

# COSSOS AMB MENT DE VIDRE

(Una aproximació a l'Anorèxia i la Bulímia)



## ÍNDEX

<b>1. Introducció: Els TCA</b> .....	pàg. 1
<b>2. L'Anorèxia i bulímia</b> .....	pàg. 3
2.1. Què són?	
<b>3. Orígens dels TCA</b> .....	pàg. 5
3.1. Concepcions principals	
3.2. Evolució dels ideals	
<b>4. Com afecten aquests trastorns?</b> .....	pàg. 8
4.1. Qui els pateix?	
4.2. Quins són els factors?	
4.2.1.1. Factors predisponents	
4.2.1.1.1. Individuals	
4.2.1.1.2. Familiars	
4.2.1.1.3. Socials	
4.2.1.2. Factors precipitants	
4.2.1.3. Factors perpetuants	
<b>5. Síntomes: Principals actituds d'alarma</b> .....	pàg. 16
5.1. Detecció dels TCA	
<b>6. Mètodes de prevenció</b> .....	pàg. 19
<b>7. Pronòstic i tractaments dels TCA</b> .....	pàg. 20
7.1. Com parlar amb els afectats	
7.2. Nivells dels tractaments dels TCA (Segons el DSM V)	
7.3. Mètodes més freqüents en hospitals i consultes	
<b>8. Enquesta</b> .....	pàg. 28
<b>9. Entrevistes</b> .....	pàg. 42
9.1. A professionals	
9.2. A persones afectades	
9.3. A voluntaris	
<b>10. Vídeo de sensibilització</b>	
<b>11. Conclusions</b> .....	pàg. 69
<b>12. Agraïments</b> .....	pàg. 72
<b>13. Bibliografia i webgrafia</b> .....	pàg. 73

## 1. Introducció

Durant la nostra estada a l'ESO, probablement una de les coses de les quals més sentim a parlar és del Treball de Recerca, però no ens arriba a preocupar fins que no som a Batxillerat. En el moment que ens van demanar que escollíssim un tema, jo no vaig haver de plantejar-m'ho molt. Tenia clar quina orientació volia seguir.

El meu Treball de Recerca tracta sobre Trastorns Alimentaris, en particular l'Anorèxia i la Bulímia, que són els dos més freqüents. Com que es dona sobretot en adolescents, bàsicament estarà orientat a aquests i tractarà tots els tipus de símptomes i repercussions que tenen sobre les seves vides. Tothom ha sentit a parlar algun cop d'aquests trastorns, però amb aquest treball vull anar més enllà, vull estudiar les maneres de posar-se al lloc dels que ho pateixen, i més que entendre de què parlen, saber de què parlen i estudiar quines són les millors vies de sortida d'aquestes malalties.

La raó per la qual no vaig haver de pensar-m'ho gaire alhora d'escollir aquest tema és perquè m'agradaria en un futur poder-me dedicar a la Psicologia dels trastorns alimentaris, així que vaig pensar que, de cara al futur, és una bona manera per anar adquirint algunes bases, tant pràctiques com teòriques. També l'he triat perquè és una qüestió que sempre m'ha despertat molt interès, i per la qual sempre he tingut curiositat per conèixer més.

M'he proposat una sèrie d'objectius a l'hora de realitzar aquest treball: conèixer els trets principals que caracteritzen aquestes malalties, saber identificar-ne les causes, de quina manera afecten la societat, detallar quina actitud adquireix una persona amb aquest trastorn i quins són els mètodes per evitar-los o ajudar la gent que els pateix.

Les hipòtesis que m'agradaria anar contrastant durant la meva recerca són:

- Els trastorns alimentaris afecten avui dia més dones que homes.
- Hi ha més casos d'anorèxia i bulímia avui en dia, que temps enrere.
- L'educació dels pares cap als nens alhora de menjar des de petits, és un factor clau per ajudar a prevenir la malaltia.
- El percentatge de gent curada d'aquesta malaltia és molt baix.

- L'Anorèxia i la Bulímia són dues malalties mentals amb un fort component cultural, social i genètic.

Vull estructurar el meu treball de tal manera que es divideixi en una part més teòrica, i una de pràctica. Al bloc teòric hi introduiré tota la informació i coneixements adquirits a partir de diferents fonts d'informació, ja sigui de llibres, pàgines webs, documentals i tots aquells conceptes necessaris per conèixer més a fons les malalties i que m'ajudin a explicar-les i a poder dur a terme el segon bloc.

En aquest segon bloc, pràctic, hi haurà les enquestes fetes al meu centre, entrevistes que vull fer a pacients actuals, a pacients que ja han superat la malaltia, i a especialistes sobre el tema. Amb tot això vull obtenir els resultats a partir dels quals pugui contrastar les hipòtesis formulades al principi del treball. També m'agradaria elaborar un vídeo de sensibilització al final del treball, per tal de transmetre de manera visual una idea del que he après.

Per acabar amb aquesta introducció, vull dir que espero adquirir tots els coneixements que desitjo amb la realització d'aquest treball, ja que és la primera vegada que em dedico al 100% a treballar aquests trastorns, tot i que en moltes ocasions ja m'hauria agradat fer-ho abans. Sempre que he tingut oportunitat de dirigir algun treball cap a aquest camp ho he fet, ja sigui a l'hora de crear algun vídeo o de fer alguna redacció. Però crec que en ser un treball de recerca, on els coneixements que es necessiten per realitzar-lo ja han d'anar molt més enllà, m'anirà molt bé per a la meva orientació de futur.

## 2. L'Anorèxia i la Bulímia

### 2.1. Què són?

La paraula anorèxia es va formar a partir del prefix grec a-, que significa “no, sense” i de la paraula també grega “orexis” que vol dir “desig, apetit”. Utilitzar com a definició que l'anorèxia és sinònim de manca d'apetit no seria del tot correcte, ja que els anorèxics sí que tenen gana. L'adjectiu nerviosa, li atribueix l'etiqueta de malaltia d'origen nerviós o mental. Deixant a part l'etimologia, és un tipus de patologia alimentària caracteritzada per la reducció progressiva de l'alimentació, fins acabar



rebutjant completament tot tipus de menjar. És el trastorn alimentari més conegut, degut a ja probablement és l'únic que pot ser mortal i degut a això, desencadena preocupacions i atencions. La persona anorèxica no menja però, alhora, no deixa de pensar en quins són els aliments que li convindria ingerir i quins no.

Aquest trastorn atrau moltes atencions ambivalents ja que, per un costat, inquieta per la seva perillositat, però al mateix temps, fa veure's atret per canviar d'imatge corporal d'acord amb l'ideal de la societat. Bàsicament, existeixen dos subtipus diferents d'aquesta malaltia. La diferència entre aquests subtipus es basa en l'ús, o no, de laxants, diürètics i altre fàrmacs. D'aquesta manera, en un subtipus es presenten afartaments i purgues durant la malaltia i en l'altre no

#### **a) Tipus restrictiu:**

La pèrdua de pes s'aconsegueix fent règim, dejunant o realitzant exercici físic extrem. Aquests pacients no es purguen, ni fan servir diürètics, ènemes ni el vòmit. Aquests pacients no fan servir cap tipus de purgament perquè no els hi troben sentit, ja que, per ells l'única manera d'aprimar és no menjar, i els que es purguen ho fan perquè es senten culpables d'haver menjat. És a

dir, els malalts amb una anorèxia de tipus restrictiu, no es purguen perquè no ho troben necessari, ja que, mengen el mínim per subsistir.

**b) Tipus compulsiu/purgatiu:**

Durant l'anorèxia nerviosa, l'individu recorre a episodis d'ingesta voraç i purgues. La majoria de malalts que passen pels episodis d'afartaments també recorren a purgues, provocant- se el vòmit o utilitzant diürètics, laxants o ènemes sense cap justificació ni indicació mèdica. Aquestes conductes sovint es porten a terme, perquè el malalt se sent culpable per haver menjat i té por a engreixar. Pot ser que un malalt presenti només un dels "tipus", però molt sovint les persones amb anorèxia combinen el dejuni amb afartaments i purgues, ja que els malalts d'anorèxia nerviosa o bulímia nerviosa, van canviant d'etapes i no segueixen les pautes d'una malaltia.

La bulímia, en canvi, es diferencia en el fet que és una malaltia que es basa en la ingesta d'una quantitat molt gran d'aliments, normalment menjar no saludable (dolços...) i utilitza llavors tècniques de purga, com el vòmit induït després de menjar, l'ús de laxants i diürètics, és a dir, fàrmacs que donen lloc a pèrdua de líquids per l'augment de freqüència urinària. Algunes persones el que fan és combinar tots dos mètodes. Altres ho compensen de maneres diferents. Fan exercici excessiu, o altres estan en dejuni durant moltes hores. Tot i això, la purga no és un mètode tan eficaç de reducció d'ingestió de calories. El vòmit només redueix un 50% de les calories que s'acaben de consumir. Els laxants i els procediments semblants tenen molt poc efecte, atès que actuen molta estona després de la ingesta d'aliments. Llavors la bulímia s'associaria amb la anorèxia de tipus purgatiu. L'única diferència entre l'anorèxia i la bulímia realment és una qüestió de pes. La bulímia et permet estar en una restricció de pes, i no és mortal, tot i que té conseqüències fatídiques per al cos. L'anorèxia, permet una pèrdua molt important de pes, i pot ser mortal, es pot morir per inanició.

### 3. Orígens dels TCA

#### 3.1. Concepcions principals

En les últimes dècades s'ha multiplicat per 5 el nombre de casos de trastorns de la conducta alimentària, tant d'anorèxia nerviosa com de bulímia nerviosa, aquests trastorns s'han convertit en una «epidèmia social». Els estudis realitzats sobre la prevalença de l'anorèxia nerviosa entre nois adolescents i joves adultes demostren un percentatge del 0,5-1%. Aquest trastorn afecta fonamentalment dones (95%). La prevalença de la bulímia nerviosa en la població general és del 1-3%. L'anorèxia no és una malaltia recent. La diferència entre la que predomina avui en dia i la d' anys enrere és el conjunt de causes o factors que fan que aparegui, que venen molt determinats per l'època i l'entorn on neix la persona que pateix la malaltia. Des del segle XIII menjar es va començar a considerar un pur plaer terrenal que devia ser controlat i mesurat pels membres de l'església. Aquests "dictaven" les normes i els límits de dejuni que havien de practicar totes aquelles persones que volien aconseguir la perfecció espiritual. Moltes noies es van convertir en el model de dona a seguir per a l'època medieval.

Tot canviant radicalment d'època, a finals del segle XIX, l'anorèxia nerviosa abandona la relació que abans tenia amb la religió, i es converteix en una pura forma d'entreteniment arreu d'Estats Units i de l'Europa Occidental.

Van aparèixer les anomenades "*fasting girls*", que eren noies adolescents de l'època victoriana que afirmaven poder sobreviure llargs períodes sense consumir menjar i sense nodrir-se de cap manera. Així van començar a cridar l'atenció de ciutadans com a noies amb poders especials religiosos o màgics, i gent dels pobles del seu voltant venia a visitar-les i van començar a fer grans



*Dominique Castagna, França, 1869*

donacions. Això es va convertir en un problema, ja que ens moltes ocasions es van convertir en un negoci familiar i una font de diners, cosa que feia que aquestes noies seguíssim amb aquesta pràctica. També va cridar l'atenció de metges, els quals viatjaven per visitar aquestes noies i van començar a interessar-se per a l'anorèxia i elaborar les seves primeres teories. D'altra banda també hi havia els freak shows, en els quals participaven homes molt prims que pesaven entre 22 i 35 kg a causa de malalties com la tuberculosi, trastorns digestius o problemes de desenvolupament, cosa que no tenia res a veure amb l'anorèxia, però es van convertir en tot un espectacle al circ, on es posaven al costat de gent grassa, els quals eren una atracció més, perquè l'astorament del públic fos major.

Fins a meitats del segle XIX no es va iniciar un estudi seriós i rigorós de la malaltia i les seves causes. Els primers a fer descripcions clíniques professionals van ser William Witley Gull, creador del terme "Anorèxia Nerviosa" el 1874, i Charles Ernest Lasegue, els quals, des del començament, van tractar-la com una malaltia mental més, deixant de banda la teoria predominant de la seva època que afirmava que l'anorèxia nerviosa tenia un origen únicament físic.

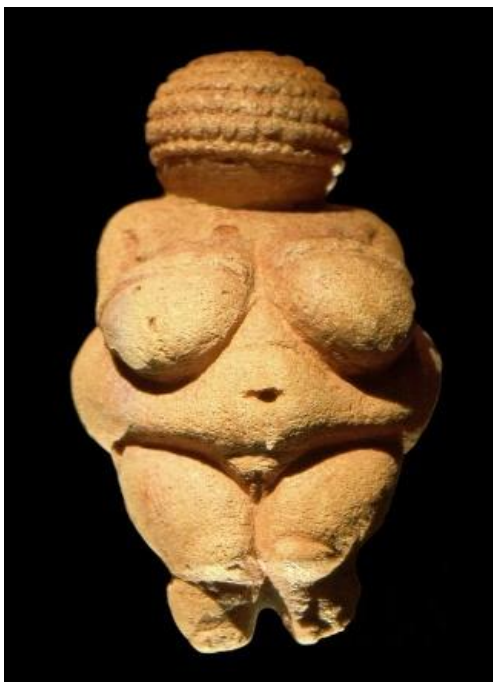
Arribada la dècada dels 70 el nombre d'afectats d'aquesta malaltia i el nombre d'investigacions que es van dur a terme per part de professionals, van fer que aquesta malaltia aconseguís una identitat pròpia cosa que va afavorir a l'aparició de tractaments i prevencions per aquesta.

A diferència de l'anorèxia, la bulímia no és una malaltia amb un passat tant extens i amb molts casos, sinó que és molt més posterior. La primera descripció de bulímia nerviosa catalogada com a desordre mental i negant totes les teories de tenir un origen físic, va ser el doctor Gerald Russell. Per tant s'inclou dintre les patologies aparegudes al segle XX. Els factors socioculturals han tingut molta incidència en aquesta malaltia, i això ha provocat que augmenti immensament fins al punt de superar a l'anorèxia nerviosa.

Per tant, aquestes dues malalties tenen certa rellevància abans, però és en l'actualitat com a fruit de totes les modificacions produïdes, que han guanyat molt més protagonisme i importància i s'han convertit en epidèmia occidental.



### 3.2. Evolució dels ideals



*Venus de Willendorf*

Els canons de bellesa han anat canviant d'acord amb les èpoques. Viatjant a l'època del paleolític, trobem una representació de l'ideal femení de l'època, les Venus. Aquestes eren figures on la dona era representada amb una forma robusta, amb formes rodones i amb pit, estómac i cames contundents. Aquestes característiques eren símptomes d'abundància, fertilitat, nutrició i protecció, trets molt benvinguts a l'antiguitat, ja que la fam encara

representava una amenaça molt important per a tothom. Segles després, amb l'aparició de l'art, han quedat registrats els diferents ideals de bellesa de les diferents èpoques, ja que les dones eren representades en algunes d'aquestes mostres d'art. Durant la civilització grega, els trets més significatius eren la proporció, la moderació i equilibri.

La dona grega, per assemblar-se a la deessa Venus, havia de tenir volum però carns fermes i ben conservades i amb una espatlla proporcionada i no massa ampla.

L'expansió del cristianisme va ser el que va representar el "boom" de l'estètica. Es volia aconseguir un cos menut, prim i angular, sense corbes. Es considerava bellesa, perquè era símbol d'infantesa, i per tant de puresa i innocència. Un cop arribat el renaixement, es torna a l'estètica clàssica i a la figura de la dona molt més sensual.

Cap a finals del segle XIX s'estableix la gimnàstica, un exercici físic imposat tant al sexe femení com al masculí, i innovació no ben vista per a tothom per a la seva força exigència. Les corbes estan ben vistes, però sempre acompanyades de cames fortes i fermes, un ventre pla i els pits al seu lloc.

Un ideal clau en l'època va ser la coneguda Marilyn Monroe. Als anys 60 no hi ha revista que no faci referència a la primesa i es comencen a difondre tot tipus de dietes i exercicis o, fins i tot, intervencions quirúrgiques.

Els cànons de bellesa actuals es basen en dones amb aparença d'adolescents i amb el mínim de massa corporal possible, sense corbes i amb una primesa extrema, així com en homes, es persegueixen ideals molt musculats.

## **4. Com afecten aquests trastorns?**

### **4.1. Qui els pateix?**

L'auto concepte físic està relacionat de manera positiva amb el benestar psicològic i de manera negativa amb el malestar psicològic, de tal forma que quan més a gust es senti un amb el seu físic, experimenta major benestar psicològic i menors nivells d'ansietat i de depressió, per tant, menors possibilitats de caure en els TCA.

Estan molt relacionades, també, l'edat, el gènere i l'activitat física.

Com a norma general, tot i que els homes també poden tenir aquest tipus de trastorn, és cert que les dones ho fan en un percentatge molt més elevat. Els joves, solen experimentar malestar psicològic degut al seu físic durant tota l'adolescència, al marge de si el concepte que tenen del seu físic és baix, alt o mitjà.

La major probabilitat de desenvolupar aquest tipus de trastorn ansiós, es situa entre els 10-30 anys, però amb molta més incidència entre els 13-18 anys.

Així també un factor molt important que cal considerar, és que són tipus de trastorns molt donats en gimnastes i models, ja que l'exigència que reben acaba desencadenant una gran exigència i repte personal, i el fet de tenir una figura perfecta per a fer millor la seva feina, pot fer que acabin desenvolupant aquesta malaltia.

## **4.2. Quins són els factors?**

### **4.3.1. Factors predisponents**

#### **4.3.1.1. Individuals**

Cal destacar que tot i ser una malaltia molt influenciada per factors exteriors, també té factors interiors que cal conèixer, així com el psiquisme individual i la genètica.

Per regla general els TCA no es resumeixen en un simple odi del cos. És un trastorn que pot començar des de perspectives molt diferents, i a vegades no és simplement veure's gras/sa. Les persones que acaben desenvolupant aquesta malaltia són persones amb una autoestima molt baixa, es menyspreen a si mateixes i no creuen que puguin agradar als demés de la forma que són. La falta de valoració d'un mateix, és un dels símptomes més freqüents, així com el perfeccionisme, ja destacat anteriorment. Persones totalment infravalorades, que intenten arribar a un nivell de perfeccionisme de 100% i són capaces de tot i més per tal d'aconseguir-ho. Així és un trastorn que normalment apareix per altres factors. Tot aquesta insatisfacció amb un mateix, tota aquesta repressió de sentiments i la falta d'expressar-los, o bé, algun trauma del passat, que ha quedat ensorrat a la ment, pot sortir cap a l'exterior en forma de trastorn alimentari. És la manera en què canalitzen el dolor i tot el que porten dins. Acaben agafant obsessions, i la preocupació pel propi cos, pel seu volum, per la seva silueta acaba esdevenint el centre de la seva vida. La persona propicia a patir la malaltia rebutja i odia el cos que creu tenir –la seva imatge corporal- un cos, normalment, molt diferent al que realment té. Està constantment intentant comprovar les dimensions del seu cos, assegurant-se de les seves mesures reals. Intenta agafar-se les cuixes amb les mans, apretar-les, i desitjar poder fer-ho només amb una mà. Reflectida als aparadors, pretén constantment verificar el volum del seu cos, comparant-lo amb les persones que l'envolten. L'evolució de les talles de la seva roba, en ocasions, li porta un sentiment molt gran d'angoixa.

La relació que es crea entre un pacient i un mirall és una relació que acaba sent d'amor i d'odi, per un costat el pacient el tem intensament però no pot resistir-se a la seva morbosa atracció. També el fet de ser perfeccionista, és

un dels elements principals que porten als TCA. El fet d'exigir-se més i més constantment. Els objectius d'aquestes persones són elevats i han de permetre ser las/els millors, per molt que costi. Aquesta ànsia els fa comparar-se amb altre gent entrant en una dura competició, en un intent de superar-los.

S'ha demostrat mitjançant estudis que posseir serotonina en gran quantitat pot conduir a que una persona pateixi la malaltia. Per una banda, els nivells d'aquest neurotransmissor baixen quan la persona no té accés als aliments, de tal manera que se sent millor amb si mateixa. Però, al mateix temps, quan les quantitats d'aquest neurotransmissor baixen, es poden desenvolupar depressions automàticament, cosa que fa que la víctima s'aïlli i es centri encara més en la seva malaltia. També hi ha estudis que demostren que els familiars de pacients amb trastorns alimentaris tenen per si mateixos de quatre a cinc vegades més possibilitats de patir la malaltia que la població general, així es van realitzar experiments entre 2163 bessones, on es va obtenir que en un 23% de les parelles de bessones monocigotes, les dues tenien bulímia, en comparació amb un 9% de les bessones heterocigòtes, en les quals només una tenia bulímia. Així en aquest tipus d'experiments es demostra que hi ha una aportació genètica, tot i que les proves encara no són suficients per saber que és exactament "*el que s' hereta*".

