que su cuerpo se encuentre en estado de normo peso o infra peso, sienten desagrado corporal hacia su figura.

8.4. Alteraciones conductuales

Un paciente con este diagnóstico, como en un caso bulímico, tiene dificultad para diferenciar el hambre real del hambre emocional²⁸. De hecho, se han publicado estudios donde se asocian los atracones a síntomas de adicción, en especial, a alimentos con alto contenido en azúcar, harina y sal, debido a un problema principal en los centros de recompensa del cerebro.

Para el comedor compulsivo, la ingestión de alimentos fomenta la liberación anormal de neurotransmisores de serotonina y dopamina. Esto podría ser otra señal de factores neurobiológicos que contribuyen al proceso adictivo.

Cada vez se hace más claro que la adicción a la comida tiene mucho más que ver con los receptores de dopamina en el cerebro que cualquier otro neurotransmisor. La dopamina tiene que ver con los sistemas de recompensa en el cerebro y la adicción a la comida es la causa de la compulsión por comer, ahora llamado por el DSM 5, trastorno por atracón.

Además, para realizar un diagnóstico correcto de este trastorno, los episodios de atracones se asocian a tres o más de los siguientes hechos:

- a) Comer mucho más rápido de lo normal.
- b) Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- c) Ingerir grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre, en ocasiones, cuando el enfermo se siente aburrido, nervioso o deprimido.

²⁸Véase el apartado 4.4 para información más extensa.

- d) Comer a solas debido a la vergüenza que se siente por la gran cantidad que se ingiere.
- e) Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- f) Malestar intenso con respecto a los atracones.

8.5. Psicopatologías asociadas

Los padecidos que padecen trastorno por atracón suelen presentar un cuadro similar al de la bulimia donde las psicopatologías asociadas son la depresión y la ansiedad.

8.6. Pronóstico de la enfermedad

Los limitados datos epidemiológicos sugieren que la prevalencia del trastorno por atracones en la población general es de un 1,5 a un 4,6%, y que resulta ser más prevalente que la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa combinadas.

Pese a que se trata de un trastorno que provoca visibles cambios corporales (repentino aumento de peso o sobrepeso permanente) y comporta serios problemas cardiovasculares, el trastorno está firmemente aceptado por la sociedad y no se diagnostica. Deducimos así, que este se hace visible, como en el caso de la anorexia, pero no se trata, como hemos visto que antaño pasaba con la bulimia.

A priori, las complicaciones de un cuerpo obeso las conocemos todos, pues hemos sido prevenidos en campañas escolares, anuncios televisivos...Sabemos que se puede padecer:

- Diabetes de tipo 2.
- Enfermedades cardiovasculares e hipertensión.
- Enfermedades respiratorias (síndrome de apnea del sueño).
- Algunos tipos de cáncer.
- Mortalidad prematura...

No obstante, a menudo olvidamos los problemas psicológicos que conlleva. Como ya hemos dicho anteriormente, la obesidad puede convertirse bien en un factor precipitante de la aparición del trastorno, pues la persona no se siente a gusto con su cuerpo, o bien, en un factor mantenedor de dicho trastorno, lo que provoca* que el paciente persista en un bucle de sentimientos pesimistas, de culpabilidad y de mala alimentación.

9. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS

9.1. Definición

Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) son habitualmente cuadros incompletos de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, tanto si se encuentran en su inicio como si están en proceso de recuperación. Por lo tanto, encontramos síntomas similares a los de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, pero sin llegar a configurar un cuadro completo, lo que no implica que sea menos grave. En los TCANE también se incluyen problemas como la práctica habitual de conductas compensatorias inapropiadas (después de ingerir cantidades normales de alimento) y episodios de ingesta compulsiva de manera recurrente, pero sin conductas compensatorias. Desde la reciente actualización del DSM-5, no se incluye el trastorno por atracón en los TCANE porque tiene un cuadro diagnóstico más definido.

Entre un 3 y un 5 % de la población sufre un TCANE.²⁹

9.2. Tipología

9.2.1. Vigorexia

La *vigorexia*, también denominada *dismorfia muscular*, *anorexia inversa* o *síndrome de Adonis*, fue el primer trastorno de este tipo en aparecer. Los sujetos, mayoritariamente hombres, se sienten preocupados al creer que tienen un cuerpo poco desarrollado y débil. El trastorno incide directamente sobre la conducta alimentaria, los nutrientes y los hábitos de vida, y se caracteriza porque el individuo realiza una actividad física extrema: ello lo lleva a abandonar las relaciones sociales y a descuidar otros aspectos de su vida para dedicar todo su tiempo a entrenar.

La adicción al ejercicio se acompaña de una ingesta exagerada de proteínas, carbohidratos y del consumo abusivo de sustancias como esteroides anabólicos, con el fin de aumentar la masa muscular y conseguir un cuerpo musculoso. Se suele considerar asimismo una forma de *dismorfofobia*³⁰ y de adicción comportamental al ejercicio.

²⁹ Talarn, Antoni y Jarne, Adolfo. (2015) *Manual de psicopatología clínica* (2ª ed.). Barcelona: Herder Editorial, pág.125.

³⁰ Psicopatología en que el paciente piensa (o incluso imagina) y siente que tiene un defecto físico que lo afecta en su vida diaria o cree que un pequeño defecto es algo mucho más grave.

9.2.2. Ortorexia nerviosa

La *ortorexia nerviosa* se define como una preocupación u obsesión extrema y enfermiza por consumir alimentos pretendidamente sanos, de gran calidad y pureza. Las personas que padecen este trastorno rechazan de forma absoluta los alimentos que estén “contaminados” por conservantes, cultivados con plaguicidas o cualquier sustancia que los pueda contaminar, como los envases o los utensilios de cocina. Su dieta suele ser pobre, por lo que tienen poco peso y están desnutridas. Estas conductas se asocian con trastornos obsesivos y son de alto riesgo.

9.2.3. Ebriorexia

La *ebriorexia* es un desorden caracterizado por la conjunción de diversas conductas, una de ellas, la dieta restrictiva, seguida o no de atracones, y posteriormente el abuso de bebidas alcohólicas que aportan las calorías que han restringido previamente. El alcohol tiene, pues, dos funciones: por un lado, puede ser utilizado para provocar el vómito, que vacía el estómago del atracón y del mismo alcohol; por otro, los pacientes ebrioréxicos, en general mujeres, no quieren comer para compensar las calorías que el alcohol aporta, por lo que básicamente el alcohol es la única fuente de calorías con la que se sustentan.

Estas conductas entran de lleno en las adicciones y no es extraño que se asocien a otras drogas.

9.2.4. Otros trastornos

Otros trastornos en los que la alimentación puede verse perturbada pero que no son estrictamente trastornos de la conducta alimentaria ni están clasificados en los manuales al uso son los siguientes: *diabulimia* o el control del peso mediante el uso de la insulina por los pacientes diabéticos, *sadorexia* o el control de la dieta a través del dolor, y *permarexia* o el temor a que todo lo que se come genere aumento de peso, con gran dependencia de las dietas milagro.

10. MICRORRELATOS

10.1. Definición

Según Ana María Matute, «el cuento debe reunir tres indispensables condiciones: ser breve, redondo y jugoso como una naranja» (Matute 1969, cit. por Brandenberger 1973: 140).

Partiendo de la breve y concisa definición de cuento de Matute, definimos el género del microrrelato como un texto narrativo brevísimo que puede ir desde una simple oración hasta las dos páginas de extensión aproximadamente y que marca un intervalo de lo que será una historia sugerente y concisa que no dejará indiferente al lector.

Bien cierto es que no existe un acuerdo sobre lo que realmente es un microrrelato pues muchos autores creen que se trata de un nuevo género narrativo autónomo e independiente. Otros, en cambio, sugieren que tiene relación con otros géneros tales como la fábula, el ensayo, el poema en prosa o el cuento, etc., por lo que lo consideran un subgénero de estos. De hecho, no podemos negar que el microrrelato tiene características similares a estos otros tipos de texto, que los engloba a todos y a ninguno a la vez.

El microrrelato ofrece una visión alternativa de la realidad, da rienda suelta a la fantasía y a la experimentación del lenguaje. Supone una evolución de muchos géneros que ve la luz durante el Modernismo y que sigue manteniéndose en alza gracias al ritmo acelerado de la sociedad actual y por su fácil difusión.

A continuación, se explican los rasgos principales del microrrelato.

