



ESTUDI DE LES PRÀCTIQUES DE RISC D'ANORÈXIA AL CENTRE LLUÍS DE REQUESENS

Hana Bourgila
Tutora: Àngels Morillo
2n de Batxillerat A
Lluís de Requesens

Agraeixo a la meva tutora Angi la seva paciència, constància i suport, sense els quals l'elaboració d'aquest treball no hagués estat possible. A la meva germana Iman per les seves correccions, a tots els tutors i alumnes de quart per la seva col·laboració i als meus companys Alexis, Josep, Laura i Adaia per formar part del grup de discussió.

Índex

1. Introducció: Objectius i qüestions a tractar	1
2. Què és l'anorèxia nerviosa?	3
3. Causes	4
4. Simptomatologia	5
5. Diagnòstic	7
6. Tractaments	9
6.1. Fases	11
6.1.1. Fase de recuperació de pes	11
6.1.2. Fase d'estabilització del pes, restabliment psicològic i prevenció de recaigudes	13
6.2. Tractament individual ambulatori cognitiu – conductual	14
6.3. Tractament grupal	17
7. Prevenció	28
8. Conductes de risc	33
8.1 Exemple actual: <i>El “Thigh Gap”</i>	34
9. Bellesa	35
9.1. Què és?	35
9.2. Origen	35
9.3. Classes de bellesa	38
9.4. Bellesa humana	38
9.5. Cànon de bellesa	40
9.6. Evolució dels cànon de bellesa durant la història	42
10. Els ideals de bellesa en relació a l'auto imatge i l'auto concepció en relació a l'anorèxia nerviosa i les seves conductes de risc	48
11. Pràctica	49
11.1. Metodologia	49
11.2. Conclusions	72
12. Annexos	74
13. Bibliografia i fonts d'informació	87

1. INTRODUCCIÓ

Tots hem sentit parlar algun cop d'anorèxia (nerviosa), i pensem que sabem el que és. Si algú ens preguntes què és automàticament respondríem que és una malaltia que consisteix a deixar de menjar voluntàriament. A simple vista sembla una cosa molt senzilla i quan sentim d'algú que està en tractaments molt complexos per superar aquest trastorn pensem que no deu ser tan difícil que és tan simple com menjar i recuperar el pes perdut. Però amb aquesta recerca vull provar que no és així, que l'anorèxia va més enllà de deixar de menjar així perquè si, ja que és tot un procés que va des de les pràctiques de risc fins a l'aparició del trastorn com a tal, passant per una sèrie de símptomes molt característics.

També és cert que la majoria de nosaltres, quan sentim a parlar d'anorèxia nerviosa és com si sentíssim a parlar d'alguna cosa que no té res a veure amb nosaltres i que no ens afecta ni ens afectarà, ja que, com he dit anteriorment, tenim la idea, totalment errònia, que és una cosa que la persona en qüestió decideix que vol fer, però vull investigar en profunditat aquest trastorn que a tanta gent afecta i del que se sap relativament poc si el comparem amb altres malalties, per tal de demostrar que no és una cosa tan aïllada i tan llunyana a nosaltres.

A partir d'aquest moment partim de la base que aquesta recerca consta de tres objectius principals que citaré a continuació:

En primer lloc vull investigar quines són les pràctiques de risc que duen a terme els joves d'entre 15 i 16 anys al centre **INS Lluís de Requesens**. A partir de les dades que recolliré podré comprovar si realment aquests joves duen a terme més practiques de risc de les que es pensen, les quals augmenten considerablement el percentatge de risc de patir anorèxia, sobretot si es duen a terme durant un llarg període de temps. També podré observar el nivell de conscienciació i informació que té la població d'aquesta franja d'edat.

Tot seguit, a partir de la informació que obtingui amb les enquestes, realitzaré un perfil d'allò que aquests joves consideren el noi i noia ideals (en quant a bellesa).

Per altra banda si parlem d'anorèxia nerviosa és inevitable parlar de cànons de bellesa i estereotips i aquests afecten directament en la concepció que tenen aquests joves de si mateixos, i aquí ens trobem amb el segon objectiu de la recerca que és investigar quina concepció tenen les noies de si mateixes i dels nois i viceversa.

Per últim, el tercer objectiu, i de major pes, és saber més d'aquest trastorn i poder posar el meu granet de sorra aportant dades sobre els joves de la franja d'edat que estudiaré al centre **INS Lluís de Requesens** i que poden ser útils per un futur projecte de recerca centrat en la conscienciació d'aquests alumnes mitjançant una unitat didàctica basada en diverses sessions de tutoria.