#### **4.3.1.2. Familiars**

En els últims anys també s'està notant una importància en la influència de certs familiars, i més concretament la mare, a través dels models que poden encarnar en la relació amb certes actituds i estils de vida. La mare que està excessivament obsessionada per la seva silueta o és practicant sistemàtica de dietes hipocalòriques és, sens dubte, un factor de risc quan actua d'aquesta manera a prop d'un adolescent.

Hi poden haver excepcions però és molt freqüent que les persones amb trastorns alimentaris es desenvolupin en famílies amb problemes i plenes de peculiaritats. Són famílies on tot són preocupacions, on tot ho ocupa el treball, les obligacions i on no hi ha gaire comunicació entre els seus membres. Aquesta manca de comunicació pot comportar que hi hagi una gran contenció dels sentiments i que no s'expressin les emocions amb total

llibertat i naturalitat. D'altra banda, els pares, solen exercir una sobreprotecció força perceptible sobre els seus fills.

Aquests quasi mai realitzen els àpats en companyia, fet que afavoreix la seva mala relació amb el menjar des que són ben petits. Aspectes tradicionals com assentar-se a la taula per menjar en família estan desapareixent i aquest és un dels motius que esta afavorint el desenvolupament de la malaltia. Fets com el divorci dels pares, la mala relació entre aquests, haver patit abusos sexuals durant la infància, la mort d'un familiar, conviure amb persones amb problemes d'obesitat, alcoholisme o depressió, o ser el primer o l'últim dels germans, són factors que poden contribuir a que una persona amb predisposició a patir un desordre d'aquest tipus, acabi patint-lo. També les expectatives elevades per part dels pares que pretenen resultats excepcionals en tots els àmbits, poden influenciar en el fet que aparegui la malaltia.

#### **4.3.1.3. Socials**

##### **4.3.1.3.1. Amics**

Pel que fa als amics, solen exercir encara més pressió que les pròpies famílies. Els joves comencen a sentir-se identificats amb altres joves, comencen a formar els seus propis grups, amb els quals han decidit passar una part important de la seva vida. Per tant, el fet de l'acceptació pels demès és un factor de risc, ja que la gent que no confia en ella mateixa, tendeix a canviar la seva conducta o, fins i tot, el seu físic, per tal d'agradar a tots aquells qui vol que l'acceptin. Així l'acceptació dels demès els provoca una pujada en la seva pròpia autoestima i seguretat personal, però la desaprovació per part dels demès, pot acabar desencadenant els desordres alimentaris, modificant també a partir d'això, la seva relació cap a les persones, per tant, la seva vida social canvia. Això comporta l'aïllament de la víctima i per això solen ser persones que dediquen gran part del seu temps a l'estudi i al treball

#### 4.3.1.3.1. El paper dels mitjans de comunicació

La proliferació de la “cultura audiovisual” ha desencadenat l’alarma davant la influència social de la publicitat i, en general, davant els mitjans de comunicació com a transmissors de valors i molt sovint de “contravalors” que produeixen insatisfacció.

#### Revistes



A les revistes femenines, la publicitat d’aquest tipus de premsa, en la seva totalitat, està relacionat amb el culte al cos, és a dir, cosmètics, roba, anuncis de clíniques de cirurgia estètica i altres centres on es realitzen aquest tipus de tractament. Totes aquestes revistes el que promouen és que les dones vulguin tenir allò que creuen que els falta, o bé, canviar aquells trets del seu físic que no els acaba de convèncer. A més, solen fixar-se amb les models que omplen totes aquestes pàgines. Les pàgines estan repletes de consells,

generalment falsos, que fan que a lectura d’aquestes sigui més additctiva. Així estan plenes d’imatges de models molt primes i normalment van acompanyades de publicacions de dietes, i és una manera d’afirmar indirectament, el bon resultat que tenen aquestes dietes, i això incideix directament sobre els adolescents, que es capfiquen en seguir aquestes dietes per arribar als cossos que hi ha a les pàgines.

Totes aquestes pàgines esta plenes de “cuenta atrás para un cuerpo 10”, “Quieres estar delgada?”. “3,2,1..Bikini en 10 dias!”, “Piernas, abdomen y culo, firmes!”, “5 formas de perder 5 kilos”... Tots aquests comentaris i molt altres, que creen que les dones tinguin en general un sentiment de poca

autoestima i vulguin perfeccionar el seu cos, estar més primes, arribar a ser com totes aquestes models.

## Televisió

El mitjà televisiu és un important transmissor de publicitat –ocupa el primer lloc de la inversió en mitjans convencionals i, a més, esdevé un vehicle d'estereotips fortament assentats en la societat. També s'erigeix com a important vehicle d'imatges, susceptibles d'influir en les actituds de determinats col·lectius especialment sensibles a estereotips com ara la bellesa, la moda, l'esveltesa, etc.-

Actualment no hi ha res que estigui censurat, tot està permès. Molts programes i *reality shows* als quals els joves es troben enganxats actualment, hi apareixen personatges o gent amb un



físic de 10, que tenen la millor roba, les millors cases i porten la millor vida. Un exemple, és el programa “Mujeres hombres y viceversa”. És un programa on es transmet un missatge d'estereotips, representen el cos, la vestimenta, els locals que s'han de freqüentar i la música que s'ha d'escoltar per ser com ells. Representa que la gent que hi participa va a buscar-hi una parella, va a buscar l'amor, així un noi o una noia és el “tronista” i tenen unes quantes persones conquistant-los. És un programa materialista i superficial, i per tal d'entrar-hi s'ha de tenir un físic i vestir d'una manera determinada. Tot i ser un programa ple de tant pocs valors, representa un dels més adictius per a la població adolescent d'avui en dia, i és freqüent que els adolescents vulguin imitar a aquells qui tenen com a “ideals”. Aquest és només un més entre tots els programes que existeixen avui en dia d'aquest tipus; programes en els quals no s'apren res i on hi apareix gent sense estudis i sense plans de futur amb una manca de valors molt important. Per tant, no és recomanable que els adolescents els tinguin com a models a seguir.

En parlar de la televisió cal fer referència als anuncis publicitaris. En aquests anuncis solen aparèixer models que són tots iguals: les dones, són primes, altes i guapes, els homes, musculats i guapos. Això provoca que els adolescents, acostumin a veure aquests prototips i que vulguin assemblar-s'hi, que els tinguin com a models. Així comencen a canviar els seus hàbits i es posen en dietes molt exigents o fan molt esport, simplement perquè pensen que per a tenir valor com a persona, cal tenir un físic impactant.

#### **4.3.2. Factors precipitants**

Dins els factors precipitants trobem el fet de viure de manera traumàtica el canvi puberal que pot venir acompanyat de la poca acceptació de la condició femenina, tenir moments estressants a la vida com poden ser les malalties, la mort d'algun parent, el fi d'una relació sentimental, violències físiques o psicològiques...

També tenen un paper important els comentaris dels coetanis o familiars en relació al aspecte físic.

En la manifestació dels TCA molt sovint trobem en els seus inicis la submissió a una dieta molt restrictiva.

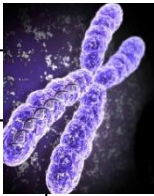






Influències biològiques

Vulnerabilitat hereditària (resposta neurobiològica inestable o excessiva amb la tensió associada a menjar de forma impulsiva.



Influències psicològiques

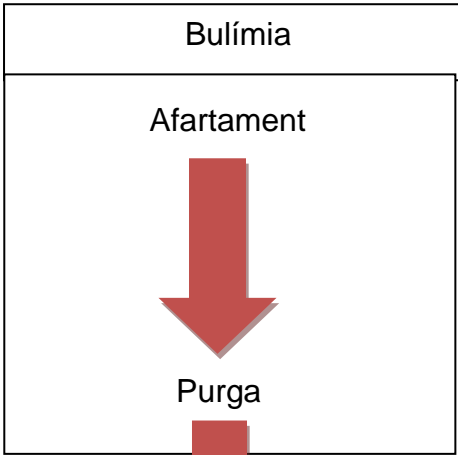
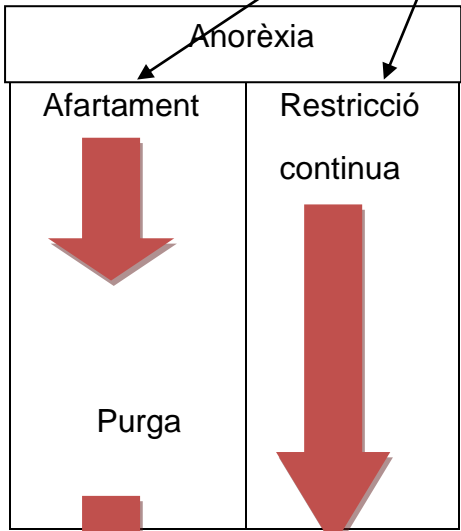
- Ansietat concentrada en l'aparença i la presentació als demés.
- Imatge corporal distorsionada



Influències socials

- Pressions culturals per estar prim.
- Interaccions i pressions familiars.

Restricció alimentària



MENOR ANSIETAT

MENOR ANISETAT

**PÈRDUA EXCESSIVA DE PES**

**RETENCIÓ DEL PES**

### **4.3.3. Factors perpetuants**

Aquests factors actuen de manera que la malaltia es mantingui en el temps. Dins d'aquests són importants els avantatges secundaris com: sentir-se el centre d'atenció, sentir-se més cuidat o estimat, poder evitar les responsabilitats de la vida. Un altre factor perpetuant és la modalitat d'alimentar-se compulsivament, amb purgues i dejunis que crea una mena de cercle viciós. També les seqüeles fisiològiques i psicològiques contribueixen a fer que la malaltia es perpetui.

## **5. Síntomes dels TCA: Principals actituds d'alarma**

### **5.1. Detecció dels TCA**

És habitual que aquest tipus de trastorn es desenvolupi després d'haver rebut algun tipus de crítica directa o indirecta respecte al físic, amb la qual cosa, a partir d'aquí, comencen a restringir, tant en la quantitat com en la qualitat de l'aliment. D'altres simplement ho fan per el fet de no sentir-se bé ells mateixos amb el seu propi cos, o bé també sol començar a partir d'altres trastorns freqüents, els quals es manifesten a través d'un trastorn de l'alimentació. Comencen ficant-se plenament en el món de la dietètica, convertint-se en grans experts de l'aliment i complint les rígides insígnies que s'han proposat seguir com a meta.

En el seu desig d'aprimar-se, es marquen un marge de seguretat; és a dir, estableixen el pes que han de tenir, però el que fan és aprimar-se més per prevenir qualsevol augment que no entres dintre dels seus càlculs. Un cop aconseguen aquesta pèrdua de pes, segueixen reduint la quantitat de calories que ingereixen cada dia (de 600 a 800). Comencen a aparèixer rituals alimentaris peculiars: tallar i arreglar minuciosament el menjar als plats, amagar el menjar...i tot i que tinguin gana, és tal la por que senten per deixar-se portar, que senten la necessitat de mitigar els seus efectes: bevent molta aigua, utilitzant amfetamines, prenent laxants o induint el vòmit després de menjar. Aquests comportaments dirigits a la pèrdua de pes, no només es limiten amb la ingesta d'aliment, sinó que van molt més enllà, completant-se amb una exagerada activitat física.

Totes aquestes alteracions que provoca aquesta distorsió de la imatge corporal, portarà moltes conseqüències físiques. En molts adolescents, es retarda el seu desenvolupament sexual i els més adults, no només disminueix el seu interès pel sexe, sinó que es converteix en un tema conflictiu. En les dones apareixerà la amenorrea (absència del període) i en els homes, apareixerà la pèrdua d'interès i potencia sexual.

Els símptomes anorèxics i bulímics són la manifestació d'un dolor de la persona que, per poder exprimir-lo, utilitza el llenguatge del menjar i del cos. Per algunes persones aquesta preocupació pel menjar es converteix en una manera de tenir la sensació de control sobre algun aspecte de la pròpia vida, ja que acostumen a ser persones molt insegures i que consideren tenir poc control sobre elles mateixes. Encara que a vegades comença amb el fet de menjar una mica menys de l'habitual, aquest comportament amb l'alimentació es pot convertir ben aviat en un cercle viciós que s'escapa de la possibilitat de control.

Dintre de tots els símptomes que explicaré a continuació, els dos més reconeguts com a actituds d'alarma en els TCA són:

- Concentrar l'atenció de manera excessiva sobre el menjar, les calories i el pes, intentat reduir la ingesta calòrica.
- Dedicar-se a activitat física no per plaer sinó amb la finalitat de perdre pes.

Dintre la Bulímia nerviosa trobem:

- Menjar molt i sovint fora dels horaris dels àpats.
- Menjar de pressa i voraçment.
- Aixecar-se a la nit per menjar.
- Trobar a faltar aliments en el seu lloc habitual i trobar-los en llocs insòlits.
- Sentir-se culpable i tenir moments de depressió després d'haver menjat.
- Sovint després d'haver menjat, tancar-se al lavabo per induir-se el vòmit.
- Fer ús injustificat de laxants i diürètics.
- Una sensació general de cansament.
- Portar vestits molt amples per amagar el cos.
- Ús de xiclets per tal d'amagar l'olor del vòmit.
- Sensació de panxa inflada i nàusees.

- Ferides a les mans i marques a les ungles degudes a la freqüència d'inducció del vòmit, així com caries o infecció de les genives.
- Trencament de vasos sanguinis dels ulls degut al vòmit.

Dins l'Anorèxia nerviosa trobem:

En una fase inicial de la malaltia, les actituds que caracteritzen aquest trastorn són difícils de reconèixer perquè es desenvolupa de manera gradual. Molt sovint, al començament trobem simplement el desig de començar una dieta, però quan el trastorn comença a adquirir importància la preocupació pel pes comença a ser més intensa. D'aquesta manera es crea un cercle viciós: quan més pes es perd, més grans és la preocupació i la obsessió pel pes.

Les actituds d'alarma o símptomes físics són:

- Pèrdua de pes important.
- Utilització de vestits i roba ampla per amagar la pèrdua de pes.
- Manifestació d'una preocupació excessiva pel menjar, la dieta i contar les calories.
- Rebuig de menjar certs aliments, com carbohidrats i greixos.
- La persona evita els àpats en companyia.
- Prepara àpats molt elaborats i sofisticats per altra gent però no els menja.
- Es queixa de problemes de restrenyiment o mal d'estómac.
- Nega que aquesta primesa extrema sigui un problema.
- Insisteix a preparar-se el menjar per a ella mateixa.
- Talla el menjar en trossets petitíssims, menja molt lentament i no s'ho acaba mai tot.
- Es queixa contínuament del fet de ser grassa, i es posa nerviosa quan els altres ho neguen. Veuen grasses algunes parts del cos, sobretot cames i malucs.
- Es pesa contínuament.
- Amenorrea superior a tres mesos.
- Tenen intolerància al fred, estan sempre molt tapades.
- Tenen pell fràgil, seca i grogosa.
- Tenen canvis d'humor imprevistos.

- Tot aquests símptomes poden arribar a tenir conseqüències fatídiques per l'organisme.

## **6. Mètodes de prevenció**

La prevenció dels TCA es desenvolupa en tres nivells:

- La prevenció primària, està destinada a la detecció precoç.
- La prevenció secundària, a l'acció sobre la població a risc.
- La prevenció terciària està enfocada a la modificació dels factors predisponents en la població general.

Els factors més importants sobre els que cal incidir són:

- La correcta adquisició d'hàbits d'ingesta adequats, aportant una informació d'hàbits sans d'alimentació.
- Acceptació personal adequada amb una autoestima correcta.
- Ajudar a establir una escala de valors en que els factors personals i relacionals dominin enfront a aspectes d'imatges, valoració externa i materials.
- Adquirir una correcta expressió de les emocions.

Hi ha diferents activitats de prevenció, dintre les quals trobem:

- Una educació per a una dieta adequada i activitat esportiva satisfactòria que es pot realitzar mitjançant taller pràctic amb joves i sessions psicoeducatives amb pares i docents.
- Potenciar l'acceptació personal aprenent a valorar les pròpies qualitats i l'acceptació dels defectes. Això facilita un bon desenvolupament de l'afectivitat i per tant es converteix en un element essencial de la prevenció secundària i primària. D'aquest aspecte se n'hauria d'ocupar la família, l'escola i la societat de forma general.
- Treballar per la comprensió i comunicació de les emocions i la capacitat de diàleg. Això es fa de manera específica segons la persona a la qual va dirigida:
  - Docents: Es fan sessions d'informació sobre els TCA i principalment dels factors predisponents i causals de la malaltia.

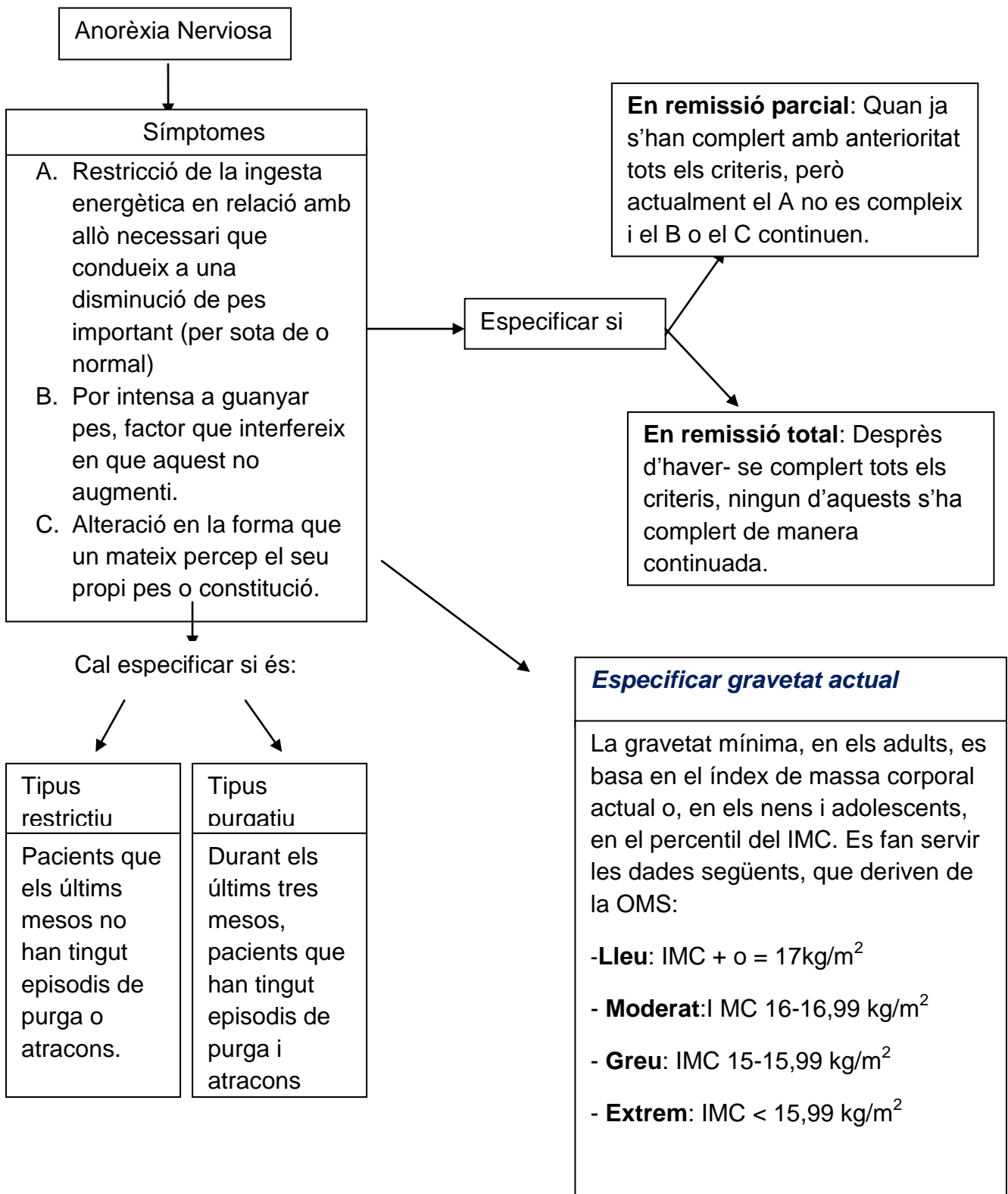
- Pares: Sessions informatives sobre els TCA aportant instruments per a comunicació i resolució de conflictes. Caldria fer entrevistes personals per descartar la patologia en situacions de sospita.
- Joves: Sessions informatives amb tallers i dinàmiques concretes en referència als factors predisponents.