- a) Brevedad. La concisión es una particularidad vital, pues condiciona el tema y todas las demás características que deben conjugarse para que esta primera se cumpla: el uso de un lenguaje preciso y a la vez estético, que aporte mayor riqueza al texto, el uso de un título alusivo, que dé pistas al lector sobre lo que va a leer o que le permita entender la narración al final de esta...

b) Intensidad narrativa. Un microrrelato debe contener un mensaje imprevisto y condensado que termina entendiéndose a través de la percepción personal del lector. El escrito no busca ser completamente hermético pues el lector debe ser capaz de captar el mensaje o de llegar a una interpretación propia, mas tampoco debe ser una descripción clara de lo que el autor quiere transmitir, pues no es ese el objetivo del microrrelato. Por tanto, podemos definirlo como un proceso que implica complicidad entre autor y lector.

c) Concentración de espacio y de tiempo. En este tipo de textos no puede haber descripciones largas ni una acción demasiado desarrollada. Para el autor, el tiempo y el espacio, incluso la caracterización de los personajes, pasan a ser secundarios, pues la brevedad y la depuración del lenguaje son primordiales. El lector debe leer palabras no dichas y entender la totalidad de la historia a partir de la habilidad estética que tenga el autor a la hora de redactar. Se suele utilizar una estructura *in media res* o una narración que utilice el título como desencadenante de la historia.

d) Intertextualidad. La brevedad suele conseguirse recurriendo a la intertextualidad, es decir, citando a otros autores reconocibles; así el autor puede ahorrarse descripciones superfluas de tramas o de personajes. Este recurso se manifiesta en el uso de la sátira, de la parodia de géneros y de la recreación de modismos y tópicos de la cultura universal. Recordemos el ejemplo de *Amantes* de Luis Mateo Díaz, sobre la frase hecha “se llevan como el perro y el gato” o *La verdad sobre Sancho Panza* de Franz Kafka, donde se reescribe un clásico, *Don Quijote de La Mancha* de Miguel de Cervantes, un procedimiento estrechamente relacionado con la parodia.

e) Final sorpresivo. El desenlace del cuento puede quedar abierto o cerrado, pero debe ser el punto culminante de la narración. A lo largo del texto se trata un tema con ambigüedad, dejando al lector libertad de interpretación para que saque sus propias conclusiones. No obstante, el final debe ser el encuentro entre el lector y el autor, la última pista, más clara que las demás.

En conclusión, podríamos definir el microrrelato como un género narrativo breve que cuenta una historia concisa y a la vez ambigua, y que se vale de la reescritura o de la intertextualidad para alcanzar la máxima síntesis; además, consigue un vínculo con el lector mediante un título que aporta muchísima información sobre el verdadero tema del texto, un lenguaje poético escrito en prosa y un final sorpresivo fruto del ingenio.

10.2. Trabajo previo a los cuentos

A lo largo de este trabajo de investigación hemos tenido el placer de consultar distintas obras artísticas en busca de inspiración que sirviera de guía para la redacción de dichos cuentos.

En primer lugar, hemos visto varias obras cinematográficas, pero la más relevante para este proyecto ha sido *Hasta los huesos*, película producida por la plataforma audiovisual Netflix en 2017, dirigida por Marti Noxon y protagonizada por Lily Collins, Keanu Reeves y Alex Sharp entre otros.

Hemos considerado que esta filmación era más importante que otras para el trabajo porque se narran distintos trastornos de forma simultánea, donde se aplica un tratamiento similar, lo que demuestra de nuestro trabajo: la relevancia de la afectación emocional en los pacientes. Al final, esta es la misma independientemente de su historia o de su sintomatología (purga, restricción, etc.), pues, como vemos en esa película, diferentes enfermos diagnosticados de distintos trastornos alimentarios siguen las mismas pautas (comer a las mismas horas y juntos, ir acompañados al lavabo...) para llegar a curar su sintomatología.

Además, hemos escuchado composiciones que han ayudado a dar el énfasis deseado a los relatos. Citamos especialmente las composiciones orquestales de Peter Gundry como “Don’t wake me just yet”³¹ o “The Edge of Darkness”³²

Seguidamente, hemos admirado obras pictóricas que han sido el punto de partida de algún relato. Se trata concretamente de la colección de imágenes de estilo anime de @futarinokizuna_, donde aparecen personajes coloridos con vidas idílicas que funcionan mediante mecanismos repetitivos y siniestros.

³¹ Gundry, Peter (compositor). (2018). *Don't wake me just yet* [Álbum musical]. Peter Gundry Music

³² Gundry, Peter (compositor). (2015). *The Edge of Darkness* [Álbum musical]. Peter Gundry Music

En ellas suele hacerse cierta apología de la tecnología y de la sociedad superficial y egoísta en la que vivimos actualmente. En muchas imágenes es posible ver la cara más oscura de los trastornos, su lado más embaucador, más adictivo y a la vez tan dañino.

A continuación comentamos dos de estas imágenes, de las que realizamos una interpretación libre.



Figura 1



Figura 2

En la figura 1, tomada de @futarinokizuna_, se muestra la distorsión y el intento de una mejora física mediante un síntoma: el uso del hilo para coser heridas como medida provisional de algo irremediable.

La figura 2, tomada de la misma artista, se observa la no aceptación del “yo” por la búsqueda de una aceptación incondicional por parte de todo el mundo. Ello inserta a este personaje en un bucle de perfeccionismo enfermizo, representado por los distintos cuerpos y personalidades que cree poder vestir sin aceptar los propios, lo que propicia la muerte de su propio ser en vida.

Sin embargo, la motivación para llevar a cabo este proyecto de escritura creativa en forma de microrrelato, un texto tan breve y a su vez tan complejo, proviene de la lectura de *Los niños tontos* de Ana María Matute.

La escritora redacta en su obra las experiencias de sus protagonistas, niños débiles que deben sumergirse en el mundo adulto, un mundo para el que no están preparados

y en el que serán maltratados por sus semejantes y por mayores, los segundos ya contaminados por la crueldad que esconde la vida.

Matute, autora de la posguerra, nos muestra cómo la realidad se ha podido ensañar con los más jóvenes, a los que ha convertido en seres crueles, niños que ya no son inocentes y otros pequeños que no están preparados para aceptar ese mundo tan siniestro, que no podrán sobrevivir al cambio.

En todos los relatos recogidos en el citado libro hallamos estas características:

- El título cumple un papel muy importante pues aporta información y claves para la comprensión del microrrelato.
- Todos los relatos desarrollan la temática de la infancia.
- El cuento es siempre de extensión breve y cada uno es independiente del resto.
- Son historias simbólicas de final abierto, con muertes extrañas e inexplicables.
- Los personajes carecen de nombres propios, por ejemplo, *El hijo de la lavandera*, *La niña que no estaba en ninguna parte...*
- Hay también imprecisión espacio-temporal.
- Los cuentos presentan una combinación de lo lírico y de lo narrativo, innovación que aporta la autora.
- Los elementos fantásticos conviven con los reales mediante el uso del simbolismo, del lenguaje metafórico, la elipsis...

En nuestro caso, esta última característica ha sido el desencadenante para la escritura de los relatos, la unión de la parte sana con la parte enferma, la danza entre el mundo lírico y su ambigüedad con el relato de hechos crudos que generan extrañeza en el lector.

En nuestros relatos siempre están presentes estos rasgos:

- Se desarrolla un juego entre el mundo real y el imaginario a través del lenguaje poético, es decir, predomina la función estética del lenguaje. Pese a que podamos referirnos a un rasgo muy concreto del trastorno alimentario, como puede ser la distorsión cognitiva o los episodios de atracón, siempre dejamos margen al lector para que lo intuya mediante metáforas o comparaciones desde un mundo completamente alejado de lo que sería la realidad.
- No hay marcadores temporales ni descripciones muy detalladas si estos no poseen una función específica, la cual es detallada posteriormente en el análisis de cada relato.
- Cada microrrelato es independiente, aunque todos traten el mismo tema: los trastornos alimentarios. El objetivo es doble: por un lado, poder identificar el trastorno alimentario en concreto que está sufriendo el personaje: anorexia, bulimia, etc.; y, por otro, observar que las características se repiten en todos los casos, pero que la fuente de sufrimiento es distinta, tal y como explicamos en el apartado “Análisis de los trastornos alimentarios” de la parte teórica de nuestro trabajo.
- En la mayoría de los relatos es identificable un *leitmotiv*: el plástico, un elemento que está presente en nuestro día a día, que nos resulta indispensable pero también dañino. En este trabajo jugamos con sus varios significados, desde los literales (como los que se refieren a la industria alimentaria y sus envases, la cirugía, la industria textil, etc.) como los connotativos (“vida plástica”), todo ello es explicado con detalle en cada relato.

11. Redacción y análisis de los microrrelatos

11.1. Método de análisis: formato ficha

Procederemos a la exposición y al análisis de los cuentos redactados mediante el uso de un formato de ficha.