2. QUÈ ÉS L'ANORÈXIA NERVIOSA?

L'anorèxia nerviosa és un trastorn de la conducta alimentaria que suposa la pèrdua de pes provocada per la pròpia persona que el pateix i molt sovint va acompanyat d'altres problemes psicològics com ara l'estrès o l'ansietat.

Es caracteritza per una obsessió per perdre pes i, per tant, també temor a augmentar-ne i una visió distorsionada del cos, és a dir, una persona que pateix aquest trastorn quan es mira al mirall es veu obès mentre que realment està per sota dels paràmetres de pes saludables, aquesta percepció errònia del cos porta a que l'individu en qüestió iniciï una pèrdua de pes progressiva mitjançant la reducció de la ingesta d'aliments i dejunis. Comencen a eliminar de la seva dieta els hidrats de carboni, els greixos, les proteïnes i inclús els líquids, arribant a casos de deshidratació extrema. A aquestes mesures dràstiques se li poden sumar altres conductes associades com la utilització de diürètics, laxants, purgues, vòmits provocats o excés d'exercici físic. Aquestes persones poden arribar a perdre entre un 15 i un 50 per cent del seu pes corporal.

Cal diferenciar també entre anorèxia i anorèxia nerviosa, tot i que és parla d'anorèxia nerviosa i anorèxia com si es tractes del mateix. L'anorèxia en si és un símptoma de situacions patològiques, que consisteix en la reducció de la gana i per tant, que comporta la reducció de la ingesta d'aliments. Deriva a una reducció de pes i és símptoma de malalties de gastroenteritis, diarrea, malalties psicològiques com la depressió... En canvi l'anorèxia nerviosa es caracteritza pels següents criteris de diagnòstic: por a engreixar o a tornar-se obès, negació per part de qui la pateix a mantenir el pes corporal a dins dels nivells saludables per la seva edat i alçada, distorsió de la percepció de la forma o el pes del cos, pensaments constants referents al pes o forma corporal, negació del fet que la persona en qüestió està per sota del pes corporal adequat...

3. CAUSES

L'anorèxia nerviosa pot afectar a qualsevol persona però és més freqüent la seva aparició en dones, al fi de l'adolescència i a l'inici de la joventut. Aquesta edat és de major vulnerabilitat perquè és aquella que és produïxen els canvis corporals propis de la pubertat i s'associen a freqüents sentiments d'insatisfacció corporal junt amb les dificultats emocionals pròpies de l'adolescència.

Aquest trastorn també afecta la població masculina, tot i que amb menor freqüència i amb característiques diferenciades, aquest va molt vinculat a aspectes de sobrevaloració de la cura de la imatge i de l'exercici físic.

Cal destacar que existeixen grups de població de risc en la que és més freqüent el trastorn, per la major vulnerabilitat en relació amb factors socioculturals que poden jugar un paper determinant en el desenvolupament de l'anorèxia nerviosa, com ara els ideals estètics, els elevats nivells d'exigència, etc. (aquest és el cas d'esportistes, gimnastes, models, ballarines...). En aquests sectors el risc és tres o quatre vegades major que en la resta de població.

Altres factors generals que s'associen a factors desencadenants o a certa vulnerabilitat que precipiten el desenvolupament del trastorn són el fracàs escolar, els successos traumàtics (com ara accidents), la separació dels pares, l'obesitat materna, etcètera.

L'aparició de l'anorèxia nerviosa és més freqüent entre els familiars d'un pacient ja afectat pel trastorn. És també destacable que es tracta d'un grup de patologies pròpies de la cultura occidental, que són poc freqüents a Àsia i Àfrica. Malgrat això, es detecten cada cop més casos de pacients immigrants a l'integrar-se a països occidentals, probablement per la influència de factors socioculturals. En un principi es considerava que afectava més a grups socials de nivell socioeconòmic alt, però segons l'ACAB (Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia) actualment s'observa una afectació uniforme de totes les classes socials.

Les particularitats d'aquesta patologia dificulten la pràctica d'estudis estadístics. Tot ai això és important ressaltar l'increment de casos a partir de la dècada dels

seixanta, probablement pels factors socioculturals i per l'augment de la sensibilitat diagnòstica davant d'aquest trastorn. La incidència (nombre de casos nous en un període determinat) ha augmentat notablement durant les últimes dècades. En l'actualitat s'observa una tendència a l'estabilitat, que contrasta amb l'augment progressiu de casos de bulímia nerviosa.