## **7. Pronòstic i tractaments dels TCA**

### **7.1. Com parlar amb afectats**

Per tal de portar una persona cap al tractament, el primer que cal és mostrar empatia i comprensió pel fet que pateix una malaltia. Les persones de l'entorn cal que entenguin que no es parla d'un caprici o d'una mancança de voluntat, sinó d'una patologia. La persona afectada amb un trastorn de l'alimentació és una persona malalta, per tant, no és lliure. És important no jutjar-la i no fer pressions per a que canvi els seus hàbits amb l'alimentació, ja que això no només és inútil sinó que contribueix a que vagi a pitjor.

## Críteris de diagnòstic del DSM V



## Bulímia Nerviosa



### Síntomes

- A. Ingesta en un període determinat d'una quantitat d'aliment superior a la que la majoria de persones ingeriria en un període similar. Sensació de falta de control sobre el que s'ingereix durant l'episodi.
- B. Comportaments compensatoris inapropiats recurrents per evitar al augment de pes, com el vòmit auto provocat, l'ús incorrecte de laxants, diürètics o altres medicaments, el dejuni o exercici excessiu.
- C. Els atracons i els comportaments compensatoris inapropiats es produeixen, de promig, almenys una vegada a la setmana durant tres mesos.
- D. La autoavaluació es veu indegudament influïda per la constitució i pes corporal.
- E. La alteració no es produeix exclusivament durant els episodis d'anorèxia nerviosa.

### Especificar si

**En remissió parcial:**  
Després d'haver-se complert amb anterioritat tots els criteris per la bulímia nerviosa, alguns però no tots els criteris, no s'han complert durant un període continuat.

**En remissió total:** Després d'haver-se complert amb anterioritat tots els criteris per a la bulímia nerviosa, no s'ha complert cap dels criteris durant un període continuat.

### *Especificar gravetat actual*

La gravetat mínima, es basa en la freqüència de comportament compensatori inapropiats. La gravetat pot augmentar per reflectir altres símptomes i el grau de discapacitat funcional.

- **Lleu:** Un promig de 1-3 episodis de comportament compensatori inapropiats a la setmana.

- **Moderat:** Un promig de 4-7 episodis de comportament compensatori inapropiats a la setmana.

- **Greu:** Un promig de 8-13 episodis de comportament compensatori inapropiats a la setmana.

- **Extrem:** Un promig de 14 episodis de comportament compensatori inapropiats a la setmana.



## **7.2. Nivells dels tractaments dels TCA:**

### **1r Nivell: Atenció primària de salut/ Atenció especialitzada**

És el primer nivell de cura on la pacient s'adreça al metge de capçalera o a un especialista de trastorns de l'alimentació. En aquest darrer cas, la pacient efectua visites en un ambulatori on hauria de ser seguida de part d'un equip multidisciplinari compost per psicòlegs, psiquiatres, dietista i dietòlog.

### **2n Nivell: Centre de salut mental/ Hospitalització parcial**

Depenent de la gravetat de l'estat de desenvolupament de la malaltia és aconsellable accedir a un segon nivell on la pacient entra a l'hospital de dia efectuant visites amb els especialistes seguint una teràpia i realitzant els àpats amb assistència.

### **3r Nivell: Hospitalització total**

És recomanable quan les condicions orgàniques i psicològiques tenen una gravetat alta que fa imprescindible que la pacient sigui ingressada.



Pel que fa al tractament dels trastorns de l'alimentació en qualsevol dels tres nivells d'assistència és imprescindible que sigui efectuat a través d'un equip d'especialistes que s'ocupin de la teràpia nutricional, de la psicoteràpia i de la teràpia farmacològica.

#### **\* Psicoteràpia**

Des del punt de vista psicològic els tipus de psicoteràpia més practicats són:

- La psicoteràpia congitivo-conductual

Va ser descrita per primera vegada per part de Fairburn i ha tingut molt èxit tant en el primer nivell d'assistència com en el nivell d'hospital de dia. És un tipus de teràpia que es centra d'una banda sobre les conductes conflictives amb l'alimentació i d'altre banda sobre les cognicions i les emocions que es troben a la base d'aquestes conductes.

- La psicoteràpia interpersonal  
Es focalitza exclusivament sobre els mecanismes de relació interpersonal sense donar atenció als aspectes de l'alimentació perquè aquests són vistos com un mitjà per comprendre els problemes relacionals que es consideren a la base del trastorn de l'alimentació.
- Psicoteràpia familiar  
Es focalitza sobre les dinàmiques que tenen lloc a l'interior de la família com un factor fonamental implicat en el desenvolupament i manteniment del trastorn de l'alimentació.
- Teràpia psicodinàmica es basa sobre el pressupost que els trastorns de l'alimentació són causats per un conflicte del inconscient i per tant, evidenciar aquest conflicte és la base per la cura del TCA.
- Teràpia farmacològica
  - \* Primera teràpia farmacològica: es focalitza a curar els trastorns que molt sovint es troben associats als TCA. Els més freqüents són la depressió, trastorns d'ansietat i trastorns de personalitat.
  - \* Segona teràpia farmacològica: es focalitza en el símptomes psicopatològics dels trastorns de l'alimentació per corregir-los i eliminar-los.



### 7.3. Mètodes més freqüents en hospitals i consultes

#### - Anorèxia Nerviosa

L'objectiu inicial més important és restablir el pes del pacient fins al punt que quedi almenys dins del rang baix normal. Si el pes és inferior a 70% del promig, o si s'ha perdut pes amb molta rapidesa, és recomanable un tractament d'hospitalització, ja que poden presentar-se complicacions mèdiques greus.

Probablement, el restabliment del pes és la part més fàcil del tractament. Normalment un 85% aconseguixen l'augment de pes.

Les estratègies que es porten a terme per tal d'aconseguir aquest important augment de pes són:

### **Estratègies per aconseguir un augment de pes**

- . El restabliment del pes es fa alhora que altres tractaments, com la teràpia individual i familiar, de tal manera que el pacient no tingui la sensació que menjar i pujar de pes, siguin l'únic objectiu.
- . El pacient confia en l'equip de tractament, i creu que no li permetran excedir-se de pes.
- . Es frena el temor del pacient que te envers a perdre el control; Això es fa mitjançant la tàctica de fer-li prendre petites porcions d'aliment de quatre a cinc vegades al dia, per produir un augment gradual però constant del pes.
- . Un membre del personal d'assistència ha d'estar present a les hores de menjar per animar al pacient a menjar i analitzar amb ell els seus temors i ansietat per menjar i pujar de pes.
- . Es vigila amb regularitat l'augment gradual de pes, més que la quantitat d'aliment ingerida, i es dona a conèixer el resultat al pacient, el qual ha de pesar-se a intervals regulars i saber si ha augmentat o disminuït de pes.
- . Existeixen reforços positius i negatius, com un nivell graduat d'activitat i repòs al llit de manera que el pacient aprengui que pot controlar el seu comportament i les conseqüències d'aquest.
- . Es confronta i controla la conducta contraproduent del pacient, com el vòmit o el laxant.
- . No es recrea al hospital el conflicte disfuncional entre el pacient la família sobre l'acte de menjar i de l'aliment.

Després de tota aquesta fase de pèrdua de pes, és quan comença allò més complicat del tractament. S'ha de ser constant i demostrar atenció a les actituds del pacient envers a la forma corporal. Per als pacients amb

anorèxia l'objectiu del tractament ha de centrar-se en la seva ansietat accentuada per tornar-se obesos i perdre el control de l'aliment, així com l'obsessió de la primesa com determinant del valor personal, la felicitat i l'èxit.

A més, en l'anorèxia nerviosa, per tal d'aconseguir els objectius, s'ha de fer un esforç per incloure a la família. Cal, en primer lloc, eliminar la comunicació negativa respecte als aliments i l'acte de menjar, i cal fer els àpats més estructurats i reforçadors.

En segon lloc, les actituds cap a la silueta i la imatge distorsionada s'analitza en sessions familiars. Tot i fer us d'aquests mètodes, és comú que els pacients amb aquest tipus de trastorns tinguin una preocupació de per vida sobre el pes i la silueta i lluitin per mantenir un pes i l'adaptació social i es vegin sotmesos a hospitalitzacions repetides. Els resultats per a l'anorèxia són més desalentadors que per las bulímies, amb una taxa més baixa de recuperació durant un període de 7 anys i mig.

#### - **Bulímia Nerviosa**

En el mètode cognitivo-conductual, la primera etapa és ensenyar al pacient les conseqüències físiques de l'afartament i la purga, a més de la ineficàcia del vòmit i l'abús de laxants per a controlar el pes. També es descriuen els efectes adversos de la dieta i es programa als pacients per a que mengin porcions d'aliment petites, manejables, cinc o sis vegades al dia, amb intervals de no més de tres hores, i així eliminar els períodes alterns de menjar excessiu i restricció dietètica.

En etapes posteriors del tractament, la teràpia cognitiva es concentra en modificar els pensaments i les actituds disfuncionals sobre la forma corporal, el pes i l'alimentació. Es creen també estratègies d'afrontament per resistir els impulsos dels àpats voraços i les purgues, el que inclou disposar d'activitats per a que l'individu no quedi sol després de menjar durant les primeres etapes del tractament. Els tractament congitivo-conductual ha tingut una bona incidència en la bulímia, doncs mostren una reducció promitja de purga d'un 79%; i un 57% dels pacients suprimeix per complet l'àpat voraç i les putgues. A més aquests resultats sembla ser que són duradors.

Fairburn, Jones, Peveler, Hope i O'Connor, van avaluar tres tractaments diferents.

En primer lloc, la teràpia cognitivo–conductual (TCC) es centrava en modificar els hàbits alimentaris i les actituds sobre el pes i la silueta.

En segon lloc, la teràpia conductual (TC), s'enfocava només en canviar els hàbits alimentaris.

En tercer lloc, la psicoteràpia interpersonal (PTI) , es centrava en millorar el funcionament interpersonal.

Per a aquells pacients que rebien la TCC, tant els àpats voraçs com les purgues, van disminuir en més del 90% al any de seguiment. A més, un 36% de pacients havien suprimit en la seva totalitat aquestes perturbacions; els altres, tenien episodis ocasionals. També van millorar les actituds envers al pes i la silueta. Aquests resultats van ser molt més satisfactoris que amb la TC. Respecte la PTI, es va descobrir que també tenia un efecte molt satisfactori en els pacients, com la TCC, és a dir que l'havia igualat en quan a resultats. Això és important, ja que la PTI no es centra directament en patrons alimentaris desordenats, ni en actituds disfuncionals sobre el fet de menjar, sinó que més bé es centrava en millorar el funcionament interpersonal. És a dir es va descobrir i comprovar aquesta important relació entre relacions interpersonal y autovaloració i concepció d'un mateix, ja que afavorint la relació interpersonal, s'afavorien les actituds cap als aliments. Tots dos tractaments van ser més eficaços que la TC. Després d'unes quantes proves i investigacions, es va descobrir que la TCC era més eficaç en resultats de curt termini, però que a la llarga, després d'uns anys, els resultats de la PTI tendien a atrapar a aquests.

Així els investigadors conclouen que la TCC és el tractament de preferència per a la Bulímia Nerviosa, ja que és més ràpid.

Encara queda molt que investigar respecte als tractaments, ja que tot i que a alguna gent els beneficia molt, hi ha gent en els quals no té cap efecte.

Actualment, hi ha proves de que la combinació de tractaments farmacològics i psicosocials podria incrementar el resultat general, almenys a curt termini. Però encara esta tot per investigar.



## 8. Enquesta

Edat :

Sexe:

### Enquesta Trastorns Alimentaris

1. **Has sentit a parlar dels Trastorns de la conducta alimentària?**
  - a) Mai
  - b) Alguna vegada
  - c) Moltes vegades
  
2. **En cas afirmatiu, n'has patit o pateixes, o coneixes gent del teu entorn que n'hagi patit o en pateixi actualment algun?**
  - a) Si
  - b) No
  
3. **Algun cop has tingut alguna preocupació envers al teu cos?**
  - a) No tinc por a pujar pes
  - b) Tinc una mica de por a pujar pes
  - c) Tinc molta por de pujar pes
  - d) M'aterra el fet de pujar pes
  
4. **Quan va ser l'última vegada que vas estar a dieta?**
  - a) Mai he estat a dieta
  - b) Fa anys vaig estar a dieta
  - c) Aquest darrer any he estat a dieta
  - d) Actualment estic a dieta
  
5. **En cas que estiguis o hakis estat a dieta, qui te l'ha pautat?**
  - a) Jo mateix/a
  - b) Un familiar
  - c) Un dietista professional
  - d) Amics
  - e) No estic a dieta
  
6. **Com n'és d'important el pes en una persona per a ser acceptada?**
  - a) El pes no és important
  - b) El pes és important, cal que estigui controlat
  - c) El pes és el més important en una persona
  
7. **Fas esport freqüentment?**

- a) Mai
- b) Una vegada a la setmana
- c) Dues vegades a la setmana
- d) Tres vegades a la setmana
- e) Quatre vegades a la setmana
- f) Més de quatre vegades a la setmana
- g) Cada dia

**8. Fas esport per a divertir-te o per reduir pes?**

- a) Per afició i divertir-me
- b) Per baixar pes
- c) No faig esport

**9. Tant si has estat o estàs a dieta com si no, tens en compte el consum calòric dels aliments que menges?**

- a) Normalment si
- b) Algunes vegades
- c) Mai

**10. Alguna vegada t'has sentit gras/grassa?**

- a) Mai
- b) Poques vegades
- c) Moltes vegades
- d) Sempre

**11. Compares la teva silueta amb la d'altres nois i noies de la teva edat?**

- a) Mai em comparo
- b) Em comparo a vegades
- c) Em comparo sovint
- d) Em comparo constantment

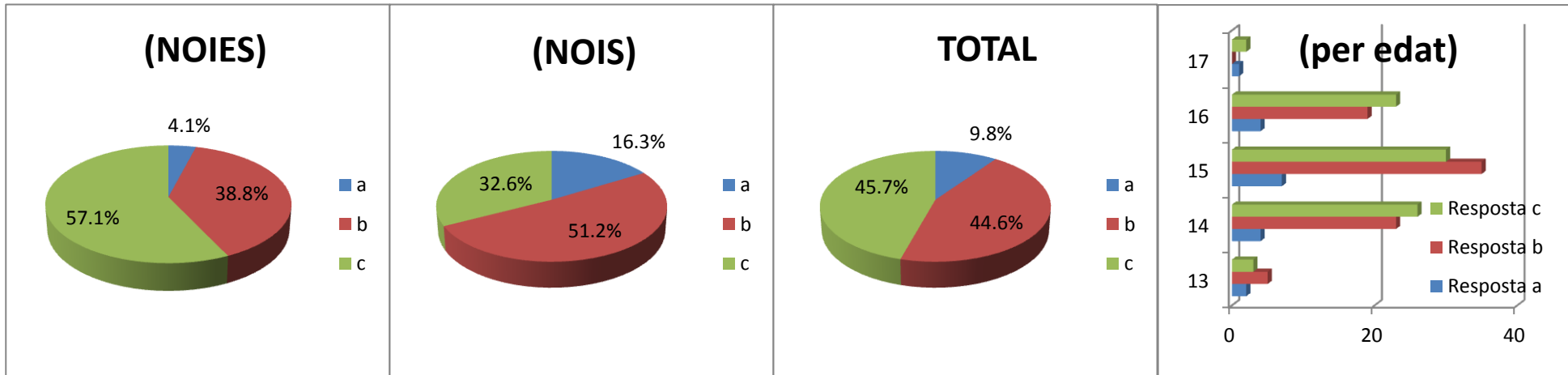
**12. Alguna vegada t'han fet un mal comentari sobre el teu físic?**

- a) Mai he rebut comentaris
- b) Alguna vegada he rebut comentaris
- c) Moltes vegades he rebut comentaris
- d) Constantment rebo comentaris

**13. De l'1 al 10, puntua en quin nivell de felicitat estàs amb el teu cos? ( 1 és molt infeliç i 10 és molt feliç).**

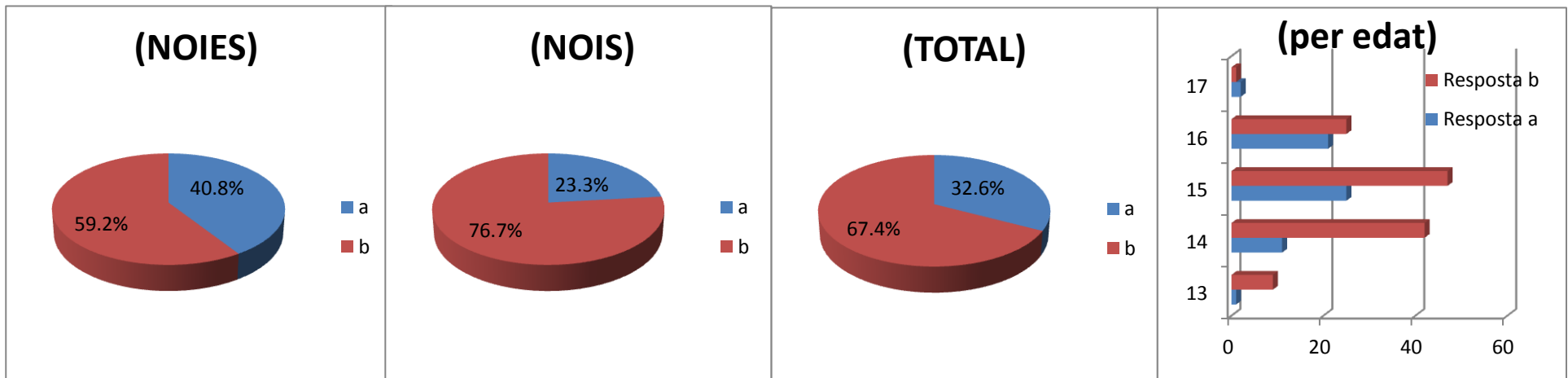
**1. Has sentit a parlar dels Trastorns de la conducta alimentària?**

a) Mai b) Alguna vegada c) Moltes vegades



**2. En cas afirmatiu, n'has patit o pateixes, o coneixes gent del teu entorn que n'hagi patit o en pateixi actualment?**

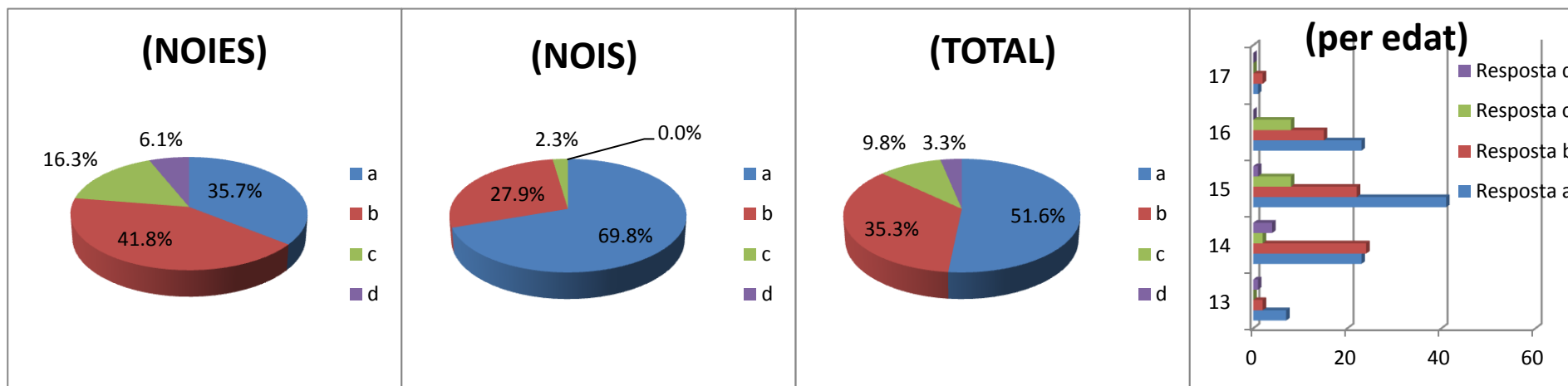
a) Si b) No





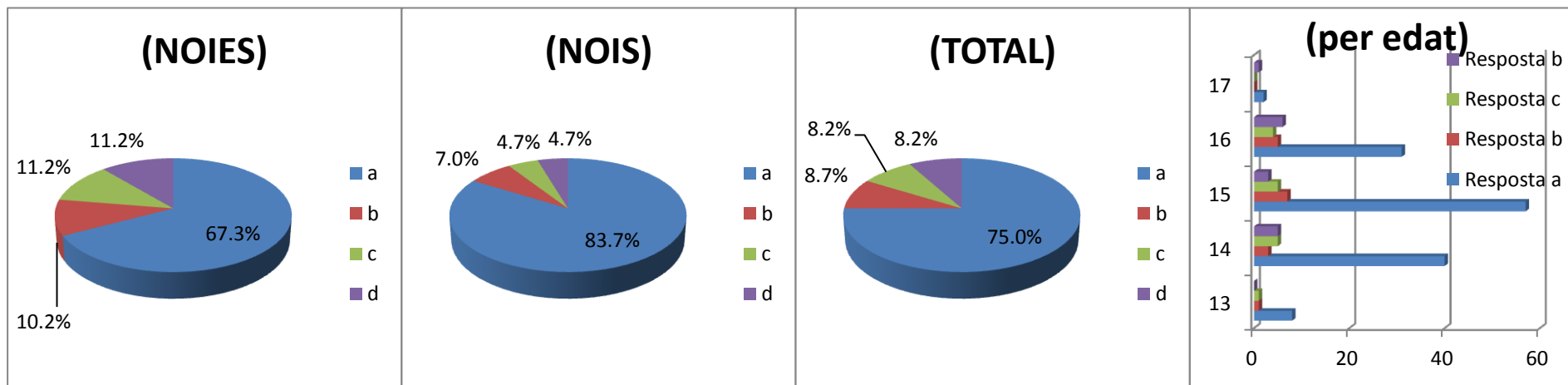
### 3. Algun cop has tingut alguna preocupació envers al teu cos?