Primero, reproducimos la versión primera (o, en su caso, las versiones previas) y la definitiva. A continuación, comentamos:

- La temática concreta del trastorno alimentario que sustenta el relato.
- El simbolismo que yace escondido en ciertas oraciones, las cuales resultan determinantes para comprender mejor su significado completo.
- Los recursos literarios utilizados y la razón de su uso.
- La selección léxica, asimismo justificada.

11.2. Cuento 1: C4H10

11.2.1. Versiones del cuento

a) Versión primera

Título: **C4H10**

Laura sabe que, a diferencia de sus compañeros, su familia no puede permitirse el elevado coste de unas vacaciones. También entiende que debe guardar muy bien su secreto: nadie puede enterarse de sus visitas a otros mundos.

Cada día, a las 17:25, cuando está segura de que su madre ha cogido el delantal del bar cochambroso donde trabaja y de que su padre ha ido a visitar a la dueña del perfume que impregna sus camisas, Laura visita ciudades brillantes que prometen una realidad mejor. Solo ella conoce que el portal se encuentra en la cocina y que el viaje no puede durar más de un par de minutos.

Se dirige a la cocina y se prepara para sentir el sonido zumbante que tanto la relaja y el aroma almizcleño que siempre lo acompaña.

Laura se traslada al océano. Las olas la llaman y el olor salado del agua la invita a entrar, pero es muy consciente de que no sabe nadar. El mar se enfada: ella está negando la invitación. El olor se intensifica, las olas rugen furiosas y luego no queda nada.

Noticias de última hora: “Muere niña en su casa asfixiada por gas butano.”

b) Versión definitiva

Título: **C4H10**

Sabe de sobras que, a diferencia de sus compañeros, su familia no puede permitirse el lujo de unas vacaciones, que debe guardar con celo su secreto: nadie se puede enterar de sus visitas...

Cada día, segura ya de que su madre lleva encima el delantal del cochambroso bar en que trabaja y de que su padre coquetea con la dueña del perfume que impregna sus camisas, Laura transita ciudades brillantes que prometen una realidad mejor. Solo ella conoce que el portal se halla en la cocina y que el viaje dura apenas un par de minutos.

Allí se dirige, preparándose para sentir ese sonido zumbante que tanto la relaja y el aroma almizcleño que siempre lo acompaña.

Se traslada al océano. La llaman las olas y la salada fragancia de sus aguas la incita a adentrarse, pero no sabe nadar. El mar se enfada con ella: Laura aún duda...El olor se intensifica, las olas rugen furiosas y luego no queda nada.

Noticias de última hora: “Muere niña en su casa asfixiada por gas butano.”

11.2.2. Temática

Cualquiera de los trastornos alimentarios estudiados en la parte teórica de este trabajo; en especial, el aislamiento y la creencia de control.

11.2.3. Simbolismo

Este relato engloba todos los trastornos porque en ningún momento se especifica una sintomatología concreta: vómitos, atracones, etc.

Se tratan algunos factores predisponentes como sería la familia desestructurada de Laura (“su madre lleva encima el delantal del cochambroso bar en que trabaja y de que su padre coquetea con la dueña del perfume que impregna sus camisas”) y el síntoma genérico de llevar a cabo acciones de forma repetida (“Cada día...”) y en secreto. Estas rutinas la calman porque la transportan a un mundo alejado de la tormentosa realidad en la que vive, aunque son dañinas y no las cuenta a nadie.

Estos viajes son un método de desconexión y aislamiento. Durante los segundos en que respira el gas, Laura no siente.

Paralelamente, podríamos imaginar que la niña enferma deja de sentir el dolor perpetuo mientras vomita, mientras se autolesiona, mientras come de más... Hay como un intercambio enfermizo, morboso, de dolor.

La protagonista bien cree bien siente que controla la situación en todo momento, pero la enfermedad, al igual que el mar bravo, es imprevisible.

El cuento plantea un final abrupto y esclarecedor: nos muestra que el mundo de los sueños no siempre es el más agradable y que a veces resulta demasiado tarde para despertar.

Podemos destacar el vínculo entre el título (*C4H10*) y la frase final del microrrelato (*Noticias de última hora: "Muere niña en su casa asfixiada por gas butano."*) gracias a lo cual el lector finalmente puede deducir el significado de este: la fórmula química del gas butano, la clave para descifrar y comprender del todo el texto.

11.2.4. Recursos literarios

Procedemos a analizar los recursos utilizados comparando la primera versión con la definitiva. El ritmo es mucho más marcado y poético en la segunda versión gracias al empleo de la elipsis. También se usan la aliteración (repetición del sonido /s/, que nos transporta al mar), la paronomasia (*conoce-cocina*) y diferentes rimas internas ("ese sonido zumbante que tanto la relaja y el aroma almizcleño que siempre lo acompaña") que enriquecen la musicalidad y el ritmo, y que de una forma u otra nos envuelven en el ambiente mágico y misterioso donde se encuentra la protagonista. Por último, podemos apreciar una clara personificación de las olas y del mar en el penúltimo párrafo ("La llaman las olas / El mar se enfada con ella / las olas rugen furiosas"): los elementos de la naturaleza, dotados de características humanas, intensifican la sensación de pérdida de control que sufre la protagonista.

11.2.5. Selección léxica

Escogimos determinadas palabras según su grafía pues estos términos generarían una rima interna ("sonido zumbante que tanto la relaja y el aroma almizcleño que siempre lo acompaña.")

Asimismo, recalcamos el uso de un neologismo, palabras de creación propia. En este caso usada por el efecto que causa su sonoridad (*Allí se dirige, preparándose para sentir ese sonido zumbante que tanto la relaja y el aroma almizcleño que siempre lo acompaña.*). *Zumbante* es una palabra de uso frecuente, mas no está aceptada por la RAE, que solo registra en su Diccionario *zumar* y *zumbón*³³.

Otro término escogido a conciencia durante la escritura de este microrrelato es el adjetivo *almizcleño* (*el aroma almizcleño que siempre lo acompaña*). Es una palabra no usual en la lengua corriente, pero que transmite extrañeza y consigue así aportar cierta precisión al mensaje que queremos transmitir y llamar la atención del lector. Este tipo de vocablos nos envuelven en un ambiente misterioso pero no hermético. Esto, junto con el ritmo, hace que la lectura del texto se vuelva mucho más fluida e interesante, más poética.

11.3. Cuento 2: Amor ciego

11.3.1. Versiones del cuento

a) Versión primera

Título: **Amor ciego**

En un prado lleno de rosales descansa la mujer que no quiere envejecer.
Ojos surcados de arrugas buscan sentir el amor que sintió por primera vez.
Desea embriagarse, dejar de ver su piel marchita, diferente a la de aquella vez.
Su amado la abraza, sus sentidos se embotan, su corazón se acelera; yace joven y enamorada.
No pregunta nombre, porque no quiere hablar. No abre los ojos, porque no quiere ver.
Su amado envuelve todos sus sentidos, todos sus recuerdos, todo su aliento con vendas de seda y satén.
Es un amor diferente al de la primera vez.
Es oscuro e inmóvil, incierto y silencioso.
Ella ya lo supo, lo sabe. Y en paz yace enamorada bajo la tierra del prado de rosales donde un nuevo rosal acaba de florecer.

³³*Zumar* 'producir ruido o sonido continuado y bronco, como se produce a veces dentro de los mismos oídos' y (*cencerro*) *zumbón* 'cencerro que se pone a la guía o cabestro, y por lo regular se le echa un sobrecerco a la boca para que suene más'.

b) Versión segunda

Título: **Amor ciego**

En un prado de rosas-lleño de rosales descansa la mujer que no quiere envejecer.

Ojos surcados-sitiados-arados-mordidos de arrugas buscan sentir-ansían-anhelan el amor que sintió por primera vez-por vez primera.

Desea embriagarse, dejar de ver su piel marchita, tan diferente a la de aquella vez-otro tiempo.

Su amado la abraza firme-fuerte (aquí: con su corsé de marfil), sus sentidos se embotan, su corazón se acelera; yace joven y enamorada (o aquí: en un-su corsé de marfil).

No pregunta nombre, porque no quiere hablar. No abre los ojos, porque no quiere ver.

Su amado envuelve todos sus sentidos, todos sus recuerdos, todo su aliento con vendas de seda y satén.

Es un amor distinto al de la primera vez.

Es oscuro e inmóvil, incierto y silencioso-mudo.

Ella ya lo supo-sabía, (y) lo sabe (ahora). Y en paz yace enamorada bajo la tierra del prado donde otro nuevo rosal acaba de florecer.

c) Versión definitiva

Título: **Amor ciego**

En un prado de rosales descansa la mujer que no quiere envejecer.

Ojos mordidos de arrugas anhelan el amor que sintió por primera vez. Desea embriagarse y dejar de ver su piel marchita, distinta al recuerdo del primer encuentro.