Segons càlculs realitzats per la Fundació Adeslas, de Segur Caixa, la prevalença (proporció d'individus afectats en un moment determinat) en homes no és superior al 10% dels casos. Als països occidentals la incidència és de 8 casos per cada 100.000 habitants. A Espanya s'ha calculat una prevalença total de trastorns de la conducta alimentaria entre dones de 12 a 21 anys, del 4,1 al 6,4%; i del 0,14% al 0,69% per l'anorèxia nerviosa.

L'increment progressiu de l'obesitat infantil a la nostra societat és un factor important en la futura aparició de trastorns de la conducta alimentaria en la joventut i edat adulta. S'ha detectat a estudis realitzats recentment que un 23,5% dels nens espanyols d'entre 3 i 5 anys pateixen obesitat o sobrepès, la qual cosa fa preveure un increment en el nombre de casos de trastorns de la conducta alimentaria en els pròxims anys.

4. SIMPTOMATOLOGIA

Un símptoma és un indicatiu o senyal d'una cosa, un canvi que es produeix en el funcionament normal de l'organisme i que anuncia una malaltia.¹

Els símptomes més coneguts són el rebuig al menjar i la insatisfacció amb el propi cos. Els afectats duen a terme una dieta restrictiva molt estricta, fruit de l'obsessió per aprimar, tenen un pes molt baix y alguns s'obsessionen també amb l'activitat física. En el cas de les dones un altre símptoma és la falta de menstruació (amenorrea) o inclús l'infertilitat. En un principi la dieta sol estar guiada per algun nutricionista o metge però gradualment es va estructurant una conducta alimentaria anormal i les pautes a seguir són cada cop més extravagants y restrictives.

¹ Trobat a: Diccionari català DIDAC.

Cal destacar el fet que les persones afectades d'anorèxia nerviosa neguen habitualment partir el trastorn, mostren poca preocupació pel seu estat físic malgrat la seva extremada pèrdua de pes i la desnutrició. No busquen ajut mèdic.

A part d'aquests símptomes que són bastant coneguts i alguns molt visibles, hi ha molts més. Alguns d'ells són els següents:

SÍMPTOMES FÍSICS:

- Estrenyiment, dolor abdominal, vòmits, etc.
- En casa d'inici precoç es pot produir un retràs del creixement.
- Sensació constant de fred.
- Sensació de sacietat abans dels àpats, nàusees o inclús absència de sensacions.
- Reducció de les pulsacions cardíques.
- Es produeixen arítmies que poden derivar en una aturada cardíaca.
- Baixa pressió arterial.
- Disminució de la massa òssia i en els més joves es frena la velocitat de creixement.
- Anèmia.
- Amenorrea (pèrdua de la menstruació). Aquesta es pot donar en fases inicials, abans que la pèrdua de pes sigui destacada.
- Pèrdua de cabell.
- Pell seca i groguenca.
- ETC.

SÍMPTOMES EN LA CONDUCTA:

- Obsessió no només per la imatge i l'esport, sinó també pels estudis.
- A l'hora de menjar solen barrejar els aliments del primer i segon plat en un sol, trossejar o amanir excessivament aquests aliments.
- El ritme dels àpats és molt lent.
- Es pesen cada dia o inclús després de cada ingesta o de cada conducta purgativa.
- Presenten el desig de menjar sols.

- Menteixen respecte del que han menjat.
- Alguns controlen la dieta dels seus familiars i centren la seva activitat entorn de la cuina i la manipulació d'aliments que després ells no ingeriran.
- Preocupació excessiva per la composició calòrica dels aliments.
- Ús de trampes per evitar el menjar.
- Hiperactivitat (a l'àmbit laboral, esportiu i acadèmic).
- Irritabilitat, tristesa, tendència a l'aïllament social, dificultat per expressar els sentiments...
- Menjar despullats davant d'un mirall per augmentar el sentiment de culpa.
- Colpejar-se l'estómac quan tenen gana.
- Insomni.
- Banyar-se en aigua freda per accelerar el metabolisme.
- Depressió.
- ETC.

5. DIAGNÒSTIC

L'anorèxia nerviosa es diagnostica, generalment, basant-se en la intensa pèrdua de pes i els símptomes psicològics característics. L'anorèxic/ a típic es un adolescent que ha perdut almenys un 15% del seu pes corporal, tem l'obesitat, nega estar malalt i sembla sa.

Segons estudis realitzats per l'**ANAD** (*National Association of Anorexia and Associated Disorders*) un 10 - 15% de les persones que pateixen aquest trastorn són homes, la resta són dones, majoritàriament joves. D'aquests afectats, segons les estadístiques, només 1 de cada 10 rep tractament, i solament un 35% rep tractament especialitzat de trastorns d'alimentació.