a) No tinc por a pujar pes b) Tinc una mica de por a pujar pes c) Tinc molta por de pujar pes d) M'aterra el fet de pujar pes



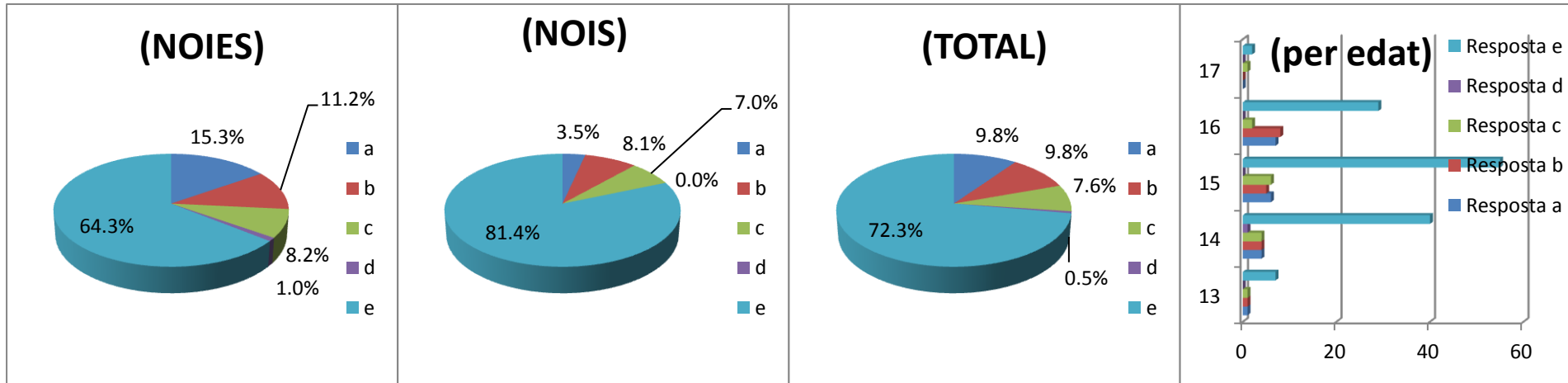
### 4. Quan va ser l'última vegada que vas estar a dieta?

a) Mai he estat a dieta b) Fa anys vaig estar a dieta c) Aquest darrer any he estat a dieta d) Actualment estic a dieta



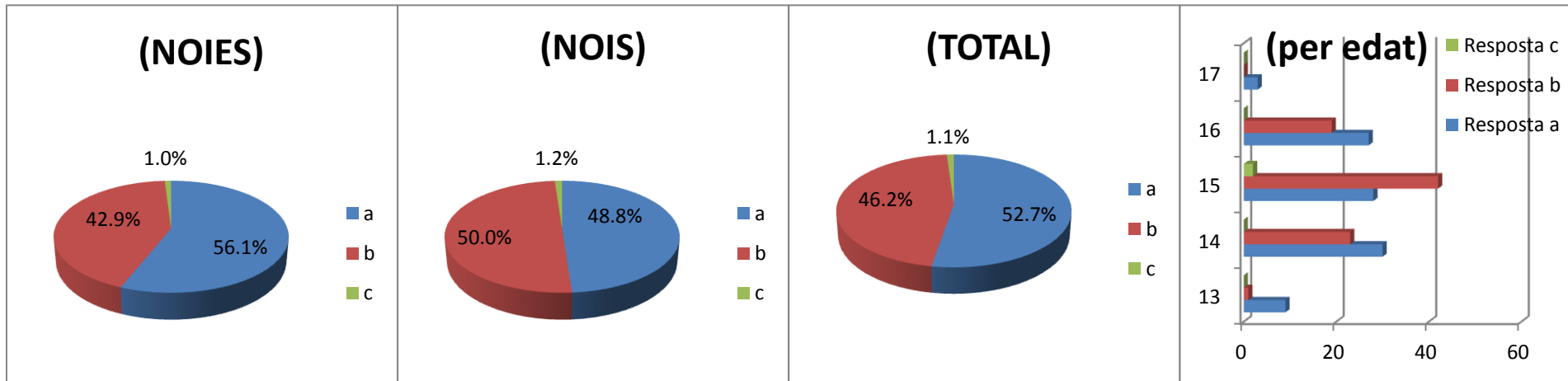
### 5. En cas que estigui o hagi estat a dieta, qui te l'ha pautat?

a) Jo mateix/a b) Un familiar c) Un dietista professional d) Amics e) No estic a dieta



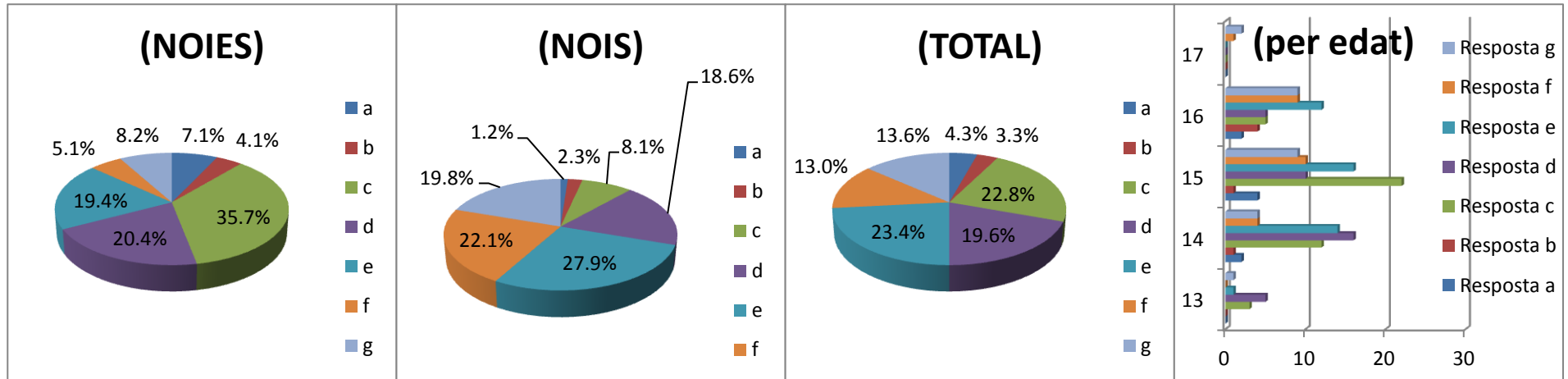
### 6. Com n'és d'important el pes en una persona per a ser acceptada?

a) El pes no és important b) El pes és important, cal que estigui controlat c) El pes és el més important en una persona



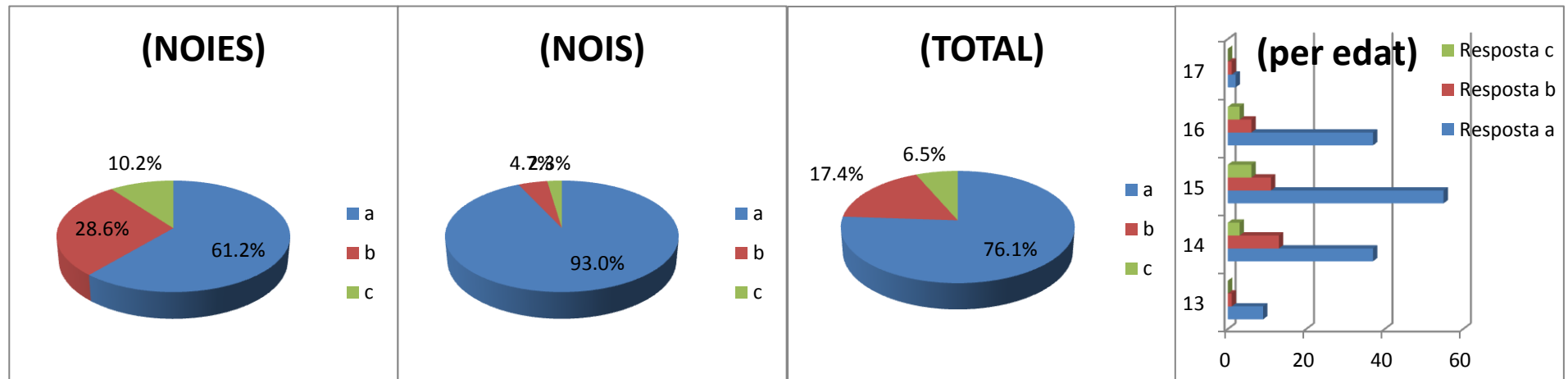
## 7. Fas esport freqüentment?

a) Mai b) Una vegada per setmana c) Dues vegades per setmana d) Tres vegades per setmana e) Quatre vegades per setmana f) Més de quatre vegades per setmana g) Cada dia



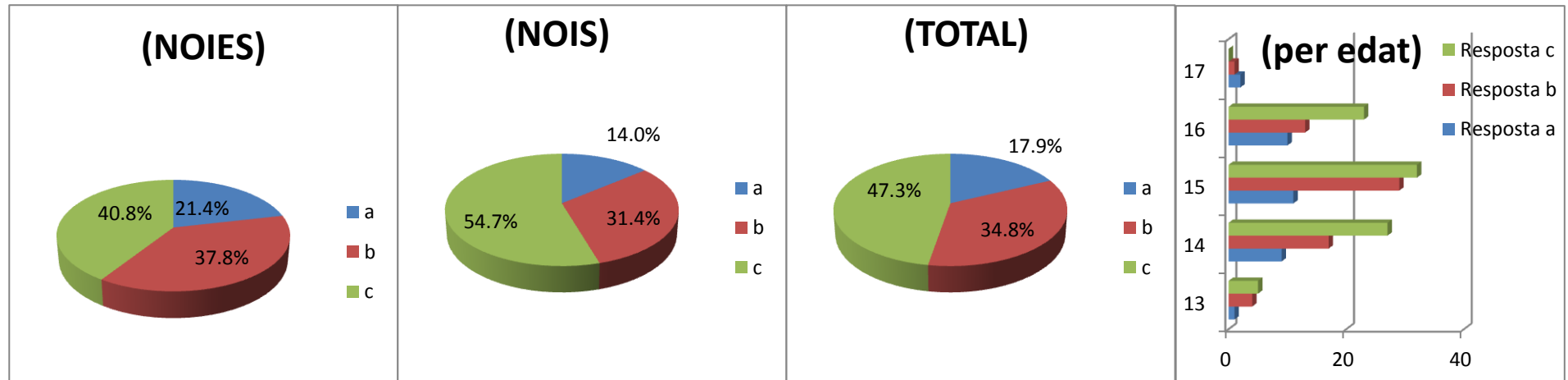
## 8. fas esport per a divertir-te o per a reduir pes?

a) Per afició i divertir-me b) Per baixar pes c) No faig esport



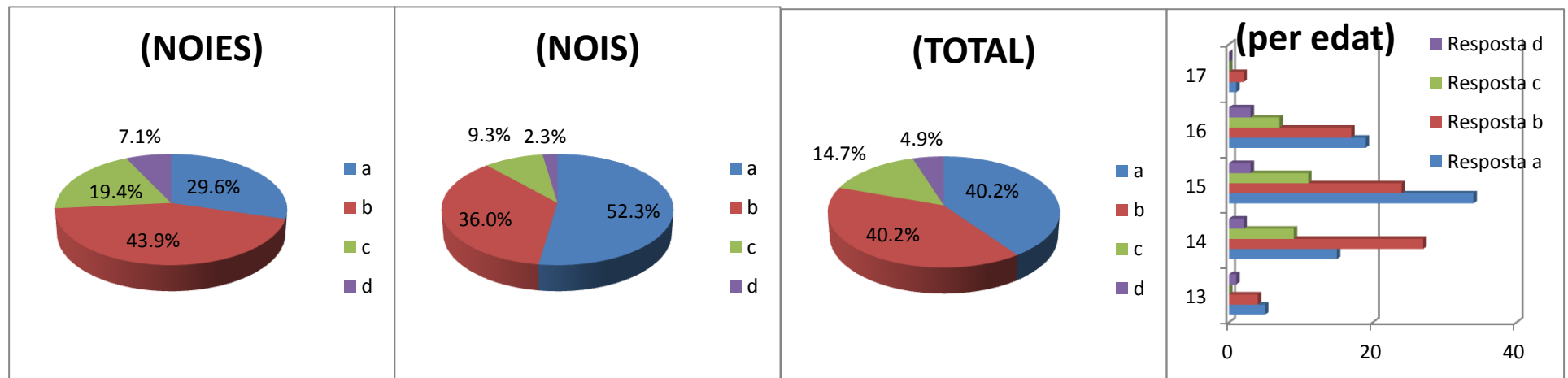
**9. Tant si has estat o estàs a dieta com si no, tens en compte el consum calòric dels aliments que menges?**

a) Normalment si b) Algunes vegades c) Mai



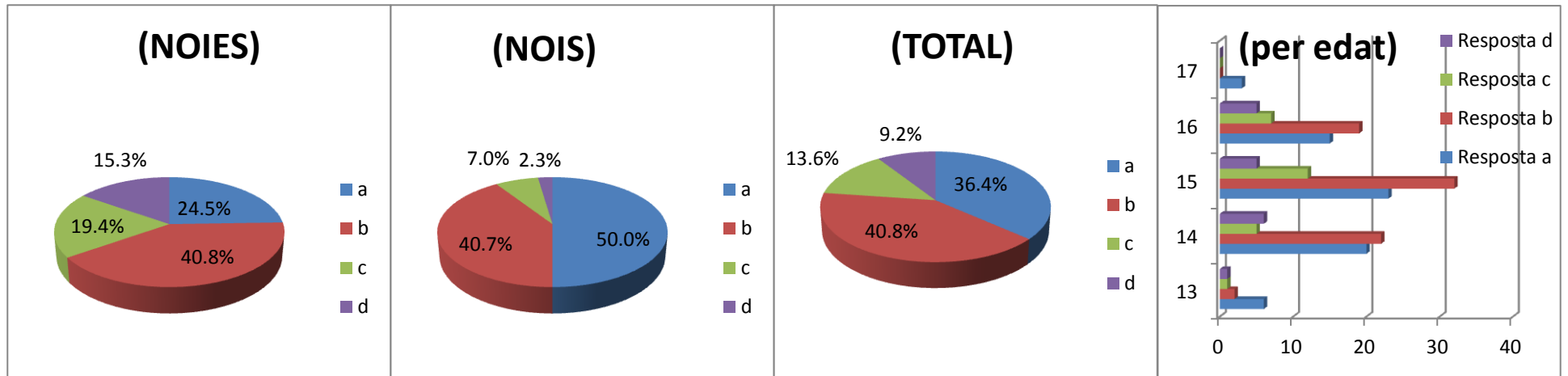
**10. Alguna vegada t'has sentit gras/grassa?**

a) Mai b) Poques vegades c) Moltes vegades d) Sempre

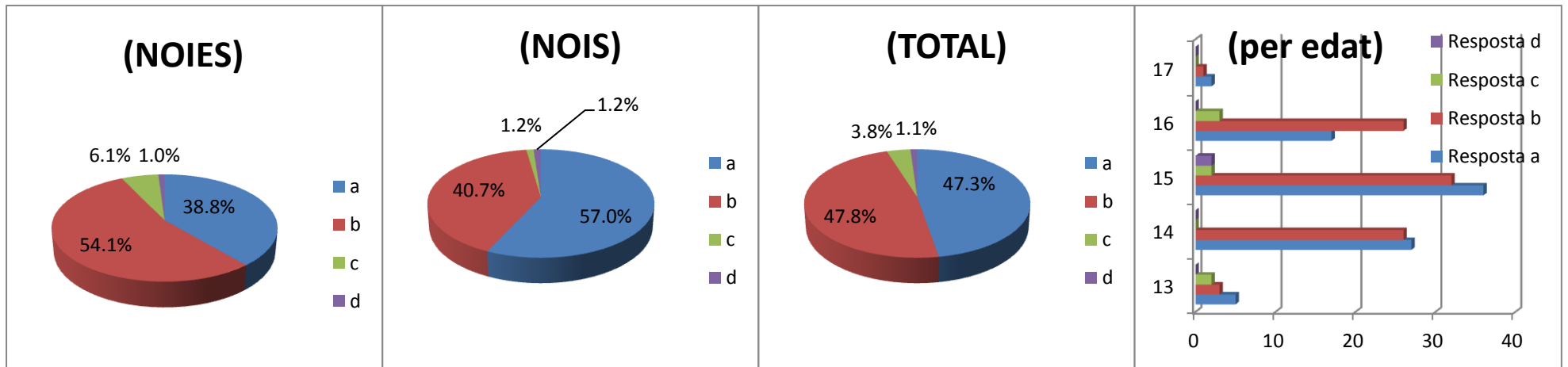


**11. Compares la teva silueta amb la d'altres nois i noies de la teva edat?**

a) Mai em comparo b) Em comparo a vegades c) Em comparo sovint d) Em comparo constantment