Su amada vuelve para abrazarla fuerte. Sus sentidos se embotan, su corazón se acelera; joven y enamorada, en su corsé de marfil.

No dice palabra, porque no quiere hablar. No abre los ojos, porque no quiere ver.

Su amada envuelve todos sus recuerdos, todos sus sentidos, todo su aliento con vendajes de seda y plástico.

Es un amor distinto al de la primera vez. Es oscuro e inmóvil, mudo.

Ella lo sabía entonces y lo sabe ahora.

En paz yace en la tierra tierna del prado, donde otro rosal acaba de florecer.

11.3.2. Temática

En este microrrelato podemos apreciar de forma clara la descripción de la anorexia nerviosa mediante la interacción entre la enfermedad y una mujer. Concretamente, hay ciertos temas que predominan a lo largo del texto: el perfeccionismo, la necesidad de control, el falso amor o deseo y la muerte.

11.3.3. Simbolismo

En “Amor ciego” apreciamos una de las fases más duras de la enfermedad, quizá de las más conocidas socialmente, pues en este relato hacemos referencia a la delgadez extrema y, finalmente, a la muerte de una paciente o una enferma pues no sabemos si llegó a tratarse alguna vez, mas el deseo latente de seguir perdiendo peso siempre la ha estado acompañando y por alguna razón este se ha incrementado.

Aclaremos a continuación el significado simbólico de los fragmentos clave.

“En un prado de rosales descansa la mujer que no quiere envejecer.”

Es típico en personas que sufren anorexia nerviosa el deseo latente de volver a la etapa infantil, revertir los cambios corporales que son lógica consecuencia del crecimiento y de las hormonas. El deseo nace porque la persona ha debido sufrir algún tipo de abuso durante la pubertad o la edad adulta y desea volver a su infancia, momento en que se sentía protegida y querida. El resultado es la privación de la comida, ya que de forma instintiva e inconsciente el enfermo busca ser cuidado, tal y como lo fue por su madre en su seno y a lo largo de su etapa infantil. Sin embargo, en el prado de rosales, la sociedad solo puede ver a la mujer que no quiere envejecer.

“Ojos mordidos de arrugas anhelan el amor que sintió por primera vez.

Desea embriagarse y dejar de ver su piel marchita, distinta al recuerdo del primer encuentro.”

Un narrador externo omnisciente nos describe a una protagonista maltrecha, comparada con una rosa, marchita, mediante la cual se simboliza el ciclo de la vida, pues si dicha flor no es regada, si no recibe ayuda, morirá.

Una vez se enamoró, en tal caso, de la euforia de la enfermedad, pues todos sus problemas se reducían si su atención se focalizaba en su cuerpo.

A continuación, apreciamos claramente la recaída de la enferma, pues hacemos referencia a su amada, la enfermedad (“Su amada vuelve para abrazarla fuerte”.)

A lo largo del relato se produce una comparación del trastorno con una relación amorosa simbiótica, de necesidad mutua mediante el uso de metáforas. Ambos amantes se van consumiendo lentamente en un malestar camuflado por la euforia de su “amor”.

Además, el mundo exterior, tiene muy claro que es una relación insana, pues pueden ver a esa joven consumida, delgada y abrazada por o en un “corsé de marfil”. Destacamos la imprecisión del posesivo con respecto a su referente: ¿De quién es el corsé? ¿De la enfermedad personificada o de la enferma en Infra peso? La enferma se mantiene en un estado de desconexión en este amor doloroso, pues solo existe su amada y no desea sentir, ella lo atenúa todo y la envuelve entre caricias y beneficios (seda), pero también de plásticos que la asfixian, “la relación” empieza a sobrepasarla (“Su amada envuelve todos sus recuerdos, todos sus sentidos, todo su aliento con vendajes de seda y plástico.”)

Hacemos hincapié en que es un amor distinto y por primera vez con tintes negativos que la enferma puede ver (“Es un amor distinto al de la primera vez. Es oscuro e inmóvil, mudo.”)

Nuevamente quisimos dar un paso más allá durante la redacción del relato y cumplir nuestro objetivo principal: sorprender al lector, hacerlo partícipe de una historia novedosa y tambalear así los conocimientos que pudiese tener sobre este tipo de enfermedades.

A lo largo del texto dejamos patente que el enfermo no solo sufre por una muerte inminente, sino que la desea con ansias pues no es consciente, solo sigue una voz, la voz de su amada, la suya propia tintada de matices distintos, la voz enferma ya personificada.

En este relato, mostramos el lado más terrorífico de esta patología, ya que para el enfermo no es la muerte súbita que ni siquiera le importa, es la pérdida de la voluntad, es la esclavitud dentro de su propio ser, es la invasión de una voz que no es suya pero que lo es también. ¿Cómo pueden pedirte que luches, si debes luchar contra ti mismo? Al final, la solución es la muerte, la libertad absoluta, tema típico del Romanticismo.

¿Pero es una muerte deseada u otra rosa más a merced de su propia mente, contaminada por la superficialidad plástica de este prado de rosales? “Ella lo sabía entonces y lo sabe ahora./ En paz yace en la tierra tierna del prado, donde otro rosal acaba de florecer.”

11.3.4. Recursos literarios

Procedemos a analizar los recursos literarios mediante la comparación de las primeras versiones con la versión definitiva. En esta última podemos apreciar un ritmo más marcado y una mejor cohesión porque hemos eliminado ciertas epíforas que ralentizaban la lectura y que hemos sustituido por sinónimos que enriquecen el significado del texto. Por ejemplo, en la versión primera leíamos estas oraciones, parecidas a versos

(“Ojos surcados de arrugas buscan sentir el amor que sintió por primera vez.
Desea embriagarse, dejar de ver su piel marchita, diferente a la de aquella vez.
(...)
Es un amor diferente al de la primera vez.”)

Y en la versión definitiva son sustituidas por:

(“En un prado de rosales descansa la mujer que no quiere envejecer.
Ojos mordidos de arrugas anhelan el amor que sintió por primera vez.
(...)
Es un amor distinto al de la primera vez.”)

Comenzamos estudiando los hipérbatos del texto, que aportan cierto ritmo, concretamente hay uno al inicio del relato y otro al final. Este recurso va de la mano de una metáfora, cuyo objetivo es transportar al lector a una atmósfera de magia, ya que solo se muestra el término real (las rosas) en las frases primera y última, con el desorden sintáctico que implica el hipérbaton (“En un prado de rosales descansa la mujer que no quiere envejecer.” / “En paz yace en la tierra tierna del prado, donde otro rosal acaba de florecer.”)

A lo largo del relato apreciamos otras metáforas que vienen desencadenadas de ese primer término real (rosa) y que únicamente presentan el término imaginario. Se trata de metáforas puras que representan el ciclo de la vida de esa rosa, de esa mujer enferma que va consumiéndose (“piel marchita”).

Asimismo, surgen otras metáforas que hacen referencia a la enfermedad (“Su amada envuelve todos sus recuerdos, todos sus sentidos, todo su aliento con vendajes de seda y plástico.”)

En este caso nos referimos a la pérdida de control de la mujer a causa del abrazo de su amada.

Podemos observar distintas personificaciones (“Ojos mordidos de arrugas anhelan”/ “Su amada vuelve para abrazarla fuerte”). Estas son clave para añadirle un tinte terrorífico/siniestro al relato y para mostrar el grado de demacración de la mujer mediante la vida que adquiere algo intangible: la enfermedad.

Finalmente, observamos distintas gradaciones en el uso de sustantivos, las cuales aportan un tono oscuro a la narración pues nos hablan de elementos que van de lo poco tangible a lo tangible (“Sus sentidos se embotan, su corazón se acelera”/ “Su amada envuelve todos sus recuerdos, todos sus sentidos, todo su aliento con vendajes de seda y plástico” .)

11.3.5. Selección léxica

Durante la redacción de este relato hemos realizado muchos cambios en la selección del vocabulario, pues llegamos a la conclusión de que este sería un relato algo más hermético que los demás, pero que podría ser muy preciso e interesante si se escogían los términos correctos.

El uso de sinónimos y de palabras que en este contexto dieran pie a distintas interpretaciones fue vital. En “Ojos mordidos de arrugas” utilizamos el verbo morder, una acción poco usual para la descripción física del rostro de una persona. Sin embargo, es un guiño que requiere de la compenetración entre autor y lector, pues el participio no tiene un matiz especial si el lector no sabe que tiene en sus manos un relato sobre los trastornos alimentarios, es decir, sobre una mujer que se niega a comer y que no va a hablar de comida, pero es tan extraño que hasta sus ojos, su ser, se la comen de dentro hacia fuera.