Cal recalcar que durant els últims anys s'ha produït un augment de casos masculins, dones adultes i nens. Es calcula que un 20% d'homes homosexuals pateixen anorèxia nerviosa.

També considero que és una dada important el fet que els TCA² són les malalties mentals amb taxa de mortalitat més elevada, concretament la de l'anorèxia es troba en un 4%, però s'ha de tenir en compte que un 20% d'afectats moren a causa d'efectes secundaris del trastorn, com ara atacs de cor o suïcidis.

Segons aquests estudis l'anorèxia afecta a més persones a la societat occidental, aquesta pot ser lleu i transitòria o greu i duradora. Es calcula que hi ha entre un 10 i un 20%, com ja s'ha citat, de casos letals. El número de casos lleus, en canvi, no es pot calcular ja que alguns no arriben a ser diagnosticats. Per tant aquestes xifres són només dades aproximades. Existeixen col·lectius més propensos a patir aquests trastorns, com per exemple gimnastes, ballarins o models.

Hi ha uns factors de risc que propicien la malaltia, com ara:

- Els models socials de bellesa, allunyats dels paràmetres saludables.
- La influència de familiars i amics que recalquen aquests models.
- La falta d'afecte i/o presència d'altres conflictes afectius.
- L'abús sexual.
- La baixa autoestima.
- La dificultat per afrontar l'estrès.

Dins de l'anorèxia nerviosa es poden distingir dos subtipus:

- Subtipus restrictiu: L'afectat disminueix la ingesta d'aliments de manera molt estricta, la qual cosa comporta una pèrdua de pes progressiva fins a arribar a la desnutrició. En aquest cas l'afectat no recorre a sobreingestes, afartaments o purgues.
- Subtipus bulímic: En aquest cas el pacient no aconsegueix controlar de forma tan estricta la sensació de gana i fracassen en la seva voluntat de mantenir la restricció alimentaria. En conseqüència, poden aparèixer conductes bulímiques en forma d'afartaments i conductes purgatives ,

² Trastorns de la Conducta Alimentaria. Grup de trastorns de la conducta alimentaria mentals caracteritzats per una conducta alterada davant la ingesta alimentaria o l'aparició de comportaments de control de peso. Aquesta alteració comporta problemes físics i del funcionament psicosocial de l'individu.

com ara la provocació de vòmits o l'abús de laxant i diürètics juntament amb la intensificació de les conductes alimentàries restrictives. Aquest grup sol tenir altres conductes impulsives, juntament amb l'abús de l'alcohol i drogodependències i tenen major risc de cometre suïcidi.

6. TRACTAMENTS

Els objectius principals del tractament són la correcció de la malnutrició i els trastorns psíquics del pacient. S'intenta aconseguir un ràpid augment de pes i la recuperació dels hàbits alimentaris, ja que poden implicar un major risc de mort.

Una recuperació total del pes no implica la curació de la malaltia, ja que es tracta d'una malaltia psiquiàtrica i ha de rebre els tractaments pertinents com a tal. Es recomana que el tractament parteixi d'una detecció precoç del trastorn, tot seguit d'una coordinació entre els serveis sanitaris implicats (psiquiatria, endocrinologia i pediatria) i seguiment ambulatori un cop el pacient ha rebut l'alta amb visites regulars, ja que les hospitalitzacions solen ser prolongades, la qual cosa suposa una desconexió total de l'entorn, això pot ser perjudicial pel desenvolupament normal de l'adolescent, per això és aconsellable, sempre que sigui possible, que els tractaments siguin ambulatoris. Aquest només és efectiu quan:

- Es detecta el trastorn de manera precoç.
- Quan no hi ha episodis de bulímia ni vòmits i existeix un compromís familiar de cooperació.

Tractament mèdic: L'ingrés a un centre mèdic és necessari en determinats casos:

- Quan la desnutrició és molt greu i es donen alteracions als signes vitals.
- Quan les relacions familiars són inestables i és millor aïllar al pacient.
- Quan s'agreugen els desordres psíquics.

L'inici del tractament de realimentació pot provocar molèsties digestives, ja que l'organisme s'ha desacostumat a la ingesta d'aliments. En cas que el pacient sigui una dona, amb el temps es restableix la situació biològica i retorna la menstruació.

Després de la realimentació comença el tractament psicològic, que té com a objectiu eliminar la percepció errònia del cos, millorar l'autoestima i desenvolupar les habilitats socials i comunicatives entre l'afectat i el seu entorn. A aquesta part del tractament la família ha de formar-ne part de manera activa, ja que a vegades el factor desencadenant es troba a aquesta i, a més, part de la recuperació tindrà lloc a casa.