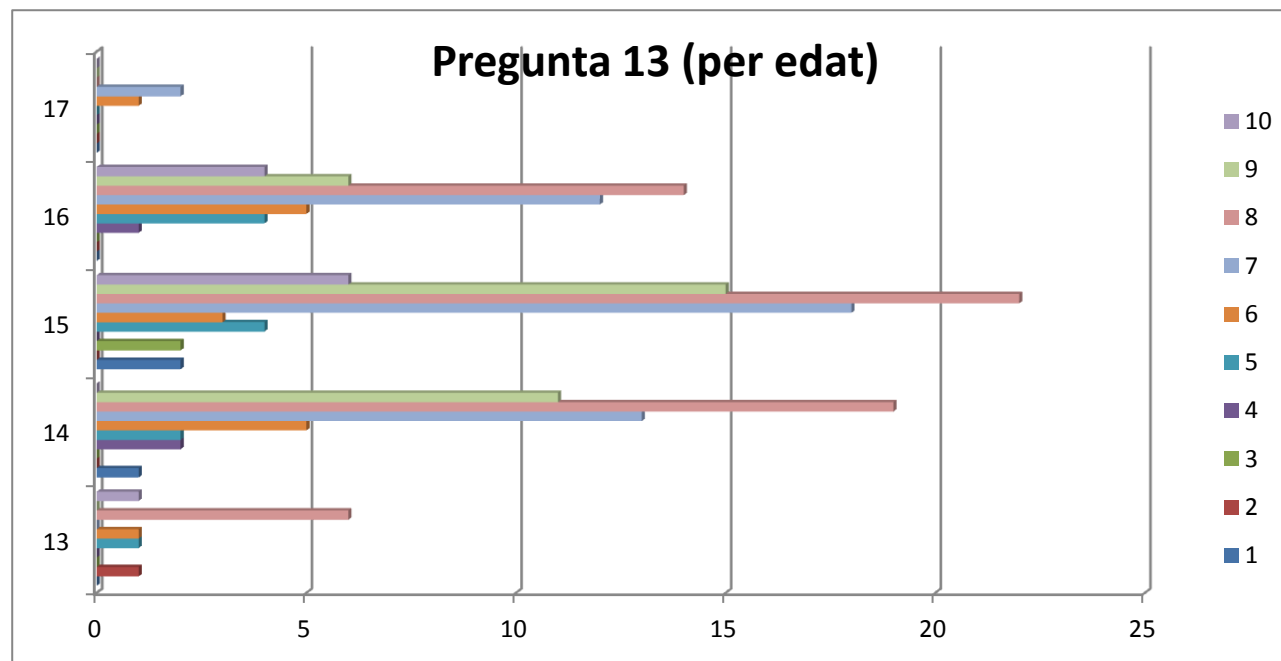
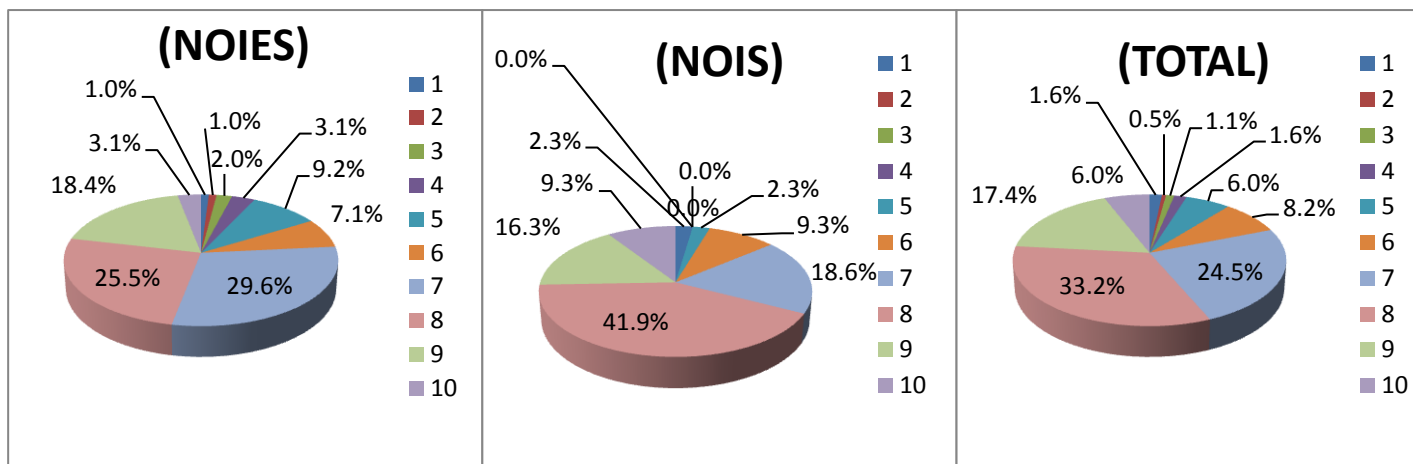


**12. Alguna vegada t'han fet un mal comentari sobre el teu físic?**



a) Mai he rebut comentaris b) Alguna vegada he rebut comentaris c) Moltes vegades he rebut comentaris d) Constantment rebo comentaris

13. De l'1 al 10, puntua en quin nivell de felicitat estàs amb el teu cos? ( 1 és molt infeliç i 10 és molt feliç).



Respecte a aquesta enquesta efectuada al meu centre en els cursos de tercer, quart d'ESO i primer de Batxillerat, he obtingut els resultats següents:

### **1. Has sentit a parlar dels Trastorns de la conducta alimentària?**

En aquesta pregunta, obtenim que el 57'1% de noies, han respost c) Moltes vegades, el 38'8% ha respòs b) Alguna vegada i el 4'1% ha respòs a) Mai. En els nois, en canvi, obtenim que el 51'2% han respòs b) Alguna vegada, el 32'6% han respòs a) Moltes vegades, i el 16'3% han respòs a) Mai. És a dir que per lo general les noies tenen més consciència sobre els TCA i n'han sentit més vegades a parlar. En el gràfic de l'edat veiem que generalment als 15 anys i 13, responen més la b) Alguna vegada, i els de 16,14 i 17 responen més la c) Moltes vegades.

### **2. En cas afirmatiu, n'has patit o pateixes, o coneixes gent del teu entorn que n'hagi patit o en pateixi actualment?**

Obtenim que el 59'2% de noies responen b) No i el 40'8% responen a) Si. En els nois, el 76'7% responen b) No i el 23'3 % responen a) Si. Generalment les noies en pateixen o coneixen algú que en pateixi en més ocasions que no pas els homes, però per regla general és més freqüent que ni nois ni noies n'hagi patit ni conegui ningú. En el gràfic de les edats obtenim que en totes les edats (13-17) Responen més la b)No.

### **3. Algun cop has tingut alguna preocupació envers al teu cos?**

Obtenim que un 41'8% de noies responen la b) Tinc una mica de por a pujar pes. El 35'7% responen a) No tinc por a pujar pes, el 16'3 % responen c) Tinc molta por a pujar pes i el 6'1% responen d) M'aterra el fet de pujar pes. En els nois el 69'8% responen a) No tinc pur a pujar pes, el 27'9% responen b) Tinc una mica de por de pujar pes, el 2'3% responen c) Tinc molta por a pujar pes, i el 0% responen d) M'aterra el fet de pujar pes. Diferències importants entre els nois i les noies sobre el pes, ja que generalment veiem que moltes més noies li donen importància al fet de pujar pes. Els nois, en canvi, la gran majoria no li donen importància, i a cap d'ells els aterra el fet de pujar pes, en canvi un 6'1% de noies ha confessat que els aterra pujar de pes.

En el gràfic de l'edat veiem una diferència entre els 15 i els 14 anys, ja que la gran majoria de 15 anys responen a) No tinc por a pujar pes, i en canvi als 14 anys, hi han més que responen b) Tinc una mica de por a pujar pes.

#### **4. Quan va ser l'última vegada que vas estar a dieta?**

Obtenim un 67'3% de noies que diuen a) Mai he estat a dieta, un 10'2% que han respòs b) fa anys vaig estar a dieta, i un 11'2% per a les dues respostes c) Aquest darrer any he estat a dieta i d) Actualment estic a dieta. En els nois, un 83'7 % diuen no haver estat mai a dieta, un 7% diu que fa anys va estar a dieta i un 4'7% en les respostes c) Aquest darrer any he estat a dieta i d) Actualment estic a dieta. Veiem, també, una diferència sobre el tema de fer dieta, ja que hi ha més nois que mai han fet dieta que no pas noies, i també són més elevats els percentatges d'haver estat o estar a dieta actualment en les noies, que no pas en els homes.

El gràfic de l'edat ens demostra uns resultats molt iguals, on la majoria en totes les edats responen a) Mai he estat a dieta.

#### **5. En cas que estigui o hagis estat a dieta, qui te l'ha pautat?**

Obtenim un 64'3% de noies que diuen e) No estic a dieta, un 15'3% que diuen a) Jo mateix/a, un 11'2% que diuen b) Un familiar, un 8'3% que diuen c) un dietista professional i un 1% que diu d) Amics. En els nois, 81'4% diuen e) Mai he estat a dieta, un 8'1% diu b) un familiar, un 7% diu c) Un dietista professional, un 3'5% diuen a) Jo mateix/a i un 0% diu d) Amics. La immensa majoria tan de nois com de noies no està a dieta, però d'aquells qui ho estan, es veu que per lo general el més freqüent a les noies és que se la pautin elles mateixes, i en canvi en els nois, que la pauti un dietista professional. També veiem que algunes noies si que es pauten les dietes les unes a les altres amb amigues, i això no és gens comú en els nois, ja que un 0% ha respòs que cap amic li pauti la dieta.

En totes les edats la resposta més comuna és l' e) No estic a dieta

#### **6. Com n'és d'important el pes en una persona per a ser acceptada?**

Obtenim que el 56'1% de noies han respòs a) El pes no és important, i el 42'9% han respòs b) El pes és important, cal que estigui controlat. Només un 1% ha respòs c) El pes és el més important. En els nois, el 50% han respòs b) El pes és important, cal que estigui controlat i un 48'8% han respòs a) El



pes no és important. El 1'2 % han respòs c) El pes és el més important en una persona. Observem resultats molt iguals en aquesta pregunta, tot i que una mica més de nois consideren que el pes és important i cal que estigui controlat en l'acceptació d'una persona, i en canvi en les noies, és més alt el percentatge de a) El pes no és important en l'acceptació. Però són diferències molt lleugeres.

En el gràfic de les edats, veiem que en totes les edats responen més a) El pes no és important, tret de als 15, on la majoria respon b) El pes és important, cal que estigui controlat.

### **7. Fas esport freqüentment?**

En aquesta pregunta veiem que generalment els nois fan més esport que les dones, ja que el percentatge més alt d'homes és la e) Quatre vegades a la setmana, i el de noies és la c) Dues vegades a la setmana. També un 7'1% de dones no fa esport mai, contrarestant amb el 1'2% d'homes que no fa esport mai. Les diferències no són excessives, però si que veiem aquesta diferència en la freqüència de fer esport entre els dos sexes. En el gràfic de l'edat, veiem que als 15 és freqüent fer-ne 3 dies a la setmana, als 16, fer-ne quatre i als 14 i 13 fer-ne tres. Als 17 és més freqüent no fer-ne.

### **8. Fas esport per divertir-te o per reduir pes?**

Obtenim que el 61'2% de dones diuen a) Per afició i divertir-me, el 28'6% diuen b) Per baixar pes i el 10'2% diuen c) No faig esport. En els homes, el 93'0% diuen a) Per afició i divertir-me, el 4'7% diuen b) Per a baixar pes, i només el 2'3% diuen c) No faig esport. Diferències importants entre la finalitat amb la qual noies i nois diuen que fan esport, doncs veiem un nombre molt més elevat de noies que ho fan per tal de baixar de pes que no pas els homes, on gairebé tots fan esport per afició i per divertir-se. En totes les edats veiem que la resposta predominant és la a) Per afició i divertir-me.

### **9. Tant si has estat o estàs a dieta com si no, tens en compte el consum calòric dels aliments que menges?**

Obtenim que el 40'8% de noies no tenen en compte el consum calòric, el 37'8% el tenen en compte algunes vegades i el 21'4% normalment si que se'l miren. En els homes el 54'7% no el tenen en compte, el 31'4% el tenen en compte algunes vegades i el 14% normalment si que el té en compte. També

veiem aquí que hi ha més noies que normalment si que se la miren que no nois, però les diferències no son tampoc massa grans. En totes les edats és més freqüent la resposta c) Mai, però als 17 observem que es té més en compte el consum de les calories.

#### **10. Alguna vegada t'has sentit gras/grassa?**

Obtenim que un 43'9% de noies s'ha sentit grassa b) Poques vegades, un 29'6% a) Mai, un 19'4% s'ha sentit grassa c) Moltes vegades, i un 7'1% sempre es sent grassa. En els nois, el 52'3% no s'ha sentit gras mai, el 36% s'ha sentit gras b) poques vegades, el 9'3% s'ha sentit gras c) Moltes vegades, i el 2'3% es sent gras sempre. Aquí també notem la diferència de sexe en la satisfacció corporal, la majoria de noies s'ha sentit grassa alguna vegada, en canvi en els homes la majoria no s'hi ha sentit mai. També és important la diferència de dones que s'han sentit grasses moltes vegades respecte als nois i també la diferència dels que s'hi senten sempre.

#### **11. Compares la teva silueta amb la d'altres nois i noies de la teva edat?**

Obtenim que el 40'8% de les noies es comparen a vegades, el 24'5% no es compara mai, el 19'4% es compara sovint i el 15'3% es compara constantment. En els nois, el 50% no es compara mai, el 40'7% es compara a vegades, el 7% es compara sovint i tan sols el 2'3% es compara constantment. Gran diferència entre el nombre de noies que es comparen constantment i el de nois. Les noies per lo general, solen comparar-se més amb els cossos d'altres noies. En els homes no és igual de comú que en les dones, però tot i així també un percentatge elevat d'homes es compara a vegades. La diferència més notable és entre el nombre d'homes que mai es compara, i el de dones que no es comparen mai, amb una diferència d'un 25'5%.

#### **12. Alguna vegada t'han fet un mal comentari sobre el teu físic?**

Un 54'1% de noies diuen b) algun cop he rebut comentaris, un 38'8% diu a) Mai he rebut comentaris, un 6'1% diu c) Moltes vegades he rebut comentaris, i un 1% diu d) Constantment rebo comentaris. En els homes, el 57% diu mai haver rebut comentaris, un 40'7% diu haver-los rebut alguna vegada, un 1'2% diu haver-los rebut moltes vegades, i un 1'2% diu rebre comentaris constantment. Gran diferència també entre les dones que han rebut

comentaris alguna vegada i els homes que no n'han rebut mai. Aquest resultat també pot ser degut a que les dones tinguin més memòria sobre els mals comentaris, per qüestions d'afecció del comentari. Potser és tant diferent perquè els homes per lo general no fan tant cas als mals comentaris com les noies.

### **13. De l'1 al 10, puntua en quin nivell de felicitat estàs amb el teu cos?**

**(1 és molt infeliç i 10 és molt feliç).**

En els resultat d'aquesta pregunta tenim que la majoria de nois, 41'9%, diuen un 8. Els percentatges més elevats de les dones es troben entre el 7 i el 8. Obtenim d'interessant, que en el gràfic dels homes, no obtenim cap resposta més baixa d'un 5. En canvi, en el de les dones, veiem que hi ha resultats també de 1, 2, 3 i 4. Tot i que les noies que ha respòs això siguin molt poques, a diferència dels homes, n'hi ha. Per tant veiem que hi ha un bon nivell d'autoestima per part de tots dos sexes, però en excepció d'alguns casos de noies, que fins i tot suspenen i amb notes molt baixes l'autoavaluació del seu propi físic.

Com a comentari general sobre l'enquesta, estic contenta de poder dir que els resultats que he obtingut són positius. Els alumnes del meu centre, generalment, tenen una bona autoestima sobre ells mateixos, tant nens com nenes. També fan esport sovint i no estan extremadament obsessionats amb el pes.

Tot i això, és important destacar la diferència alhora de respondre dels nois i les noies. Aquesta enquesta la vaig efectuar amb la intenció d'observar quines diferències podien haver entre els nois i les noies alhora de parlar sobre el cos i sobre el menjar. M'ha servit, doncs, per observar que realment nois i noies tenen visions diferents en aquests temes. Generalment les nenes solen ser més pessimistes i s' infravaloren més. Per exemple, hi ha més noies que s'han sentit grasses alguna vegada, també es comparen més amb altres cossos, controlen més les calories, fan esport per a baixar pes... que no pas els nois. Per tant, en els resultats d'aquesta enquesta es demostra com les noies són més vulnerables alhora de poder patir aquesta malaltia, ja que segueixen més els ideals de cossos primis i s'exigeixen més.

## **9. Entrevistes**

### **9.1. Entrevistes a professionals**

*Entrevista a M.C.*

Psicòleg- psicoterapeuta

Llicenciada en Psicologia a la Universitat de Barcelona.

Especialitzada en Psicoteràpia Cognitiu-conductal a Milà.

Treballa com a psicoterapeuta al Centre per la Prevenció i els Trastorns de l'Alimentació del Hospital Luigi Sacco de Milà

Entrevistada el 7 de juliol del 2014 a la seva consulta de Milà.

#### **1. Els trastorns alimentaris, realment tenen cura absoluta?**

Quan parlem de trastorns psicològics en general, és sempre molt difícil de determinar què és la cura absoluta.

Específicament, pel que fa als trastorns alimentaris, parlar de cura vol dir aconseguir establir una relació amb l'alimentació que sigui serena i basada sobre els seus aspectes funcionals : menjar per nodrir- se, menjar com a font de plaer i com a vehicle de socialització. Qui pateix de un trastorn alimentari, en canvi, sabem que fa servir la relació amb l'alimentació per poder gestionar aspectes de la seva vida que no tenen res a veure amb el menjar.

L'evolució de la malaltia, el pronòstic i la cura dependran de molts factors, entre els quals els més importants son la detecció, el diagnòstic precoç i el tractament immediat i adequat. Altres factors significatius son l'edat, el context social, factors cognitius i trets de personalitat així com la presència d'altres trastorns psíquics.

El context familiar, pel que fa a la comprensió del problema, a l'afecte i al suport, seran imprescindibles en el procés de cura.

Hem d'enfrontar-nos però amb el fet que, malgrat tots els esforços terapèutics, hi haurà un percentatge de pacients incanviables, amb una qualitat de vida acompanyada del trastorn alimentari, de manera semblant a qualsevol pacient crònic d' altres patologies psiquiàtriques o mèdiques.

Si volem donar alguna dada precisa, en la literatura específica es parla de 1/3 de bona evolució, amb cura completa; 1/3 amb recuperació parcial i 1/3 amb mal pronòstic i tendència a la cronicitat.

## **2. Quines son les principals diferències entre Anorèxia nerviosa i Bulímia nerviosa?**

Encara que aquests trastorns vinguin classificats com dues entitats separades, sovint és difícil establir el diagnòstic perquè presenten moltes similituds durant el desenvolupament del trastorn i, a més, un grup nombrós de casos l'anorèxia desemboca en bulímia.

Des del punt de vista del diagnòstic, si prenem la recent versió V del DSM, el principal criteri per diferenciar l'anorèxia de la bulímia és el pes. La persona afectada d'anorèxia manté un pes per sota del que ve definit un pes normal, mentre que la persona que pateix de bulímia manté un pes normal, encara que amb importants fluctuacions. Això fa que en molts casos la bulímia pugi amagar-se durant un llarg període perquè a diferència de l'anorèxia, als ulls dels altres, el pes no és preocupant.

A la versió anterior del manual (DSM-IV) hi havia una altre criteri que ara ha desaparegut: l'amenorrea, o sigui, la pèrdua del cicle menstrual durant tres mesos.

Pel que fa als trets psicològics, tots dos trastorns presenten moltes similituds, la més important és el fet que, en tots dos els trastorns, l'humor i l'autoestima són extremament condicionats pel pes.

En l'anorèxia, però, trobem un perfeccionisme molt exagerat, un caràcter obsessiu i una gran propensió a l'austeritat i el sacrifici, i una marcada tendència a l'aïllament social. En la bulímia, en canvi, amb la modalitat de la voracitat, hi ha present una recerca contínua de noves sensacions, desig de risc i una gran impulsivitat.

L'anorèxia es manifesta a través de un continu control que dona la il·lusió de força, mentre que la bulímia comporta una sensació de falta de control i de frustració per no aconseguir-lo. En molts casos aquesta sensació de no tenir un control pot ser determinant perquè qui pateix de bulímia, es decideixi a demanar ajut.

En una significativa percentual de casos, a diferència de l'anorèxia, juntament amb el trastorn bulímic hi trobem associat un trastorn de personalitat Borderline i una impulsivitat i compulsivitat que, a més de l'alimentació, es pot manifestar en l'abús de drogues, alcohol, promiscuïtat sexual i comportaments d'autoagressió.

### **3. Quines poden ser les conseqüències a nivell orgànic per la presència continuada de vòmits en els TCA ? I l'ús excessiu de laxants i diürètics ?**

El vòmit freqüent provoca una pèrdua excessiva de líquid i una disminució del nivell de potassi, el que pot causar debilitat extrema que podria arribar a una paràlisi. Els nivells perillosament baixos de potassi poden comportar ritmes cardíacs fins i tot mortals. Hi ha un alt risc de col·lapse cardio - circulatori. El vòmit forçat en extrem pot provocar una perforació gàstrica o inclús la ruptura de l'esòfag. El vòmit continuat porta a la hipertrofia de les glàndules salivals, a la deshidratació, a complicacions renals, refluxos gastrointestinals, hemorràgies. En qualsevol cas, després del vòmit s'experimenta cansament físic i apatia general.

Pel que fa a l'abús de laxants i diürètics, les conseqüències més comuns són els trastorns del ritme cardíac, la deshidratació, diarrees i restrenyiments crònics, hemorràgies i danys renals i rectals, abaixaments de la pressió, ipovolèmia (disminució del volum de sang), trastorns musculars. L'ús freqüent de diürètics i laxants creen un desequilibri electrolític, causant de conseqüència trastorns renals i cardíacs importants.

### **4. En quins factors cal fixar-se per saber que s'està desenvolupant la malaltia? Com es diagnostica?**

Hi ha molts senyals que ens poden alertar del fet que s'estigui desenvolupant una malaltia.

És molt important estar atents a aquests senyals però és fonamental poder-ne parlar amb especialistes perquè de vegades es corre el risc de interpretar erròniament comportaments que potser només formen part d'un moment del creixement de l'adolescència o de un moment precís de dificultat.