“Su amada”, decidimos hacer uso del posesivo sin la flexión de género femenina para mostrar el vínculo que existe entre la enfermedad y la mujer, además, lo asimilamos con una relación amorosa de elección propia que acaba siendo dañina por la relación de los dos amantes.

Realmente ellos jamás debieron acabar juntos y una vez más utilizamos el término como crítica, pues el no comer no es una elección.

Finalmente, el uso de la oración (“En paz yace...”) es también simbólico, dado que la representación de la muerte suele considerarse tabú.

Así pues, utilizamos el eufemismo “yacer” y adaptamos ligeramente el epitafio latino Requiescat in pace (en castellano, ‘descanse en paz’), pues no sabemos qué destino le hubiese deparado a la protagonista que empezaba a tener conciencia de su estado de no ser por su muerte abrupta.

Desconocemos si realmente “murió en paz” a raíz de sus acciones o si una parte de su alma sigue llorando en ese prado de rosales.

11.4. Cuento 3: Envoltorios para cenar

11.4.1. Versiones del cuento

a) Versión primera

Título: Besos

Mares y navegantes / plásticos susurran su historia, (nos) hablan de la mujer que piernas nunca pudo tener.

Palpa el frío en sus entrañas, dientes afilados tintinean al son del agua salada, muere por la caricia de carne fresca entre sus labios.

Lo ve, tan brillante como el Sol, danzante al ritmo de las olas, hermoso, como la superficie/ y cálido, pobre incauto.

Su presa la excita, el vello de sus brazos se eriza, su cabellera la envuelve en un halo angelical demonizado por la monstruosa cola escamosa que adorna su cintura.

La Diosa de dos mundos, odia el aire que filtra y que ansía respirar, detesta el medio en que nada y por el que desearía caminar.

Durante segundos olvida la aleta, los dientes afilados y se sumerge en un beso con su presa.

Le quita el aire como nunca nadie lo ha hecho, la asfixia y pierde el control.

Durante segundos recuerda sus feas piernas, su boca hambrienta y la verdad que la espera en el mundo real.

Envoltorios plásticos la envuelven, la asfixian. No le susurran palabras bonitas. Da asco de pie en la cocina sola y con las manos vacías.

Esta vez busca otro beso, el contacto de dos dedos y su campanilla de rodillas ante la canción constante del mar que escapa de un grifo.

b) Versión definitiva

Título: **Envoltorios para cenar**

Plásticos mares silban la historia de la mujer que nunca pudo tener piernas.

Palpa el frío en sus entrañas, dientes afilados tintinean al son del agua salada, muere por la caricia de carne fresca entre sus labios.

La atisba, brillante como el Sol, que danza al ritmo de las olas, hermosa, hacia la superficie cálida.

Su presa la excita, se le eriza el vello de los brazos, su cabellera la envuelve en un halo angelical hasta la monstruosa cola escamada que atavía su cintura.

La Diosa de dos mundos odia el aire que filtra y que ansía respirar, detesta el medio en que nada y por el que desearía caminar.

Durante segundos olvida la aleta, los afilados dientes, se sumerge en un beso con su presa.

Le sorbe el aire como nunca nadie lo ha hecho, la asfixia, pierde el control.

Durante segundos recuerda sus tontas piernas, su boca hambrienta y la verdad cruda que la espera en el mundo real.

Envoltorios plásticos la ciñen, la asfixian. No susurran palabras bonitas. Es el asco, de pie en la cocina, sola, las manos vacías.

Busca ahora otro beso, el contacto metálico de la campanilla con los dedos, arrodillada ante la canción monótona del mar que canta de grifo...

11.4.2. Temática

Este relato es quizá el más hermético de todos, pues hasta el último párrafo no podemos acabar de deducir qué trastorno se nos está describiendo.

Finalmente, entendemos que se trata de un caso de bulimia y que se describe un episodio de atracón y purga, un vómito autoinducido. Además, se tratan temas como el sufrimiento o el dolor, la desconexión del propio ser y la necesidad de control. Estos matices se aprecian a partir de una segunda lectura, como sucede en otros microrrelatos.

11.4.3. Simbolismo:

Este relato se inicia con una oración que puede darnos muchas pistas para la interpretación del texto, pues se cita el plástico asociado al mar. Nos referimos a él como un elemento peyorativo y destructivo, en este caso, se trata de un mar sucio, contaminado, probablemente lleno de residuos. Además, se nos habla de una figura femenina reconocible (el personaje mitológico de la sirena) que no posee piernas, motivo de tristeza y de sentimiento de inferioridad. “Plásticos mares silban la historia de la mujer que nunca pudo tener piernas.”

A continuación, se describe la caza que lleva a cabo la bestia, ya que se nos da a conocer que este personaje femenino es un ser marino que necesita cazar y queda embelesado por la belleza de un plástico que lo acabará ahogando. Es, pues, una belleza que ahoga, que mata, al igual que la protección y el calor del fuego abrasan.

“La atisba, brillante como el Sol, que danza al ritmo de las olas, hermosa, hacia la superficie cálida. Su presa la excita, se le eriza el vello de los brazos...”

Se lleva a cabo un paralelismo entre la hambruna descontrolada que siente la bestia y un episodio bulímico de atracón previo a la purga. Los cinco primeros párrafos del relato aluden a una sirena que acaba sufriendo una metamorfosis a humana, la parte culpable que debe purgarse una vez que ha despertado y ha dejado su mundo ideal, donde, en principio, ni la ansiedad ni el asco al cuerpo la persiguen.

“Durante segundos olvida la aleta, los afilados dientes, se sumerge en un beso con su presa.

Le sorbe el aire como nunca nadie lo ha hecho, la asfixia, pierde el control. Durante segundos recuerda sus tontas piernas, su boca hambrienta y la verdad cruda que la espera en el mundo real.”

Sin embargo, pese a llamarla “Diosa de dos mundos” y desear tener el control, la niña que imagina su cuerpo sin piernas en el mar, puesto que las suyas le desagradan (“sus tontas piernas”), no puede olvidar en su forma de “sirena” que es terrorífica y asquerosa (“su cabellera la envuelve en un halo angelical hasta la monstruosa cola escamada que atavía su cintura”) ni su hambre voraz (“muere por la caricia de carne fresca entre sus labios”). Evidentemente, no puede escapar de quién es, de la imagen que tiene de ella misma (“Envoltorios plásticos la ciñen, la asfixian. No susurran palabras bonitas. Es el asco, de pie en la cocina sola, las manos vacías.”)

Al finalizar el atracón y volver al mundo real, puesto que no le queda comida y tiene las manos vacías, empieza a recordar y ver que no puede huir. Su pequeña fantasía no es real, solo puede palpar el agua de un grifo que acaba sumiéndola en una culpa y una vergüenza todavía más profundas.

Busca la calma y el alivio inmediato, que corresponde a la segunda fase del episodio bulímico: la purga. En este caso, mediante vómitos autoinducidos (“Busca ahora otro beso, el contacto metálico de la campanilla con los dedos, arrodillada ante la canción monótona del mar que canta de un grifo...”).

11.4.4. Recursos literarios

Destacamos dos de las metáforas más claras “Diosa de dos mundos”, con la que hacemos referencia a los dos seres que realmente conforman esa “Diosa”. o la referencia a la terrorífica cola escamada de la bestia, que en verdad es otra metáfora sobre sus propias piernas (“la monstruosa cola escamada que atavía su cintura”).

Además, existen distintas personificaciones que contribuyen a sumirnos todavía más en un mundo onírico sin saber si lo que leemos es real o no (“Plásticos mares silban la historia...”/ “...danza al ritmo de las olas”), el plástico.

Por otro lado, utilizamos hipérboles que proporcionan un matiz más dramático a las vivencias narradas (“...muere por la caricia de carne fresca entre sus labios”/ “Es el asco...”).

11.4.5. Selección léxica

Hemos sido muy precisos con el léxico utilizado para hablar del tema del amor de forma indirecta en este relato.

Observamos que es un amor frenético por la comida que finaliza con el asco absoluto hacia la supuesta amada. Es por eso por lo que usamos expresamente palabras como “caricias”, “beso” y “hermosa”. Añadimos la oración (“Es el asco...”) para referirnos directamente a la niña. Además se describe la nutrición de la bestia como un rito casi sexual (“Su presa la excita, se le eriza el vello de los brazos, su cabellera la envuelve en un halo angelical hasta la monstruosa cola escamada que atavía su cintura.”)

Finalmente, usamos dos veces la palabra “beso” y le damos en cada caso un matiz distinto: aludimos a una de las dos fases del episodio bulímico (atracción-purga).

El primer uso de la palabra se encuentra en la primera parte del relato, cuando la niña tiene forma de sirena (“Durante segundos olvida la aleta, los afilados dientes, se sumerge en un beso con su presa.”) y hace referencia a la gula, al descontrol y a la euforia. Paralelamente nos referiríamos a un amor nocivo y efímero.

El segundo uso de la palabra se encuentra en el último párrafo. La niña ya es humana y busca el alivio de su culpa mediante la purga, es decir, el beso de sus dedos con la garganta (“Busca ahora otro beso, el contacto metálico de la campanilla con los dedos, arrodillada ante la canción monótona del mar que canta de un grifo...”)

11.5. Cuento 4: Titiritera de la títere

11.5.1. Versiones del cuento

a) Versión primera

Título: Titiritera de la títere

Trenzas rubias envuelven la cara angelical de la niña del 4-B.

Es tan risueña que el vacío de sus orbes/ojos/pupilas resta escondido para quienes la ven.

Mas estas sangran, porque una bestia las atiborra de recuerdos que han sido robados/hurtados.

Mientras la niña juega siente la llamada de la bestia, le susurra en el oído que solo quiere algo bello y brillante como su pelo.

Mientras la niña está entre compañeros, la bestia masajea sus brazos. Hay objetos que se amoldarían perfectamente a su cuerpo.

La niña camina al son de la bestia con una mochila cargada de sorpresas y subiendo las escaleras del 4-B siente que su estómago, su pecho, sus ojos se llenan sin saber por qué.

El ser que le hace compañía la abandona al son del tintineo de cochecitos, muñecas y rastrillos, pulseras que no son suyas y colores que no volverán a pintar.

Se hunde en una cama repleta de recuerdos sellados por la sonrisa que pondrá al salir por la puerta, mas no se mueve, no queda nada en esta cama llena.

Y la bestia sonrío, pues entre llaves y anillos una cartera de lazos rubios como trenzas corona la estancia.

b) Versión segunda

Trenzas rubias envuelven la cara angelical de la niña del 4.º B.

Es tan risueña que el vacío de sus ojos es una cuenca escondida para quienes la ven, mas esta sangran, porque una bestia la atiborra de robados recuerdos

Mientras la niña juega, siente la llamada de la bestia. Le susurra al oído que solo quiere algo bello y brillante como su pelo/cabello.

Mientras la niña está entre compañeros, la bestia masajea sus brazos. Hay objetos que se amoldarían perfectamente a su cuerpo.

La niña camina al son de la bestia con una mochila cargada de sorpresas y subiendo las escaleras del 4.º B siente que su estómago, su pecho, sus ojos se llenan/colman sin saber por qué.

El ser que le hace compañía/compañía la abandona al son/ritmo del tintineo de cochecitos, muñecas y rastrillos, pulseras que no son suyas y colores que no volverán a pintar.

Se hunde en una cama repleta/algodonada/esponjada/embutida de recuerdos sellados por la sonrisa que pondrá al salir por la puerta, mas no se mueve, no queda nada en esa cama llena.

Y la bestia sonríe pues, entre llaves y anillos, una cartera de lazos rubios como trenzas corona la estancia.

c) Versión definitiva

Título: **Titiritera de la títere**

Trenzas rubias envuelven la cara angelical de la niña del 4.º B.

Es tan risueña que el vacío de sus ojos es una cuenca escondida para quienes la ven, mas esta sangran, porque una bestia la atiborra de robados recuerdos.

Mientras la niña juega, siente la llamada de la bestia. Le susurra al oído que solo quiere algo bello y brillante como su cabello.

Mientras la niña está entre compañeros, la bestia masajea sus brazos. Hay objetos que se amoldarían perfectamente a su cuerpo.

La niña camina al son de la bestia con una mochila cargada de sorpresas y subiendo las escaleras del 4.º B siente que su estómago, su pecho, sus ojos se colman sin saber por qué.

El ser que le hace compañía la abandona al son del tintineo de cochecitos, muñecas y rastrillos, pulseras que no son suyas y colores que no volverán a pintar.

Se hunde en una cama embutida de recuerdos sellados por la sonrisa que pondrá al salir por la puerta, mas no se mueve, no queda nada en esa cama llena.

Y la bestia sonrío pues, entre llaves y anillos, una cartera de lazos rubios como trenzas corona la estancia.

11.5.2. Temática

El tema principal de este relato es la ingesta descontrolada de comida, el trastorno por atracón que en este caso hemos representado mediante otra patología: el síndrome de Diógenes, trastorno basado en la acumulación obsesiva de objetos. Además, también podemos apreciar distintos temas secundarios: el aislamiento, la dificultad para pedir ayuda y sobre todo para identificar las emociones.

11.5.3. Simbolismo

El microrrelato empieza con la descripción de lo que normalmente definiríamos como imagen ideal de belleza femenina en la tradición clásica occidental: una mujer, en este caso, una niña de ojos azules, rubia y preciosa, de aspecto tierno y con cara angelical, que vive en un 4ºB.

El anuncio del piso cumple una función importante: lo añadimos porque es un hecho tan banal en un escrito donde la información es clave, ya que el microrrelato se caracteriza por su brevedad, que debe llamar la atención del lector. Mediante esta cita representamos la soledad de la niña, pues en ningún momento hablamos de padres o de compañía que pueda ayudarla; puede que estén, pero su foco es la enfermedad, la bestia, que la atormenta.

A continuación, nos valemos del dicho popular “las apariencias engañan” para mostrar la realidad que sufre esta supuesta niña feliz, pues vive atormentada por una bestia que la hace llorar a escondidas (“Es tan risueña que el vacío de sus ojos es una cuenca escondida para quienes la ven, mas esta sangra...”)

Además, se hace referencia a la patología del trastorno por atracón y a este mismo, puesto que ella roba todo lo que ve cuando la bestia se lo susurra, de la misma manera que engulle sin darse cuenta de la cantidad y sin saber por qué cuando la ansiedad se presenta (“...porque una bestia la atiborra de robados recuerdos.”)

Aparece también el susurro de la bestia que controla a la niña, a la que convence de llevar a cabo actos malvados mientras ella se encuentra en un estado de desconexión.

Tal y como describimos en el título (Titiritera de la títere), la niña, la que debería tener el control, está al servicio de la parte más oscura y enfermiza de su mente, la enfermedad (“Mientras la niña juega, siente la llamada de la bestia. Le susurra al oído que solo quiere algo bello y brillante como su cabello”). Y seguidamente, la bestia se prepara para partir, la ansiedad la abandona, pues la ha acallado con comida como otro lo haría con drogas o bebida (“...siente que su estómago, su pecho, sus ojos se colman sin saber por qué.”) “El ser que le hace compañía la abandona al son del tintineo de cochecitos, muñecas y rastrillos, pulseras que no son suyas y colores que no volverán a pintar.”

Ella está llena pero se siente vacía, pues la bestia ha conseguido lo que buscaba. Ella sabe que está realmente sola en la habitación y por fin es consciente de lo que ha hecho, de todo lo que ha comido.

Se hunde en una cama embutida de recuerdos sellados por la sonrisa que pondrá al salir por la puerta, mas no se mueve, no queda nada en esa cama llena. Así que, inmóvil, se siente un mueble más (“una cartera de lazos rubios como trenzas corona la estancia.”), culpable en un juego que se volverá a repetir (“recuerdos sellados por la sonrisa que pondrá al salir por la puerta”), ya que la ansiedad no está bajo control.

11.5.4. Recursos literarios

El título mismo (Titiritera de la títere) contiene ya un recurso fónico: la aliteración, en este caso, la repetición de /t/, que sugiere el choque del plástico de los juguetes que la niña va a tomar.

En la primera oración utilizamos un epíteto que hace referencia al vacío de los ojos de la niña, ya que así intensificamos esa sensación de soledad que siente (“el vacío de sus ojos es una cuenca escondida...”). A continuación, apreciamos una paronomasia que favorece el ritmo del relato:

“...una bestia la atiborra de robados recuerdos.”

De la misma manera, posteriormente aparece una rima interna que nos induce de forma indirecta a seguir una melodía, a formar parte del cuento y quedar embelesados por el susurro de la bestia (“Mientras la niña juega, siente la llamada de la bestia. Le susurra al oído que solo quiere algo bello y brillante como su cabello.”)

Esta canción embaucadora finaliza con el uso de una gradación, ya que representamos el despertar de los sentidos de la niña, el cual viene acompañado de la consciencia posterior de todo lo que ha hecho (“siente que su estómago, su pecho, sus ojos se colman sin saber por qué.”).

La niña siente que está llena y mediante esta enumeración de elementos que van desde la parte inferior del cuerpo, en ascensión, transmitimos la náusea que no acaba generando el vómito. Paralelamente, los ojos de la niña se colman, mas no lloran.

Sucesivamente, mostramos la desconexión y la incoherencia que siente la niña mediante una antítesis (“...no queda nada en esa cama llena.”)