Aquests indicadors o factors els trobem en diferents àmbits:

Pel que fa a l'alimentació, serà important estar atents a les dietes restrictives injustificades, a la preocupació constant, que pot arribar a l'obsessió, per tot el que està relacionat amb els aliments, el fet de no voler menjar en companyia, trobar excuses per no menjar, sentiments de culpa per haver menjat, tancar-se al bany després de l'àpat...

Pel que fa al pes caldrà estar atents a la pèrdua o augment de pes en temps breus i de manera injustificada, la por exagerada respecte al sobrepès, el vòmit, el dejuni i l'ús de diürètics i laxants...

En relació amb la imatge corporal, en son indicadors la percepció errònia de tenir un cos gras, intentar amagar el cos amb vestits amples, rebuig de posar-se en banyador...

En relació amb l'exercici físic, practicar-lo en excés i amb la finalitat de perdre pes, mostrar nerviosisme si non se'n fa.

Malgrat que les persones que envolten la persona que pateix del trastorn, observin inicialment només els canviaments en l'alimentació i el pes. Cal tenir present que l'origen del trastorn és sempre psicològic i per tant caldrà estar atents als factors de alarma en aquest àmbit : la baixa autoestima, tendència al perfeccionisme extrem o bé a la impulsivitat, insatisfacció personal constant, estat depressiu i irritable, amb canvis d'humor freqüents, disminució de les relacions socials, amb tendència l'aïllament, dificultat de concentració.

No hauria de ser mai un sol indicador, si no més bé, la suma de diversos indicadors, a alertar-nos de la possible malaltia.

Detectar de manera precoç un trastorn de l'alimentació, com hem dit abans quan parlàvem de la cura absoluta d'aquests trastorns, millora el pronòstic de la malaltia.

Per diagnosticar la malaltia, és recomanable seguir els criteris diagnòstics establerts per part de la comunitat científica, recollits en manuals, entre els quals el més utilitzat és el DSM.

Per tal que el diagnòstic sigui fiable, aquests trastorns han de ser afrontats per part d'un equip multidisciplinari, format per dietistes, dietòlegs,

psiquiatres i psicòlegs. El diagnòstic hauria d'arribar després que aquests diverses figures professionals han discutit sobre el cas.

## **5. Quin paper juguen els familiars? Què han de fer quan detecten la malaltia?**

Els familiars juguen un paper molt important. Molt sovint els familiars més propers, els pares, viuen la malaltia del fill amb sentiments de culpa, amb por, amb ràbia i impotència. Serà molt important acollir-los en aquest sofriment i comprendre que per ells pugui ser difícil entendre i acceptar aquesta malaltia. Aquest serà el primer pas i si es trobaran amb especialistes que tindran cura de informar-los i donar-los suport, els familiars contribuiran a què el pronòstic de la malaltia sigui molt més favorable.

Recordo quan vaig començar a fer aquesta feina, com a estudiant en pràctiques al costat de la cap de servei de psiquiatria que una vegada em va dir: “de la primera visita amb els pares, puc fer un pronòstic sobre el desenvolupament de la malaltia del fill”.

Els TCA neixen a l'interior de la família i molt probablement en aquest àmbit hi haurà hagut dinàmiques que han pogut contribuir, de manera completament no intencional i sense tenir-ne consciència al desenvolupament de la malaltia. Pel mateix motiu, els TCA acaben afectant tota la família. Els familiars no són mai culpables que han de ser “castigats”, al contrari, son ells també víctimes de la patologia i es convertiran en importants aliats en el procés de canviament, i ells mateixos, a través un propi canvi, contribuiran en molts casos a modificar el curs de la malaltia.

Els familiars doncs, informats i suportats, seran un ajut molt important en tot moment, per fer sentir comprés el fill (i això serà ja terapèutic) i per col·laborar amb l'equip d'especialistes que s'ocuparà del fill durant el camí del tractament.

Jo dic sovint que aquesta és la bona “notícia”: potser els familiars han tingut a veure (sempre de manera inconscient i involuntària) amb les dificultats del fill però si així fos, vol dir que també podran tenir a veure amb el seu canvi.



En els centre per TCA on treballa, ens ocupem del tractament dels pacients però també de oferir un suport als familiars. En aquests grups pels familiars es fa palès que sovint, per culpa de ningú, han tingut un rol en desenvolupament o en el manteniment de la malaltia. Tanmateix, però tenen un rol en la cura. Està clar, però, que serà essencial que els familiars aconseguixin que, la persona afectada, accepti una visita amb l'especialista de manera que, si es confirma la presència d' un TCA, pugui començar el tractament quan abans possible. Aquest pot ésser el més gran obstacle. Quan l'afectat rebutja la visita, els familiars poden començar a consultar els professionals especialitzats en la matèria per aconseguir un assessorament en aquest sentit.

## **6. Quina és la millor manera per parlar amb els afectats de tal manera que no tinguin una mala reacció ?**

És probable que la persona que pateix un trastorn alimentari el mantingui ocult o el negui; de fet, la negació de la malaltia es considera un dels símptomes principals: no han arribat a patir les conseqüències negatives que pot provocar la malaltia i, per tant, no prenen consciència de la gravetat de la situació. És habitual, doncs, que no vulguin rebre ajuda, ja que la perceben com una cosa que va en contra del seus desitjos.

La distorsió de la percepció de la pròpia imatge, tret molt sovint present en els TCA, contribueix a reforçar la idea que el problema és inexistent.

Ja que els TCA son trastorns psicològics caracteritzats per la dificultat de qui en pateix en identificar les emocions i sentiments i reconèixer les seves necessitats, serà fonamental parlar partint de les nostres emocions, per transmetre la idea que entenem com se sent i comprenem el seu patiment. Això és el que els psicòlegs entenem per empatia.

Caldrà parlar no de alimentació o pes si no de sentiments, del nostres i del qui en pateix.

Recordem que el TCA representa una modalitat poc funcional per comunicar una necessitat real i per tant serà fonamental entrar en contacte amb aquesta necessitat. Serà inútil controlar, obligar, al contrari, amb aquests comportaments hi haurà el risc de reforçar els símptomes.

S'ha de parlar des de la vessant emocional i no tant des de la vessant racional.

El que ens pot ajudar a fer-ho és el fet de recordar que no es tracta de un caprici, de manies o de una rebel·lió sinó d'una malaltia que no pel fet de ser psíquica i no orgànica, no hagi de ser contemplada com a tal.

Caldrà relacionar-se de manera assertiva, el que vol dir que haurem de parlar sense jutjar ni culpabilitzar. Als familiars en general els costa separar el problema del fill del fill mateix. El fill no ÉS un problema si no que TÉ un problema. I aquesta operació permet d'una banda donar visibilitat al problema i de l'altre fer sentir al fill que el comprenem.

No és fàcil, tenint present que la família està patint i molt sovint no ho compren fins al fons. De vegades, la comunicació no verbal a través d'una dolça abraçada, ens pot ajudar a transmetre un munt de sentiments.

En els TCA, trobem sovint una gran dificultat a regular la esfera dels afectes ; aconseguir comunicar amb el cor, que l'estimem, malgrat TOT, serà molt important.

Aquesta actitud i modalitat de comunicar ens permetrà d'acostar-nos a qui pateix de un TCA per poder després transmetre que és imprescindible buscar ajut per superar la malaltia que pateix.

## **7. Quan s'aconsella l'hospitalització d'un pacient amb anorèxia o bulímia?**

Podríem resumir dient que quan els paràmetres orgànics indiquen una urgència per la salut. Des del punt de vista del pes, un BMI (índex de massa corporal) molt baix.

Hem de tenir en compte la salut no tan sols física si no també psíquica. Quan els símptomes no es poden aturar a través del tractament en consulta i acaben sent invalidants en la vida quotidiana de qui en pateix, es farà necessària l'hospitalització. Per exemple, caldrà pensar en l'hospitalització quan no s'aconsegueix reduir la freqüència del vòmit en una pacient afectada de Bulímia que vomita 20 vegades al dia.

Hi ha casos on l'hospitalització es prescriu per poder interrompre els principals factors físics i psicosocials implicats en el desenvolupament o en el manteniment del trastorn.

A Itàlia, ens basem en les "Linee Guida", línees guia dictades per part del ministeri de la salut. M'imagino que també a Catalunya hi haurà una mena de Guia oficial per al tractament dels TCA, un protocol d'actuació.

Idealment, tant l'anorèxia com al bulímia haurien de ser tractades a nivell de consulta o de hospital de dia. Quan però no es produeixen canvis en el pes o en altres símptomes del trastorn, caldrà pensar en l'hospitalització.

Caldrà tenir en compte que el pacient, abans de l'hospitalització, haurà de ser "preparat" o sigui motivat per tal que l'ingrés tingui un sentit.

També serà molt important tenir expectatives reals pel que fa als resultats que es podran aconseguir amb l'hospitalització ja que aquesta suposa una solució per l'emergència però, un cop donat l'alta al pacient, serà imprescindible acollir-lo de nou en un hospital de dia o consulta de manera que es puguin monitorar i consolidar els canvis obtinguts.

## **8. Quins són els tractaments més utilitzats en hospitals i consultes?**

El tractament serà diferent depenent de on sigui el lloc en el qual es duu a terme, o sigui, en una consulta, hospital de dia o ingrés hospitalari.

Una altra variable serà l'escola psicològica en la que es basa. Pel tractament dels TCA la literatura, fent referència a estudis de evidència científica, parla de la teràpia Cognitiu-conductal com a primera elecció. Per sort, hi ha un gran interès en la recerca i estudi dels TCA i contínuament s'experimenten noves modificacions en el tractament. El que serà sempre essencial és que els TCA siguin tractats de manera multidisciplinària, a través de un equip format per diverses figures professionals: psiquiatra, psicòleg, metge internista, dietòleg, dietista,....

I en qualsevol cas, com suggereixen tots els protocols, el tractament haurà de focalitzar-se sobre dues vessants:

-normalitzar el pes i tractar les complicacions mèdiques degudes a la malaltia

-tractament psicològic per modificar pensaments, emocions i comportaments que es troben a la base del TCA

### **9. Aproximadament, quina durada pot tenir el tractament en un trastorn alimentari?**

Es molt difícil donar una resposta concreta perquè dependrà molt de cada cas ja que la durada del tractament estarà condicionada per molts factors com per exemple de quan temps fa que la pacient pateix del TCA, del punt de gravetat en què es troba la malaltia, de la consciència de patir un trastorn, de la motivació per al canvi, del suport que té en el seu entorn.. Tot això ens diu que caldrà sempre dissenyar un tractament “a mida” de cada pacient.

Tot segur no podem parlar de tractament breu si tenim en compte que el TCA és com la punta del iceberg. Els símptomes visibles de la malaltia o els comportaments poc funcionals en relació a l'alimentació, son fruit de una mancança de serenitat, malestar, inquietud des del punt de vista psicològic i per tant si no es modifiquen aquests aspectes, non es podrà curar el TCA

### **10. Quins són els avantatges de la teràpia de grup?**

La teràpia de grup neix com una modalitat per optimitzar recursos econòmics i professionals, podent tractar més pacients amb menys temps i aconseguint d'aquesta manera reduir les llistes d'espera, sobretot en l'àmbit de la sanitat pública.

Amb el temps però se n'ha comprès sempre més la seva utilitat i els seus avantatges, arribant a ser, en molts casos encara que no per tothom, molt més potent des del punt de vista terapèutic del que podria ser una teràpia individual.

La teràpia de grup, per les seves característiques crea lligams que afavoreixen la identificació, la creació de relacions, l'afectivitat.

Facilita la comunicació i l'expressió de l'emotivitat. En la teràpia de grup, els pacients comprenen el malestar dels altres i aquesta comprensió, com l'efecte del mirall, ajuda a l'auto comprensió, permetent de superar la vergonya que sovint acompanya la malaltia i els sentiments de culpa.

El grup és un lloc protegit, una mena de “gimnàs” on poder entrenar-se per experimentar noves emocions i comportaments que estimulen l’autoestima i potencien els mecanismes que porten cap el canvi.

## **9.2. A persones afectades**

### *Entrevista a L.A.*

[L.A. és una pacient que viu actualment a Milà, la qual ha patit Anorèxia amb malaltia manifestada als 15 anys i que actualment en té 44. Durant 30 anys ha viscut amb daltabaixos, però s'ha mantingut de manera crònica. Actualment els símptomes dels TCA s'han reduït de manera significativa, tant pel que fa als aspectes psicològics com als aspectes en relació a l'alimentació L.A. ha realitzat grans canvis. Entrevistada el 6 de juliol de 2014]

#### **1. Com explicaria que ha estat la malaltia per a vostè?**

La primera resposta que em ve a la ment és que ha estat una presó. He tingut diferents moments, diferents fases, però tot i això en general ha estat com una presó perquè no et permet viure i experimentar les coses de la vida.

#### **2. Quines creu que són les causes/factors que l'han portat a la malaltia?**

És una pregunta difícilíssima ja que la resposta seria massa llarga com per a poder respondre-la en un moment, podria portar-me mesos o fins i tot anys descriure les causes i els factors. Sobretot és una malaltia que és una mancança d'amor, una mancança d'afecte. Per a mi la resposta no seria tant basada en el problema de veure'm grassa ni de veure la necessitat d'aprimar-me, sinó que en realitat, en la malaltia, el factor més important és una confusió a nivell emotiu que es manifesta amb aquesta necessitat d'afecte i d'amor, sense trobar culpa ni culpables.

#### **\*Quina influència ha tingut la família?**

D'alguna manera està clar que la família m'ha influenciat molt ja que és una malaltia que neix dins la família, les dinàmiques que es creen amb les figures més importants des de el punt de vista afectiu d'alguna manera condicionen el que després és la relació amb els altres i el que és la relació amb si mateix. Jo segueixo remarquant que tot i això els culpables no són la família, la família no en té la culpa, ja que ells es troben afrontant una malaltia dins

del seu entorn per la qual no esta preparats i no saben com afrontar-la. Però tot i això, si, d'alguna manera la família condiona. Per exemple, en la dificultat d'acceptar el contacte físic, inclús de gran, d'una amiga o d'una persona, perquè d'alguna manera la dinàmica que s'ha creat en la meva família des que era ben petita, aquest contacte no hi era, i això, ha representat per a mi una influència important alhora de relacionar-me amb els altres.

**3. Quins van ser els primers símptomes o canvis que van tenir lloc al començament de la malaltia? (no només a l'alimentació, també estat d'ànim).**

Per a mi en absolut un dels símptomes més importants, va ser el fet de que quan em va venir la primera regla, tot i que la meva mare ja m' havia explicat amb anterioritat de que tractava, jo li vaig mantenir amagat durant molt de temps que ja la tenia. Tot i que jo ho vaig viure de manera molt serena, no vaig tenir el valor d'explicar-ho a la meva mare, de compartir-ho amb ella. Ara amb els anys, em dono conta que això ja podia ser vist com una relació molt difícil des de el punt de vista afectiu entre la meva mare i jo. Això ens parla d'un altre símptoma freqüent d'aquesta malaltia, que és el fet d'acceptar la feminitat, el ser dona, el ser femenina, el créixer, una por del món dels adults. Em ve a la ment una situació dels primers moments de la malaltia, quan tenia 15 anys, el moment en el que vaig dir prou, ja no menjo més, va ser en un moment que em van prendre per un noi. Estava amb uns amics i van dir: "qui és aquell noi?" referint-se a mi. Aquesta anècdota remarca el fet de la poca acceptació de créixer i dels canvis en el cos com a dona i el fet de convertir-se en adult. Quan parlem dels factors dels trastorns de l'alimentació és impossible referir-se a un de sol, sempre són un conjunt de factors, són malalties bio psicossocials, són malalties amb una predisposició des de el punt de vista genètic, barrejats amb una influència psicològica i amb factors de l'ambient.

**4. Durant aquests anys quins són els tractaments que ha seguit? Tant en psicoteràpia com quan ha estat ingressada.**

Amb trenta anys de malaltia, de tractaments n'he fet de tot tipus, he fet teràpies individuals, he estat ingressada en una clínica dues vegades, en les quals he vist molt a la vora la mort, perquè en un nivell físic vaig arribar a un moment d'urgència i de perill molt important. Jo vaig perdre la mare als 17 anys, i el meu pare va ser la persona que va haver d'afrontar la meua malaltia. Ell ho portava de la millor manera possible, i em duia als millors especialistes. Vaig girar per molts diferents psicòlegs durant els diferents anys, i d'alguna manera la cosa més important per al tractament dels TCA i en especial en el meu cas, per a mi ha estat fonamental, no tant el parlar de l'alimentació o tenir en compte el pes, sinó que l'Anorèxia i la Bulímia són malalties de l'ànima, i el cos és més un vehicle que ens permet expressar-les. Per tant el que ha estat més important des de el punt de vista terapèutic ha estat aprendre a estimar-se, sentir-se estimada, reconèixer que existeix-ho com a persona, que tinc els meus drets, i aprendre a parlar amb els altres i amb mi mateixa amb el llenguatge del "jo", vull dir, posar-me en primera persona, ser capaç de dir el que sento, dir el que em preocupa i expressar el que em fa sentir bé o malament, sense sentir-me amb culpa.

**5. Després de tots aquests anys amb la malaltia, que és el que ha estat fonamental per ajudar a sortir-ne?**

D'alguna manera el que ha estat fonamental , com he dit abans, ha estat pensar que jo també existeixo, que tinc drets com a persona, i començar a veure en aquesta vida del dia a dia, que totes les coses que feia amb quotidianitat, no em feien ser del tot una persona serena i tranquil·la. He començat a sentir una gran necessitat de llibertat, la necessitat de sortir de la presó, una necessitat que representes separar-me d'aquest lligam que tenia amb el meu pare, un lligam que a la base estava ple d'amor, per tot el fet de perdre a la meua mare tan jove, que va fer que la relació amb el meu pare fos molt forta, però era un amor una mica malaltís, ja que tota la vida des d'aquell moment, jo tenia en ment que havia de demostrar al meu pare que



mereixia que m'estimés, per tant havia de fer tot allò que el meu pare deia, com si jo hagués crescut amb la idea que només si faig les coses que em demana el pare i sóc el que ell vol que sigui, puc tenir el seu amor. Aquest crec que va ser el factor més important, la por a ser abandonada, por a que em deixin les persones més importants des de el punt de vista afectiu. Jo sempre he tingut en ment que no em mereixia ser estimada, i això ha estat una constant en la meua vida. Quan he començat a estar bé ha estat quan he començat a veure que podia seguir tenint una relació molt bona amb el meu pare encara que li digues que no a moltes coses que jo no volia fer, i vaig començar a dir no, per exemple, al fet de seguir treballant en la pastisseria que sempre ha estat de la nostre família i el meu pare sempre ha volgut que hi treballes. Això va ser a lo primer que em vaig negar, jo no hi volia treballar, i al estar millor em vaig decidir a dir-li. Treballava dia i nit, treballava als caps de setmana, al Nadal, i jo la gestionava tota. I d'alguna manera era algo amb lo que jo ja no podia, ja que pràcticament només vivia per treballar. Jo tenia molta por de dir-ho, però per una banda amb molta por i per a una altre amb molta força, vaig aconseguir dir "no" a moltes coses al meu pare, per tal de poder d' aconseguir un si a la vida. Jo he après que em mereixo que m'estimin malgrat a qualsevol cosa, si sóc lletja, si sóc guapa, si sóc prima, si sóc grassa, si vaig bé a escola, si no, si sóc intel·ligent o si no ho sóc. D'alguna manera des de el punt de vista psicològic he après això, aquest va ser un primer pas per a curar-me de la malaltia. Un ha de ser capaç de reconèixer que va bé com a persona, que val com a tal, que té un valor inclús malgrat el pes. Moltes vegades durant la teràpia em posava a plorar. Només de pensar en la possibilitat de que algú pogués estimar-me, només de parlar de tenir una relació amb un home o coses per l'estil, em posava a plorar i ja no podia continuar. Ara m'emociono, però començo a pensar i creure que és possible. El meu pare, inclús ara, segueix sense preguntar-me: estàs bé? Estàs feliç?. Sempre s'ha preocupat tan sols pel meu pes i es preocupava només per a la pastisseria, per a si anaven bé les ventes. Els altres no canvien encara que nosaltres ho desitgem, i el meu pare com sempre encara no em pregunta si sóc feliç o com em sento. Però tot i que ell no hagi canviat, el més important és que jo si he canviat i aquest canvi em fa entendre que el meu pare, és així, té els seus límits, ha sigut

sempre així i seguirà sent-ho, però això no significa que no m'estimi, i que no ens estimem, i aquest ha estat un canvi molt important, el fet d'entendre tot això. També he trobat estratègies per a comunicar-me amb el meu pare quan vaig a veure'l i, quan algun dia em diu: "avui et veig fatal" o "que prima que et veig", jo l'agafó, l'abraço, i li dic: "que maco que ets...no canviaràs mai". Ell molt sovint em deia que d'aquesta manera mai trobaria un home, mai podria agradar a ningú i, imagina't, que jo per mi mateixa ja tenia un problema d'autoestima, doncs que el meu pare em digues aquestes coses encara era pitjor. D'aquesta manera el que he fet és inventar-me una estratègia, m'he inventat que tinc un novio, i així el meu pare està tranquil. I bueno, funciona. De fet, no és del tot mentida, ja que si que és veritat que actualment estic coneixent a un home i això em fa donar-me conta de que si que em poden estimar. Durant aquest temps seria fals dir que no he tingut algunes relacions, perquè si que les he tingut, però sempre han estat molt complicades perquè a la base sempre he tingut la idea de que jo no valia com a persona i no em mereixia ser estimada. Ara, això, està canviant.