Y acabamos el relato con una metáfora que nos induce a la catarsis: la niña se rinde a la bestia y a través de un objeto, una cartera, que interpretamos como una mochila que puede llenarse hasta colmar, nos referimos indirectamente a la protagonista (“Y la bestia sonrío pues, entre llaves y anillos, una cartera de lazos rubios como trenzas corona la estancia.”)

11.5.5. Selección léxica

El cuento se anuncia mediante un título de palabras muy semejantes, una derivación (Titiritera del títere).

Los significados de estos vocablos poseen cierta jerarquía, pues el títere está a merced del titiritero. En este caso hacemos una inversión en la posesión de los poderes, al estar la niña sometida a una bestia interior e incorpórea, claramente mejor.

Además, nos permitimos una licencia de autor, pues le cambiamos el género masculino al término “títere”, y lo hacemos femenino para representar la enfermedad y la dualidad entre amo y señor, es decir, los ponemos una vez más al mismo nivel jerárquico.

El objetivo es llamar la atención mediante un título tan llamativo que deje al lector sorprendido desde el inicio de la lectura.

Si se repite el término “son” es porque queremos representar lo repetitivo, lo incesante que son las acciones de la pequeña (“La niña camina al son de la bestia...” / “El ser que le hace compañía la abandona al son del tintineo de cochecitos,...”)

Finalmente, elegimos el término “compaña” (pensamos en el personaje tradicional de la Santa compaña³⁴) en vez de “compañía” porque es mucho más formal y además le aporta un tono lúgubre: “El ser que le hace compañía...”

11.6. Cuento 5 : Espejito, Espejito

11.6.1. Versiones del cuento

a) Versión primera

Título: **Espejito, espejito**

Un seísmo la despierta, se levanta con el son de sirenas y luces de alarma.

Orgullosa se sacude, pues la naturaleza le da los buenos días y observa a través de una pantalla la obra por la que tanto ha sacrificado.

Su familia se asusta pues ella no responde, yace ensimismada en su mundo de terremotos y alarmas. Debe notificar la última alerta así que un foco la ilumina y una sonrisa cargada de mentiras se plasma en su cara cansada.

Nunca feliz con el resultado, utiliza miles de mallas para protegerse de preguntas indiscretas y publica en un gran muro que sigue viva una mañana más.

El amor y las palabras de desconocidos no tardan en llegar, deben ayudarse frente a esta catástrofe natural...

Se enorgullece pues sabe que es querida y cuenta y observa como aumenta el número de vivos en su pantalla.

³⁴ La Santa Compañía es, en la mitología popular de Galicia, una leyenda fantástica sobre una procesión de ánimas o aparecidos que discurre desde las doce de la noche por los términos de una parroquia con el propósito de visitar, o advertir, a todas aquellas casas en las que en breve habrá un óbito, deceso o defunción.

Alguien la llama, mas no es de este mundo pues no se alegra de los terremotos que encarcelan a su hermana. Pero está vivo y la quiere más que otros, más que todos. La quiere con sus lagañas mañaneras y sus ojeras.

El mundo tintinea pues por él ella viaja a otros mundos:

- ¡Espera, Alejandro, que apago el móvil!

b) Versión segunda

Un seísmo la despierta, se levanta con el son/crujir/crujido... de sirenas y luces de alarma. Orgullosa se sacude, pues la naturaleza le da los buenos días y observa a través de una pantalla/... la obra por la que tanto ha sacrificado.

Su familia teme/se asusta/Se asusta su familia (ligero hipérbaton) pues ella no responde.

Duerme/Yace ensimismada en su mundo de terremotos y alarmas/avisos/señales.

Debe notificar la última alerta así que un foco la ilumina y una sonrisa cargada de mentiras se plasma en su cara/rostro cansada/exhausta/consumida/desolada.

Nunca feliz con el resultado, utiliza/teje/entreteje/hila/ miles de mallas para protegerse/guarecerse/desligarse de preguntas indiscretas y publica/proclama/clama/cuelga en un gran muro que sigue viva una mañana más.

El amor y las palabras de desconocidos no tardan (en llegar), deben ayudarse frente a esta catástrofe natural...

Se enorgullece pues sabe que es querida,/¡Qué orgullo saberse querida! y cuenta y observa (o al revés: observa/escruta y cuenta/recuenta/contabiliza) cómo aumenta el número de vivos en su pantalla.

Alguien la llama/la reclama, mas no es de este/su mundo, pues no se alegra de los terremotos que encarcelan/aprisionan/ enredan/enmarañan (idea de los hilos) a su hermana. Pero está vivo y la quiere más que otros, más que todos. La quiere con sus lagañas mañaneras y sus ojeras/ La quiere con su velo de ojeras y lagañasmañaneras.

El mundo tintinea/vibra y por él (ella) viaja (ella) a otros mundos...

- ¡Espera, Alejandro, (que) apago el móvil!

c) Versión definitiva

Título: **Espejito, espejito**

Un seísmo la despierta, se levanta con el crujido de sirenas y luces de alarma. Orgullosa se sacude, pues la naturaleza le da los buenos días y observa a través de una escotilla la vista por la que tanto ha sacrificado.

Se asusta su familia pues ella no responde.

Navega ensimismada en su mundo de terremotos y avisos.

Debe notificar la última alerta así que un foco la ilumina y una sonrisa cargada de mentiras se plasma en un rostro exhausto.

Nunca es feliz con el resultado, entreteje miles de mallas para guarecerse de preguntas indiscretas y publica en un gran muro que sigue viva una mañana más.

El amor y las palabras de desconocidos no tardan, deben ayudarse frente a esta catástrofe natural...

Escruta y contabiliza cómo aumenta el número de vivos a través de su pantalla.

¡Qué orgullo saberse querida!

Alguien la reclama, mas no es de este mundo intranquilo, pues no se alegra de los terremotos que enmarañan a su hermana.

Pero está vivo y la quiere más que otros, más que todos. La quiere con su velo de ojeras y legañas mañaneras.

El mundo vibra y por él viaja ella a otros mundos...

- ¡Alejandro, espera! Hoy no me llevaré el móvil.

11.6.2. Temática

Con (“Espejito, espejito”) cerramos el círculo de cuentos que conforman este proyecto.

El trabajo fue empezado con un relato introductorio a los trastornos alimentarios que los englobaba en su totalidad, este, no engloba ninguno y a su vez los engloba todos también.

El cuento nos relata entre sus letras un mensaje de superación y de amor en un mundo postapocalíptico sin olvidar la distorsión corporal y la importancia de la opinión pública.

El tema principal es la recuperación y el tratamiento de los trastornos alimentarios, la esperanza.

11.6.3. Simbolismo

Este relato es mucho menos hermético y lírico que los presentados anteriormente. Sin embargo, mediante este uso más llano y afable del lenguaje se pretende mostrar la liberación que a su vez siente este personaje y el lector. Pues este ha superado todas las pruebas, todas las lecturas enigmáticas, oscuras... para llegar a un punto de inflexión, a la máxima comprensión.

Uno de los objetivos de nuestro proyecto.

El título (“Espejito, espejito”) ya es un claro indicador de la problemática a la que se enfrenta a la niña pues mediante el uso de la intertextualidad, recurso típico en el redactado de microrrelatos, citamos una frase célebre de la literatura infantil.

Aquella cantinela que repetía la malvada reina pues sentía inseguridad sobre su físico y su belleza. Un paralelismo a la historia de nuestra protagonista pues se aliena del mundo real para probar su belleza ante los demás (“Navega ensimismada en su mundo de terremotos y avisos.”) y asegurarse de que sigue siendo válida y querida. (“El amor y las palabras de desconocidos no tardan, deben ayudarse frente a esta catástrofe natural...”)

Hablamos de una situación extrema y de un ambiente terrorífico, pero a su vez, también citamos que la protagonista y otros como ella están orgullosos de vivir de esta forma (“Orgullosa se sacude, pues la naturaleza le da los buenos días”), mas indirectamente, también identifican que están a merced de un sistema repetitivo (“Debe notificar la última alerta así que un foco la ilumina y una sonrisa cargada de mentiras se plasma en un rostro exhausto”) y de inseguridades (“Nunca es feliz con el resultado, entreteje miles de mallas para guarecerse de preguntas indiscretas y publica en un gran muro que sigue viva una mañana más.”)

En este relato utilizamos distintos términos que hacen referencia a la tecnología (“avisos/ foco/ ilumina”), pero no es hasta esta oración (“Escruta y contabiliza cómo aumenta el número de vivos a través de su pantalla.”), que descubrimos la verdad: La niña nos habla de la pantalla de su teléfono y su severa adicción a las redes sociales y cómo la afectan.