**6. Com ha canviat la seva vida des de que està millor? Quins són els seus projectes de futur?**

No tinc grans projectes per al futur, però estic contenta d'això. Quan vaig sortir del meu segon ingrés no volia una vida planificada. Si que és veritat que els plans hi són, però no de manera planificada. Estic aprenent a escoltar-me, ara tinc la capacitat d'escollir, de decidir jo mateixa, de saber i dir el que vull fer. Així que això és el que estic fent. Ara m'he apuntat a una ONG que tracta problemes psicològics que es diu "amics de la ment" i es dedica d'ajudar a persones que han patit trastorns psicològics. I també estic treballant, des de el dia que vaig sortir de l'hospitalització, i tinc varies propostes més de treball.

En una teràpia que vaig assistir en la qual es tractava de meditar, em va venir a la ment la paraula "pausa". Va ser com una mena d'iluminació, em va venir de cop aquesta paraula a la ment i, inclús, em vaig posar a plorar. Em vaig donar conta que durant la meua vida tot havia estat un continu "he de fer" "he de demostrar" i mai vaig tenir un moment en el que aturar-me, en el

que fer una pausa des del punt de vista psicològic, com a amiga, com a dona. Em vaig dir, “ara un moment, m’aturo”. Sembla contradictori però, quan m’he aturat en aquest moment de pausa, és quan he començat a fer més activitats, més coses, il·lusions i coses que sempre havia volgut fer i això m’ha permès tornar a tenir ganes de sortir, fer coses, és una pausa plena d’activitats.

### *Entrevista a A. A.*

[L’A.A. és una noia de 22 anys que va patir Anorèxia a l’edat de 12 però fins als 13 no va assistir a professionals. Durant dos anys, va assistir a un hospital de dia, on hi passava de deu del matí fins a la nit. Després de dos anys plens de teràpies, els símptomes del trastorn es van anar reduint, i poc a poc anava menys a l’hospital. A l’edat de 16 en va sortir i, segons ella, era una persona nova. Entrevistada el 3 d’octubre de 2014]

#### **1. Que és el primer que et va passar pel cap per començar a canviar la teva conducta?**

Jo estava vivint una època de molta angoixa, estava malament amb mi mateixa, tot i que no tenia res a veure amb el cos. Tenia problemes a casa, em sentia molt inferior a la gent, sentia molta angoixa. Llavors vaig pensar que tot tenia a veure amb que jo estava gorda. Vaig pensar que si m’aprimava, tots aquells problemes s’esvairien i ja em sentiria bé amb mi, ja que estant prima ja em veuria bé.

#### **2. Durant aquell primer any amb el trastorn (dels 12 als 13 anys), quins van ser els hàbits que vas anar adquirint?**

Primer vaig decidir deixar de menjar les coses que més engreixen i així m’aniria veient millor. Tot comença i va com amb un progrés, primer comences restringint uns tipus d’aliments que són aquells que la societat t’ha dit que són els que més engreixen i un cop veus que t’ha fet efecte i que t’has aprimat una mica o que et vas sentint millor, llavors et passa el que és molt freqüent en aquesta malaltia, que és el voler sempre més i més i, d’aquesta manera, aconseguir que els problemes desapareguin. Llavors

cada vegada restringia més aliments fins arribar al punt de no ser capaç de menjar res, ja que creia que tot m'engreixava excessivament.

### **3. Vas arribar a ser conscient que estaves malalta per tu mateixa, o perquè la gent del teu voltant t'ho deia?**

En realitat tu des del primer moment, saps que hi ha alguna cosa que et passa, que no va bé. Saps que tu, que el teu comportament no és normal, però et negues a acceptar que sigui una malaltia, que sigui mentida que estiguis gorda, perquè tu és el que veus i creus que és la veritat i que els demès t'enganyen i que tu vols continuar amb allò ja que el teu cap et diu que no passa res, que segueixis fent el que fas. En el moment que els teus pares se n'adonen, tu ho intentes amagar, i ho intentes amagar perquè saps que no és normal. En aquest moment ells et porten a un lloc, on et repeteixen i et repeteixen que tens una malaltia i, al final, has d'acabar acceptant-ho. En general, a la família, ho veien tots que estava malament, ho veien a l'escola, ho veien els amics, ho veia tothom, fins que em van portar en mans de professionals i em van fer reaccionar i fer pensar que realment potser em passava alguna cosa.

### **4. Com va reaccionar la teva germana davant la malaltia? Va suposar això algun canvi a la vostra relació?**

Jo tinc una germana bessona i sempre hem estat molt unides. Ho fèiem tot juntes, sortíem amb els mateixos amics, anàvem a la mateixa escola... Fins que va arribar un punt on jo vaig començar a tenir aquesta època d'angoixa on no em sentia bé amb mi mateixa, on començava a pensar que tot era problema que jo estava grassa i en aquell moment ens vam distanciar molt. Ens vam distanciar molt perquè ella al principi intentava fer-me veure que tot el que estava fent era totalment irracional i jo no ho volia veure. Ella entre la por, el ser incapaç de veure'm així i el no saber com ajudar-me doncs, en acte de defensa, va allunyar-se el més possible i va esperar que jo estigués bé. Fins que no vaig tornar a estar bé, aquella complicitat no va tornar, perquè realment la distància que vam tenir va ser molt gran. Al principi el que ella intentava dir-me era no estàs grassa, menja, si us plau menja, menja i menja, si us plau ves a algun lloc on t'ho curin. Ella era conscient que

d'aquesta malaltia no en surts si no et poses en mans d'especialistes, així que el que va fer va ser animar-me molt, i sobretot quan jo anava a l'hospital em va ajudar molt.

##### **5. Que va suposar, per a tu, l' ingrés a l'hospital? Que era la vida allà? Quines activitats i teràpies hi feies?**

Aquí entra molt el tema de l'edat, si em passés ara, amb 22 anys, possiblement si no sortís de mi anar a algun lloc, costaria molt que m'hi portessin. Però jo vaig començarà amb 12 anys, i va ser amb 13 que els meus pares em van agafar de les orelles i em van portar primer a un psicòleg, d'allà a Sant Joan de Déu, i d'allà a un hospital especialitzat.

La vida a l' hospital era entrar molt d'hora al matí, esmorzàvem, fèiem teràpies i tallers, dinàvem, fèiem més teràpies i tallers, berenàvem tornàvem amb teràpies i tallers i després venien a buscar-nos els pares i ens portaven cap a casa. Jo a l'hospital vaig entrar pensant: "com jo no vull curar-me doncs no em curaré, ja em poden portar aquí com que em poden portar a Pekín, que jo realment no vull curar-me". Jo em sentia sense ganes de viure, no tenia ganes de res. Llavors vaig estar tres mesos pensat d'aquesta manera, però després d'aquests tres mesos i moltíssimes teràpies, vaig pensar que potser estaria bé intentar-ho.

En el centre que vaig estar el que s'utilitzava molt eren les teràpies de grup perquè, al final, quan una persona té un problema, si té una persona al costat amb el mateix problema, l'ajuda a identificar-se. Després, si aquella persona que tens al costat, intenta fer un esforç per sortir- se'n, a tu t'és més fàcil fer el mateix esforç. Una mica jugaven amb això. Tots fèiem teràpies individuals i després fèiem les teràpies en grup. En aquestes teràpies no es parlava ni de menjar, ni de cos. Allà el que es tractava era el focus del problema: Relacions familiars, gestió de les emocions, maduresa, maltractaments, traumes infantils... Totes aquestes coses són les que s'intenten identificar en una teràpia, no parlant ni de com et veus, ni de si et veus gorda ni de que menges. Tot això es deixa a part i es centra en el principi del problema. També fèiem tallers de musico teràpia, risoteràpia, ioga.. era molt complet, vaig anar a un dels millors centres, perquè a ells que tu t'engreixessis o no,

els importava per la teva salut, però no era el seu objectiu. El seu objectiu era curar-te del cap.

## **6. Tenies bona relació amb altres pacients?**

Si, i tant, pensa que en un centre amb 40 noies, amb totes no et portaràs bé però, en general, sí. Pensa que jo vaig entrar amb 13 anys i és una edat molt jove per a una patologia d'aquestes. Jo vaig entrar quan era molt petita. Vaig tenir aquesta "sort". Si entrés ara, el tracte amb la gent segurament em costaria més, però en aquell moment era petita i em portava bé amb molta gent. Hi havia noies que s'aïllaven i normalment aquestes noies eren les que després no se'n sortien. A mi el fet de tenir gent a prop que patia el mateix que jo em va ajudar molt i, de fet, encara conservo amistats que hi vaig fer.

## **7. Durant aquells dos anys ingressada, quina va ser la teva evolució? Podries parlar d'etapes de recaiguda o sempre vas anar cap a millor?**

Tu entres allà pensant que a tu ningú et farà canviar, però entres i et diuen: "*ens es igual que tu et vulguis aprimar, ens es igual que tu mengis malament, tot això és un tema a part. Ens interessa, com t'has sentit de petita, com t'has sentit a l'escola, que és el que et fa por, perquè no et sents acceptada.. ens importa això*". Això t'ho van repetint i poc a poc veus gent que et diu que comencen a ser una persona nova, que es senten bé amb ells mateixos, i tu penses que potser a tu potser també t'aniria bé. Quin és el canvi de "xip"? Doncs és deixar de preocupar-se pel menjar i el cos, tot això amb unes pautes molt marcades: et donen menjar, no pots escollir res, t'ho han de fer tot, no et pots mirar al mirall, no et pots comprar roba, t'has de centrar amb altres coses, que no t'has centrat, en el meu cas, en els últims dos anys. En el cas d'una malalta que ha viscut durant 30 anys amb la malaltia, ja es tracta d'una persona que ha viscut més temps malalta que sense estar-ho. I doncs, cada cop estava millor. Si que vaig tenir algunes recaigudes, però, en el meu centre el procés estava dividit en etapes. Quan superaves una, passaves a la següent, on ja tenies altres responsabilitats i on era una etapa de més convivència amb els demés, i cada cop havies d'anar menys al centre. Després ja passes a la tercera, en la que hi anava molt poc. Jo, tot segon d'

ESO me'l vaig passar a l'hospital i em van passar al curs següent dient: "*com sempre has tret bones notes, confiem que seguiràs així*". Llavors, poc a poc anava menys a l'hospital, fins que anava només al matí o només a la nit, i, l'any següent, ja només anava un cop per setmana.

**8. Quines persones són les que vas tenir més a prop i et van fer més costat? Creus que hi ha alguna persona en especial sense la qual no haguessis pogut sortir-ne?**

El que més costat et fa, en totes les malalties del món, és la família. Tinc la certesa, perquè he vist amb els meus propis ulls, noies que no han tingut la mateixa sort que jo amb les famílies i que no n'han sortit. El recolzament familiar és imprescindible. Primer que a casa teva acceptin que estàs malalta, això és molt important, ja que hi han mares i pares que estan més malalts que els seus propis fills i llavors hi ha un problema. Però en el meu cas no, en el meu cas, el meu pare és psicòleg, i per tant crec que això també va ajudar, ja que ell va proposar que m'havien de portar amb especialistes, i doncs es va unir tota la família. Durant el procés, si que hi va haver moltes baralles a casa, fins i tot, els meus pares es van separar. Imagina't com va ser el procés dins de casa meva, perquè decidissin separar-se. Va ser com un "*boom*" tot i que òbviament jo no em sento culpable per la separació, ja que se que la culpa tampoc va ser meva. Però hi va haver una tensió i un conjunt d'emocions que va ser necessari. Però el recolzament va ser molt important. La meva mare em portava al matí, em venia a buscar sempre, m'acompanyaven a tot arreu, em portaven a llocs per a distreure'm, em van ajudar molt.

**9. Un cop fora, com va canviar la teva vida respecte a la d'abans de l'ingrés? Et va ser difícil deixar totes les manies i les obsessions de costat?**

Allò bo del centre és que tot era molt progressiu. No et fiquen en un centre i hi ha un moment que et diuen: "*Apa, ja estàs bé, cap al carrer*", no, sinó que poc a poc vas millorant, i cada cop hi vas menys, i en els dies que tens sencers fora de l'hospital, si tu tens alguna mala experiència, pots anar al centre i

explicar, mira que m'ha passat això. Ells el que fan és que tu et vagis trobant amb la vida real, vagis mirant els problemes de cara. Per exemple, amb alguns problemes que anteriorment, la solució que els hi hagués trobat, hagués sigut auto lesionar-me o deixar de menjar, doncs podia anar allà, i fer una teràpia i tractar-los d'altre manera. Així al sortir no em va ser difícil tenir una vida totalment normal, ja que havia estat progressiu. Per tant quan ja van passar 3 anys jo estava fins al capdamunt d'aquell centre, jo volia marxar ja. Clar, arriba un moment que tu estàs perfectament, tu tens moltes ganes de viure la vida. Jo els 12, 13, 14 i 15 anys, els vaig perdre, no els he viscut. He tingut la sort de viure el que venia a continuació, que per a mi encara era millor. Però vaig aparcar una part de la meva vida, i tens ganes de viure, de marxar d'allà, que òbviament això es bo, ja que és símptoma de que t'has curat. Al principi sí que fa certa por sortir, tothom té por a recaure, però per altra banda, al centre et donen moltes eines per si tu un dia recaus, saber demanar ajuda. Tan fàcil com picar a la porta i dir: *"No estic bé"*. Jo recordo que tenia moltes ganes de recuperar el temps perdut, van ser gairebé 3 anys allà ficada i tenia moltes ganes de viure experiències. Pensa que és una edat molt important. Un exemple molt tonto, la meva germana bessona, als 13 anys, quan jo estava al centre, ella començava a fumar amb les amigues d'amagat. Jo quan vaig sortir amb 16 deia: *"però que feu fumant totes?"* perquè, és clar, jo no ho he viscut tot això, jo ja era gran i ja podia fumar on volia i quan volia i això m'ho explicava com una anècdota. També els primers nois o fins i tot les primeres regles, o les primeres experiències de sortir de festa, jo totes aquestes coses no les vaig viure i tenia moltes ganes de recuperar tot aquest temps perdut. Però bé, no et pensis que al sortir del centre ets una persona que es veu sempre bé, o que mai fa dieta o que sempre està bé amb els amics o que sempre està contenta, és a dir, surts sent una persona totalment normal. Tens les mateixes preocupacions que tothom, però, tens una avantatge. Has après que totes aquestes coses que et preocupen o a les quals no saps com reaccionar, no t'afectin fins al punt de caure en la malaltia. Jo mai he arribat a fer tonteries amb el menjar una altra vegada. Però sí que hi ha hagut dies que m'he aixecat, m'he mirat al mirall i he dit: *"mare meva, no vull veure'm així"*. Però també m'he llevat altres dies, m'he mirat al mirall i he dit: *"doncs avui m'agrada"*. Però com a persona normal, jo si



em veig malament algun dia, no aniré a la cuina i no esmorzaré, perquè sóc conscient que si no em veig bé poc té a veure amb el meu cos, sinó que té molt més a veure amb com et sents, com t'han fet sentir. Al final tot és una repercussió de com estàs. Jo estic molt contenta la veritat, són 6 anys ja fora de la malaltia, i durant aquest temps jo he anat moltes vegades a fer de testimoni a altres noies que l'estaven patint i jo sempre dic el mateix, quan surts del centre és un: *"Hola em dic Alena Arregui i he patit Anorèxia"*, però van passant els anys i és quelcom que superes i és com que se't va oblidant. Jo, per exemple, la gent que coneixia als 15 o als 16 anys, al mes, ja sabien que jo havia tingut una malaltia. Però ara conec gent que fins que no fa un any que els conec no els hi dic: *"Mira doncs saps que, jo vaig patir Anorèxia"*, és una cosa que vas deixant enrere, que com no ho tornes a portar al present, ho deixes al passat, i això és el millor que pots fer, perquè sinó significaria que sóc crònica. Tot depèn, al final, d'un mateix i de l'entorn.

**10. Ara, mirant enrere, com descriuries el que va ser per a tu la malaltia? Que li diries a una persona que la pateix?**

Jo sempre dic que l'Anorèxia ha estat el pitjor i el millor que m'ha passat a la meva vida. El pitjor, perquè jo mai m'he sentit tant malament a la meva vida, mai m'he sentit tant malament amb mi mateixa, mai he fet sentir tant malament a la meva família, jo mai havia vist plorar al meu pare, el vaig veure plorar el dia que em va veure despallada a l'hospital. Jo mai m'havia auto lesionat, mai havia pegat ningú. Jo no era jo, jo era un monstre. Un monstre que se m'havia ficat a dins, i va ser el pitjor. Pesar 33 quilos és el pitjor que he fet a la meva vida, vaig arribar a estar a la vora de l'atac cardíac. Va ser el pitjor perquè em vaig perdre moltes coses, vaig plorar molt, no us podeu imaginar el que vaig arribar a plorar en aquella època, va treure lo més dolent de mi, les meves pors, tot allò de la meva infància que no havia sabut encaixar, la meva mala llet...de tot. Però, va ser el millor, el millor que em podria haver passat perquè em va ensenyar molt, perquè em va fer madurar. Jo vaig sortir del centre amb 16 anys, vaig sortir al món real, i la gent em deia: *"es que sembla que tinguis 30 anys, per com parles, per com penses"*. Jo havia fet un procés de maduresa, però no només per a superar

la malaltia, sinó que a partir d'aquell moment, tot el que em passava, jo tenia eines per a sortir endavant. És a dir, no només em van ajudar a assumir l'Anorèxia, em van ensenyar a sortir de tot. Per exemple, surto de l'hospital, i els meus pares es separaven i en aquell moment no em calia deixar de menjar, jo tenia les meves eines, com per exemple, trucar a algú i explicar-li o fer-me forta amb la meva germana. Al mes de sortir, a la meva mare li van detectar un càncer, què hauria fet abans? Doncs amagar-me en l'Anorèxia, doncs no, jo podia sortir endavant. Després, als dos mesos, va morir el meu avi, és a dir, em van ensenyar a viure la vida i a reaccionar a les coses i que no tenia per que recórrer al menjar ni al cos per a superar-les.

### **11. Que diries a una persona que pateix actualment la malaltia?**

A veure, tu pots donar molts consells dient: “*No, això és per com et sents*”, “*tu no estàs gorda*”, però mira, el primer que has de fer és posar-te en contacte amb professionals perquè com qualsevol malaltia, oi que el càncer no el pots curar per tu mateix? Doncs l'Anorèxia tampoc. És una malaltia que en comptes de tenir-la el cos, la té el cap. La tenen els sentiments, la té el cor. I hi ha gent que sap com curar això i, normalment, no és la família qui sap curar això, per molt que la família et recolzi a mort. Normalment són aquests professionals els que t'ajuden, i gràcies a Déu, aquesta malaltia està molt assumida a la societat. Hi ha molts professionals que es dediquen a això i centres que viuen per a això, però, al final, el “*xip*” l'ha de canviar un mateix. La veritat és que no he conegut persona que després de sortir-ne hagi volgut tornar-hi. He conegut persones que han recaigut, però gent que ha tingut la meua sort, d' arribar a conèixer-se i arribar a estimar-se, no n'he conegut cap que després hi hagi tornat.

### **12. Actualment, que és el que estudies o en que treballes? Tens plans de cara al futur?**

Be, jo he acabat la carrera de periodisme i actualment treballo en una tenda, estic fent de periodista en un diari i en una revista i, bé, vull començar una altre carrera i tinc molts plans, tot i que et puc dir tots els que vulgui, que si després els faig és una altre cosa, però tenir-ne, en tinc molts: Vull marxar a

fora a viure uns anys, vull aprendre anglès, formar una família... Per plans tinc els que vulguis, però això es l'important, tenir-los.