Finalmente, el mensaje esperanzador es claro. Pues aparece una figura cercana, la de su hermano. Alejado de ese mundo contaminado por ideas contrarias, pues entienden que vivir aislado o a merced de un aparato es vida. (“Alguien la reclama, mas no es de este mundo intranquilo, pues no se alegra de los terremotos que enmarañan a su hermana.”)

Este le muestra un camino que puede tomar o no, la anima a salir y ella lo elige porque sabe que es querida. (“la quiere más que otros, más que todos. La quiere con su velo de ojeras y legañas mañaneras.”)

En este caso, el hermano simboliza el tratamiento, siempre es opcional y el paciente debe estar dispuesto.

Mas, como hemos aclarado numerosas veces, ¿cómo se le puede pedir a alguien luchar contra sí mismo?, bien, si algo hemos probado es que el amor y la confianza mueven montañas.

La niña elige por cuenta propia dejar el móvil, la enfermedad, en su cuarto y empezar un largo viaje a la curación.

(“El mundo vibra y por él viaja ella a otros mundos...”

- ¡Alejandro, espera! Hoy no me llevaré el móvil.”)

11.6.4. Recursos literarios

Como recursos estilísticos principales nos encontramos un sinestesia, pues la niña percibe auditivamente un estímulo visual, (“se levanta con el crujido de sirenas y luces de alarma.”)

Apreciamos un hipérbaton que aporta cierto ritmo al escrito: (“Se asusta su familia pues ella no responde.”)

Finalmente, el relato es si es una gran metáfora de un mundo postapocalíptico que refleja la vida de la gran parte de la población occidental, pues la mayoría vivimos a merced de teléfonos inteligentes ajenos a nuestros alrededor.

11.6.5. Selección léxica

Respecto al léxico, utilizamos distintos términos que por su significado nos recuerdan a estados de inquietud, euforia, adrenalina. Pues es la realidad que viven muchos jóvenes hoy en día cuando reciben un mensaje en su teléfono (“sirenas/luces de alarma/ alerta...”)

Asimismo, utilizamos un conjunto de palabras de la misma familia sintáctica para hacer referencia a la presión que la asfixia y las expectativas que quiere cumplir. Por ello utilizamos como cohiperónimos las palabras (“mallas o velo”) y como cohipónimos (“entreteje o enmarañan”), que simbolizan los hilos que la oprimen y la mantienen en el bucle de la enfermedad.

12. CONCLUSIÓN

Gracias a este proyecto consideramos haber alcanzado todos nuestros objetivos, ya que hemos conseguido aprender y transmitir de forma precisa en qué consisten los trastornos alimentarios, mediante una búsqueda exhaustiva de información que luego hemos empleado para la escritura de los cuentos. Esta forma de trabajar nos ha proporcionado una base científica que ha enriquecido nuestros microrrelatos.

Además, hemos perfeccionado la calidad de la expresión literaria y de ese género narrativo, pues, pese a que su estilo nos resultase familiar, nunca nos habíamos propuesto escribir una serie de relatos con una misma temática. Asimismo, hemos podido experimentar de primera mano el proceso de creación redactando progresivas versiones hasta llegar a la idónea y hemos prestado atención de forma consciente al léxico seleccionado, ya que de entre las varias propuestas, hemos elegido la palabra que más se adecuaba a aquello que queríamos transmitir.

En cuanto al último objetivo, el más ambicioso, podemos concluir que el mensaje del proyecto literario va destinado a un lector capaz de comprender obras literarias y que, además, esté dispuesto a aprender, a ver el mundo desde una nueva perspectiva: la literatura nos abre muchísimas puertas que solo son traspasadas por aquellos que se permiten soñar y dejar el mundo real. La lectura nos permite viajar a nuevos mundos, otras épocas y otras vidas. Sin embargo, hay gente que no osa gozar de este placer.

En cuanto a la producción literaria, pensamos que podríamos haber redactado más relatos y que así habría sido más fácil para el lector entender el tema que comparten los cuentos y el simbolismo particular de cada uno de ellos, ya que siguen un patrón.

Desgraciadamente, la falta de tiempo no lo ha hecho posible. Hemos aprendido, pues, que la redacción y el análisis de los microrrelatos requieren de mucha dedicación y empeño.

En conclusión, redactar estos últimos párrafos representa la culminación de un trabajo que ha requerido tiempo, esfuerzo y mucho mimo. Sin embargo, también representa la culminación de una etapa en que llegamos a la comprensión. Con cada una de las palabras que dan vida a estos relatos alzamos la voz por aquellos que siguen luchando por comprender.

12. CONCLUSION

Grâce à ce projet, j'estime avoir atteint tous mes objectifs, étant donné que j'ai réussi à apprendre et à transmettre de façon précise ce que sont les troubles alimentaires, grâce à une recherche exhaustive d'informations que j'ai ensuite utilisée pour écrire des contes. Cette façon de travailler m'a fourni une base scientifique qui a enrichi les micro-romans.

En outre, j'ai amélioré la qualité de l'expression littéraire et de ce genre narratif, car bien que son style me semble familier, je n'avais jamais eu l'intention d'écrire une série de récits sur le même thème. De même, j'ai pu expérimenter de première main le processus de création en rédigeant progressivement des versions jusqu'à la bonne et j'ai consciemment prêté attention au lexique sélectionné, puisque parmi les diverses propositions, j'ai choisi le mot qui convenait le mieux à ce que je voulais transmettre.

Quant au dernier objectif, le plus ambitieux, je peux conclure que le message du projet littéraire est destiné à un lecteur capable de comprendre des œuvres littéraires et qui, en outre, soit prêt à apprendre, à voir le monde d'une nouvelle perspective : la littérature nous ouvre de nombreuses portes qui ne sont franchies que par ceux qui se permettent de rêver et de quitter le monde réel. La lecture nous permet de voyager vers de nouveaux mondes, d'autres époques et d'autres vies. Mais il y a des gens qui n'osent pas profiter de ce plaisir.

En ce qui concerne la production littéraire, j'ai pensé que j'aurais pu rédiger plus d'histoires et qu'il aurait ainsi été plus facile pour le lecteur de comprendre le thème que partagent les micro-romans et le symbolisme particulier de chacun d'eux, car ils suivent un schéma.

Malheureusement, le manque de temps ne l'a pas rendu possible. J'ai donc appris que la rédaction et l'analyse des micro-romans exigeaient beaucoup de travail et d'efforts.

En conclusion, la rédaction de ces derniers paragraphes représente l'aboutissement d'un travail qui a demandé du temps, des efforts et beaucoup de soin.

Mais c'est aussi l'aboutissement d'une phase de compréhension. Avec chacun des mots qui donnent vie à ces récits, j'élève la voix pour ceux qui continuent de lutter pour comprendre.

13. FUENTES DE INFORMACIÓN

Bibliografía

Libros consultados

- Alonso Vaquerizo, Irene. (2016) *Ana y Mía no quieren ser princesas. La cara oculta de los trastornos alimentarios*. Madrid: Meridiano.
- Asociación estadounidense de psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Arlington: Médica Panamericana.
- Talam, Antoni y Jarne, Adolfo. (2015) *Manual de psicopatología clínica* (2ª ed.). Barcelona: Herder Editorial.
- Toro, Josep. (1996) *El cuerpo como delito: Anorexia, Bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.
- M.Bell, Rudolph (1985) *Holy Anorexia* EEUU:University of Chicago Press.

Webgrafía

Artículos

- Bulik C., Sullivan PF. et al. *Twin studies of eating disorders a review*. International Journal of Eating Disorders.
- Ravilious, Kate. (2014) *Cerebro e imagen corporal. Identifican la zona del cerebro responsable de la forma como las personas ven su cuerpo*. Intramed. Inglaterra. The Guardian.
- Van Hoeken D., Burns JK et al. *Epidemiology of eating disorders in Africa*. PubMed.gov , US National Library of Medicine National Institutes of Health, 2016 nov, 29(6):372-7. Doi: 10.1097/YCO.0000000000000274

- Kessler, R.C. et al. (2013) *A comparative analysis of role attainment and impairment in binge eating disorder and bulimia nervosa*. WHO World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23(1), 27-41. doi:10.1017/S2045796013000516

Recursos audiovisuales

- Noxon, Marti (dir.). (2017). *Hasta los huesos* [película cinematográfica]. EEUU: Netflix
- Gundry, Peter (compositor). (2015). *The Edge of Darkness* [Álbum musical]. Peter Gundry Music
- Gundry, Peter (compositor). (2018). *Don't wake me just yet* [Álbum musical]. Peter Gundry Music
- N, Mimi (@futarinokizuna_) (2019). Obras sin título [Obra pictórica].

Definiciones complementarias

- Definiciones complementarias: www.wikipedia.com
- www.lamejornaranja.com (página web de poca credibilidad escogida adrede)