### **9.3. Entrevistes a voluntàries**

*Entrevista a P. M.*

[ La P.M. ha estat voluntària de Psiquiatria a l'hospital Sant Joan de Déu durant 3 anys. Ha conviscut en moltes ocasions amb pacients amb trastorns alimentaris. Entrevistada el 8 d'octubre de 2014]

#### **1. Durant quants anys has exercit com a voluntària dels TCA? En que consistia aquest voluntariat?**

Jo només vaig estar 3 anys com a voluntària a psiquiatria. No ens encarregàvem específicament de pacients amb TCA, sinó que fèiem el servei al departament, i molts cops era amb pacients amb TCA. Crec que actualment ho seguim fent així, a psiquiatria en general, per cobrir millor les necessitats del personal, encara que els pacients amb trastorns alimentaris son dels més comuns.

#### **2. En que consistien les activitats que duies a terme amb els pacients?**

Normalment fèiem acompanyament als pacients en el seu temps lliure, mirant d'omplir-ho amb activitats manuals, tertúlies, música..., presència (control) durant els àpats, acompanyament a l'hora d'anar al psiquiatra per tal de que no marxessin o entressin a lavabos, acompanyament en algunes sortides de l'hospital tipus excursions...

#### **3. Quines són les actituds que has observat que més es donen entre els pacients amb què tractaves? Entre quines edats es solien situar?**

El nostre voluntariat es a l'hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues, que es únicament infantil, per tant, aquest tipus de trastorns es veien a partir dels 11 anys, però majoritàriament, a partir dels 14. Als 18/19 anys passen a altres hospitals.

L'actitud habitual d'aquests nois és mostrar cap al voluntari molta simpatia i proximitat, per guanyar-se la confiança, per tal de treure'n algun favor de la nostra part. Amb el personal sanitari, es mostren desconfiats, agressiu verbalment i amb actitud xulesca els més oberts, i en hi ha un altra tipus, retraiguts, tímids i amb molts complexos i vergonyes.

#### **4. Quin diries tu que és el percentatge de noies sobre nois que hi havia a l'hospital?**

La immensa majoria eren noies. Molt de tant en tant un noi, que normalment començava amb vigorèxia ( trastorn mental caracteritzat per una obsessió per tenir un cos musculós, i del qual es té una percepció alterada, de manera que la persona que el pateix mai no es veu prou musculosa, sinó prima). Potser un 95% de noies més que nois hi havia al hospital.

#### **5. Has acudit a les hores de menjar? Quins són els comportaments freqüents en aquests horaris?**

Les hores de menjar eren, depenent del estadi del pacient, individualment a la seva habitació, o de vegades, en petits grups.

En tots els casos la pauta seva era primer queixar-se de la quantitat de menjar (que sempre eren quantitats petites), després mirar de negociar per tenir "permís" per no menjar-ho tot, i veient que no hi havia pactes, intentar amagar el menjar a les butxaques, sota el plat, a la paperera, al terra, per acabar plorant per fer llàstima i que se'ls hi perdonés tant com es pogués.

#### **6. Quina era la forma de dialogar amb els pacients?**

Ens deien els psiquiatres i les infermeres que els tractéssim molt de tu a tu, amb confiança però sense claudicar en les seves peticions, i mirant d'actuar amb molta normalitat, i sense tocar el motiu del seu ingrés, per que se sentissin nens normals. Per això fèiem moltes activitats per omplir les hores d'oci.

#### **7. Quina relació has observat que tenen els pacients amb els pares? Quant creus que poden arribar a influenciar aquests a els pacients?**

Els nens ingressats, únicament veien els pares quan tenien permís dels psiquiatres. De vegades no era ni cada cap de setmana.

El primer moment d'estar amb ells, actuaven com amb els voluntaris. Mirar de plorar i fer-los llàstima, demanar que els traguessin d'allà, jurar i perjurar que a casa s'ho menjarien tot..., i després, xantatge emocional dient que els abandonaven allí, que no els estimaven, que no els comprenien, que no

sabien el que patien a l'hospital. Durant la visita, en general estan contents i volen que els pares estiguin a gust amb ells.

**8. Podries especificar quines creus que són les manies que tu hagis notat que comparteixen més pacients?**

Les manies més habituals son veure's molt grassos, no menjar pràcticament res, i per suposat, res de dolç, fer exercici per cremar el màxim de calories..., i la mania de que no els entenen, que ells mengen normal, que el que passa es que no s'engreixen, però que els seus àpats son normals.

**9. Podries parlar del que se sol tractar en una sessió de teràpia de grup?**

Les teràpies de grup solien ser més per tractar i parlar de temes d'ànims, caràcter, actitud, relació amb els companys d'escola, amb la família..., que per parlar en comú els temes referents a l'alimentació.

**10. Tens algun record concret o especial d'algun pacient amb el que hagis tractat?**

Recordo la primera nena que em van assignar per acompanyar dos dies a la setmana. Estava amb ella després de la teràpia de grup, fins acabar el dinar.

Se m'intentava escapar per pujar i baixar les escales corrent per cremar calories, plorava en quan veia aparèixer les safates o els complements alimentaris que li feien prendre, i feia grans escenes dramàtiques quan venien els seus pares. Havia deixat pràcticament de menjar, i l'alimentaven majoritàriament amb sonda i li tractaven sobretot l'autoestima. Era una nena de 10 anys, amb una germana bessona, i es veia molt inferior a la seva germana. No menjava perquè creia que no feia falta a ningú, no per estètica.

Vaig estar amb ella quasi un any, i vaig viure el cansament dels pares, que quan la portaven a casa de permís, no complien amb les normes de l'hospital, per no lluitar-hi més.

Finalment, amb 11 anys, van forçar una alta abans del que recomanaven els metges, i va morir al voltant d'un mes més tard.

## 10. Conclusions

Amb aquesta recerca, volia contrastar totes les hipòtesis formulades des d'un principi i comprovar-les o refutar-les.

He pogut comprovar amb els diferents llibres i, també, amb les paraules dels especialistes, que realment és un trastorn que es dona molt més en les dones que no pas en els homes. La majoria de testimonis dels diferents llibres, solien portar per nom el d'una dona. Les voluntàries a les quals vaig entrevistar, em van assegurar haver treballat molt més amb noies que amb nois, i que la diferència era molt gran. També en els resultats de l'enquesta que vaig efectuar, es veu reflectit que les noies són molt més propenses a patir-los. Per tant, respecte a la meva hipòtesi que aquest són trastorns molt més donat en dones que en homes, puc verificar que això és cert.

Sobre el nombre de casos donats antigament i els que es donen avui en dia, també he pogut concloure que tant l'Anorèxia com la Bulímia són dues malalties que creixen, és a dir, que actualment són molt més freqüents que no pas temps enrere. Això és ocasionat pels diferents factors de la societat actual que contribueixen a que aquests trastorns de conducta es donin més. Això es basa sobretot en la personalitat, persones amb una autoestima molt baixa i que són molt exigents amb si mateixes. Persones que són per lo general molt intel·ligents, que pateixen algun tipus de repressió o tenen alguns records no assumits i algunes preocupacions que les guarden per elles mateixes durant massa temps i les expulsen cap a l'exterior mitjançant aquests trastorns. També els mitjans de comunicació d'avui en dia, contribueixen molt a que aquestes persones amb baixa autoestima i poca confiança en elles mateixes, es capfiquin en idees sobre "cossos ideals" o manies d'aquest tipus. Per això també ha fet un creixement en els últims anys, igual que el creixement que han tingut els mitjans de comunicació.

Verifico també, que l'educació alimentària dels pares als fills quan aquests encara són petits, és un factor clau per a la prevenció de la malaltia. S'ha d'acostumar els nens a fer unes dietes equilibrades, riques en tot tipus d'aliment. També és important acostumar a fer els menjars en comitè, i no cadascú per lliure. No obsessionar-los amb dietes ni amb manies. Tampoc alimentar-los excessivament per tal que no hagin de caure en el món de la

dietètica. És important mantenir uns rituals d'aliments sans per tal de que creixin sabent quina és l'alimentació correcta.

Respecte al percentatge de gent curada, és cert que és una patologia difícil de tractar, també depèn de la persona i dels anys que porti involucrada, així que el millor per a fer és assistir a un especialista quan abans, ja que no és una malaltia que es puguin curar sols, igual que qualsevol altre. Actualment, però, el percentatge de curats no és baix. S'utilitzen uns tractaments i teràpies i es fan unes activitats enfocades cap al benestar del pacient que contribueixen i es focalitzen a reduir i eliminar aquelles actituds irracionals que fan que els pacients actuïn d'aquesta manera.

L'Anorèxia i la Bulímia són, en resum, dues malalties mentals amb un fort component cultural, socials i genètic. Cultural, perquè el menjar està molt relacionat amb la cultura. Els aliments que siguin freqüents en els països, poden determinar una bona o una mala alimentació. També en cada país són diferents els rituals dels àpats, i segons la cultura condicionarà a la visió de les persones sobre els aliments. Té un fort component social, perquè és una malaltia que, a part de dependre molt del interior d'un mateix, està molt influenciada per factors exteriors que ens envolten. Per exemple, com he dit abans els mitjans de comunicació, també el que diu la gent, els amics, els tòpics i els estereotips de la societat, tots aquests són factors que incideixen i col·laboren d'una mala manera a que algú pugui caure en la malaltia. Genèticament, també està relacionada, ja que els familiars de les persones que han patit un trastorn alimentari, es diu que tenen de 4 a 5 vegades més possibilitats de patir el trastorn que l'altre gent.

Per regla general, el fet de patir Anorèxia i Bulímia, es veu principalment motivat per la personalitat. Són gent molt pessimista, que s'exigeixen molt a si mateixos, i que s'infravaloren. No volen veure lo extraordinaris que són, sinó que es capfiquen amb l'idea de que ells estan per sota de l'altre gent. És una malaltia amb la qual es pateix molt interiorment, i que fins que una persona no la viu, mai arriba a saber el que realment és patir-la. Ni tan sols els psicòlegs ni els psiquiatres que són especialitzats en aquestes malalties, arriben mai a saber el que és. Tot el patiment va per dintre i, a més, són persones poc



expressives, que es guarden tot el que senten per a elles mateixes. Això fa que al final el propi cos digui “prou” i tot aquella repressió tancada dins un cos, surti cap a fora i es mostri com a poques ganes de menjar i de viure. S’ha de tenir present que, al igual que el càncer, els Trastorns Alimentaris no són una malaltia a la qual el pacient pugui enfrontar-se tot sol. S’ha de pensar que darrere d’una gran pèrdua de pes simultània, hi ha mil sentiments resguardats, un patiment molt gran, mil idees irracionals i autolesions. Per tant, és molt important acudir als especialistes perquè, realment, són gent que mai t’ho diran, o inclús et demanaran que no ho facis, però necessiten ajuda. Existeixen, avui en dia, moltes teràpies enfocades cap a l’autoestima i millorar la moral. Aquestes, no es centren en temes de menjar, ni en les talles ni en el fet de ser prim, sinó que van més enllà. Volen incidir fins la ment del pacient i extreure allò que ha provocat el trastorn. Així quan abans un pacient es posi en teràpia, abans podrà sortir-ne. És important saber que són persones molt intel·ligents, i que coneixen tots els trucs. Es posen a fer abdominals al acabar un àpat, s’escapen per a pujar escales, es mouen ràpidament, amaguen el menjar a les butxaques... i fan mil coses més, per a reduir les calories ingerides. Però no s’ha de deixar la lluita. Els pacients amb Anorèxia o Bulímia Sí poden curar-se. La clau està en tractar-los com a gent normal, però amb certes restriccions, com l’esport o el fet de saltar-se àpats. S’ha de ser constant, però sobretot, s’han de tractar amb sentiment. No s’ha d’oblidar mai que ells tenen una lluita interior, per tant, és important comprendre’ls i cuidar-los, i mentalitzar-los de què és el que necessiten. Així, gradualment van guanyant-se la confiança dels seus supervisors, a mesura que la seva conducta es va tornant més racional. Per a cada àpat complert, poden guanyar fins a mitja hora més de visita, o inclús amb una molt bona conducta durant dies, poden guanyar-se anar el cap de setmana a casa. Tot es tracta de progrés, de millora. Però sobretot, de valorar-se, d’acceptar-se i d’estimar-se.

Amb aquest treball, puc dir que he assolit tots els objectius que tenia en un principi i més. Aquest treball m’ha portat a conèixer gent extraordinària i gent que m’ha pogut mostrar el seu punt de vista sobre la malaltia, cosa que he trobat molt interessant. He après moltes coses, i estic molt satisfeta amb la feina que he fet. A més, no m’ha costat ser constant en la elaboració de la

recerca, ja que realment és un tema que em fascina. Em fascinava al principi, i ara, encara més. Amb tot el que he après, ja tinc ganes de poder anar més enllà, i estudiar-ho encara més a fons. He viscut moltes experiències i estic molt agraïda a aquella gent que m'ha dedicat part del seu temps. Crec que són dues malalties molt complicades, però que és possible superar-les. Amb l'ajuda d'un bon equip d'especialistes, crec que es pot fer una gran feina, i ajudar a que aquestes persones aprenguin a ser felices amb allò que tenen, i que vegin que realment és molt. Els conceptes assolits aquí me'ls quedo per sempre.

## **11. Agraïments**

En primer lloc, vull agrair a la meva tutora del Treball de Recerca, per la seva implicació en tot moment, i per la seva constància amb el treball, i ajudar-me en tots els dubtes que he tingut, i aconsellar-me de la manera que millor ha sabut.

A la meva família, per aguantar les meves explicacions entusiastes sobre el treball. En concret a la meva mare, per tots els contactes als quals m'ha fet arribar, i al meu pare, per a tota l'ajuda alhora d'analitzar les enquestes i elaborar els gràfics.

A la M.C, per acollir-me a casa seva a Itàlia i permetre'm viure una gran experiència, portant-me a la seva consulta i presentant-me a una pacient. Per tots els correus compartits, resolent-me tots els dubtes i la seva dedicació i atenció.

A la L.A. i l'A.A, dues pacient, per tenir unes ganes tant grans de fer aportacions des del punt de vista més sincer i més coneixedor de la malaltia.

A la B.I. i la P.M, dues voluntàries que em van rebre amb els braços oberts i van explicar-me tot el que sabien.

I per a tota la gent que ha fet petites aportacions, des de els meus amics, fins a tota la unitat de voluntaris de Sant Joan de Déu i per a la col·laboració de tots els alumnes de tercer, quart d' ESO i primer de Batxillerat del meu centre.

## 12. Bibliografía

BESTERIO. L; GARCÍA. A. *Adolescencia, orientaciones para padres y educadores*. León: Everest, 2004.

BARLOW, D. *Psicopatología*. Madrid: Thomson, 2004.

BELLOCH. A; SANDÍN. B; RAMOS. F. *Manual de psicopatología*. Madrid: McGRAW-HILL, 1995

CUESTA. Maria. *La meva anorèxia*. Barcelona: Pòrtic Visions, 2010.

FREIRE. Laura. *Cuando comer es un infierno: confesiones de una bulímica*. Madrid: Aguilar, 2002.

MATEOS. Sara. *Cuenta atrás para un cuerpo diez*. Madrid

NARDONE. Giorgio. *Más allá de la anorexia y la bulimia*. Milà: Paidós, 2003,

TORO. Josep. *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel, 2011.

TORO. Josep. *El cuerpo como enemigo*. Barcelona: Martínez roca, 2000.

## Webgrafia

- [8/4/2014] <http://www.itacat.com/trastornos-conducta-alimentaria/objetivos.html>
- [8/4/2014] <http://www.xtec.cat/monografics/edsalut/anorexia.pdf>
- [9/4/2014] <http://www.webconsultas.com/anorexia/anorexia-271>
- [9/4/2014] <http://www.webconsultas.com/categoria/tags/trastornos-alimentarios>
- [9/4/2014] <http://www.webconsultas.com/bulimia/bulimia-277>
- [13/5/2014] <http://www.webconsultas.com/anorexia/tratamiento-de-la-anorexia-276>
- [25/5/14] <http://www.webconsultas.com/categoria/salud-al-dia/bulimia>
- [26/5/2014] <http://www.webconsultas.com/anorexia/causas-y-riesgos-de-la-anorexia-274>
- [10/6/2014] <http://www.webconsultas.com/bulimia/complicaciones-de-la-bulimia-1952>
- [19/6/2014] <http://platea.pntic.mec.es/~mmotta/webnc/anorexiaybulimia4.htm>
- [19/6/2014] <http://www.taringa.net/posts/info/1493198/Bulimia-y-Anorexia-informacion-completa.html>
- [25/6/14] [http://es.wikipedia.org/wiki/Mujeres\\_ayunadoras](http://es.wikipedia.org/wiki/Mujeres_ayunadoras)
- [25/6/14] [http://es.wikipedia.org/wiki/Venus\\_paleol%C3%ADticas](http://es.wikipedia.org/wiki/Venus_paleol%C3%ADticas)
- [25/6/14] <http://anorexia-me.blogspot.com.es/2012/03/entrevista-psiquiatra-sobre-la-anorexia.html>
- [25/6/14] <http://www.gutierrezsalegui.com/2005/04/entrevista-sobre-trastornos.html>
- [27/6/14] <http://www.webconsultas.com/categoria/tags/trastornos-alimentarios>
- [27/6/14] <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/anorexia>
- [30/6/14] <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/bulimia>
- [2/7/14] [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1727](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1727)
- [2/7/14] [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf)

[2/7/14]<http://www.monografias.com/trabajos33/sicopatologias-alimentarias/sicopatologias-alimentarias.shtml>

[3/7/14]<http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevenccion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>

[4/7/14]<http://mensalus.es/psicologos/trastornos-alimentarios-la-deteccion-precoz-es-vital/>

[12/7/14]  
[http://elpais.com/diario/2009/07/06/sociedad/1246831201\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2009/07/06/sociedad/1246831201_850215.html)

[13/7/14][http://www.nytimes.com/2006/09/21/fashion/21MODELS.html?page-wanted=2&\\_r=2](http://www.nytimes.com/2006/09/21/fashion/21MODELS.html?page-wanted=2&_r=2)

[20/7/14]<http://www.uab.cat/servlet/Satellite?cid=1096481464166&pagename=UABDivul%2FPPage%2FTemplatePageDetallArticleInvestigar&param1=1315892583718>

[21/7/14] <http://platea.pntic.mec.es/~mmotta/webnc/anorexiaybulimia4.htm>

[22/7/14] <http://es.slideshare.net/etomasp/avantatges-i-inconvenients-de-la>

[22/7/14] [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1727](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1727)

[24/7/14]<http://www.monografias.com/trabajos33/sicopatologiasalimentarias/sicopatologias-alimentarias.shtml>

[30/7/14][http://www.boletindesalud.com/home/index.php?option=com\\_content&view=article&id=329:patologias-alimentarias&catid=16:notas-y-articulos&Itemid=6](http://www.boletindesalud.com/home/index.php?option=com_content&view=article&id=329:patologias-alimentarias&catid=16:notas-y-articulos&Itemid=6)

[30/7/14] <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/anorexia>

[3/8/14] <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/anorexia>

[4/8/14] <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/anorexia>

[4/8/14] <http://www.xtec.cat/monografics/edsalut/anorexia.pdf>

[6/8/14] <http://www.carolyncollado.com/you-are-not-a-sketch-wake-up-call-for-anorexic>

[8/8/14] <http://trastornos.wordpress.com/>

[14/8/14]<http://html.rincondelvago.com/medios-de-comunicacion-y-tratornos-alimenticios.html>

[14/8/14] <http://www.google.cat/search?q=oriana+mujeres+y+hombres>

[15/8/14]<http://track.lifestylegazette.net/tracking202/redirect/cl2.php?q=http%3A%2F%2Fppc11.enigma.revenuewire.net%2Fspyhunter2%2Fregister>

[16/8/14]<http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsdisorders/anorexiaandbulimia.aspx>

[31/8/14][http://www.ehowenespanol.com/afectan-revistas-adolescentes-como\\_178348/](http://www.ehowenespanol.com/afectan-revistas-adolescentes-como_178348/)

[31/8/14]<http://www.google.cat/url?sa=t&rct=j&q=como%20afectan%20las%20revistas%20a%20los%20adolescentes&source>

[31/8/14]<http://integracionsocialsa.wordpress.com/2007/11/28/las-revistas-para-adolescentes-exponen-un-modelo-de-mujer-caza-hombres/>

[1/9/14]<http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsdisorders/anorexiaandbulimia.aspx>

[3/9/14]<http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsdisorders/anorexiaandbulimia.aspx>