A continuació parlaré les fases del tractament i aprofundiré en cada una d'elles per tal d'entendre en què consisteix aquest i així poder distingir la part psicològica de la part física.

Actualment l'oferta terapèutica a pacients amb TCA va des de teràpies conductuals més o menys estrictes a procediments de teràpia psicoanalítica, passant per la hipnosis. Fa més de 30 anys Dally i Sargant (1960) van descriure un tractament de l'anorèxia nerviosa que consistia en una combinació de clorpromazina³ i insulina modificada. Des d'aleshores s'han descrit nombroses y variades modalitats de tractament, però en aquesta investigació em centraré en el tractament cognitiu-conductual, ja que aquest tracta el passat del pacient juntament amb els seus pensaments per tal de millorar qüestions físiques, és a dir, partint d'una base psicològica pretén millorar la part física del trastorn.

Per descriure els diferents tipus de tractament existents, independentment de l'enfocament o marc teòric empleat, la majoria d'autors emfatitzen en la necessitat de dur a terme dos passos terapèutics diferenciats en pacients amb anorèxia nerviosa: en primer lloc, un tractament per la recuperació del pes fins a arribar a valors normals; en segon lloc, un tractament dirigit al manteniment del pes, és a dir, tractament de factors psicològics i prevenció de recaigudes.

Per la determinació de quins procediments són els més adequats cal tenir en compte si el pacient es troba en una fase inicial i presenta menor

³La clorpromazina és un neurolèptic(calmant) antipsicòtic que pertany a la família de les fenotiazines.

simptomatologia i/o psicopatologia, en aquest cas poden limitar el tractament a procediments ambulatoris, però en cas que el pacient estigui en una fase més avançada del trastorn s'ha de procedir a l'internament de l'afectat.

A diferència de la bulímia nerviosa (Fairburn i cols.,1993) en l'anorèxia nerviosa, la recuperació d'un pes adequat i/o hàbits alimentaris regulars és un objectiu principal del tractament (Garner, Vitousek i Pike, 1977).

6.1. FASES

6.1.1 FASE DE RECUPERACIÓ DE PES

Com he comentat anteriorment, la majoria d'autors coincideixen que la recuperació del pes constitueix un dels objectius principals en una fase inicial del tractament, mentre que el/la pacient es trobi en un estat de caquèxia⁴ o de greu baix pes. Durant aquesta fase inicial mostren nul·la utilitat els tractaments psicològics i psicoterapèutics; tinguem en compte que molts símptomes físics i psíquics apareixen de fet com a conseqüència o resultat de l'estat de malnutrició en el que es troben aquests pacients (Keys, 1950): aquests és el cas de símptomes físics, citats a la pàgina 8, freqüents com el lanugen⁵, la bradicàrdia⁶, l'estrenyiment i l'amenorrea⁷ (Turón, 1997) i de símptomes psicològics, com la irritabilitat, les discussions freqüents amb els pares, la tendència a l'aïllament social... Aquests símptomes solen desaparèixer, totalment o parcialment, un cop el pacient comença a recuperar uns hàbits alimentaris i un pes normals (Sharp i Freeman, 1993; Graner, 1989; Schoken , 1989).

Com a opció terapèutica intermèdia entre les dos modalitats ja mencionades (tractament de caràcter ambulatori i/o ingrés) adquireixen cada cop més importància el tractaments en règim d'hospital de dia: els pacients acudeixen a l'hospital tant per realitzar determinats àpats com el tractament psicològic corresponent en grup. En molts casos, aquesta estratègia és la més adequada

⁴ és un estat d'extrema desnutrició, atròfia muscular, fatiga, debilitat i anorèxia en persones que no estan tractant-se.

⁵ borrisol fi que apareix en anorèxia nerviosa per la rapida davallada de greix corporal.

⁶ Alentiment del ritme cardíac.

⁷ Falta de menstruació.

per l'afavoriment de la generalització de les conductes apreses perquè permet als pacients tornar al seu àmbit social habitual un cop finalitzat el dia.

Per saber quin és el pes corporal necessari, i puguem parlar d'una recuperació i normalització de pes durant un tractament, comunament s'utilitza un dels tres procediments que a continuació s'especifiquen:

- Taules estàndards d'edat-pes-altura (Metropolitan Life Insurance Company, 1983)
- Índex de Broca⁸
- Índex de massa corporal (*body mass index*, BMI)⁹

Els estudis actuals incideixen majoritàriament en els avantatges de l'ús d'índexs com el BMI, perquè contempla les diferències tant constitucionals com d'edat en els pacients. I així, tenim que l'interval de pes corporal normal resulta de multiplicar l'altura² (m²) per un valor de 20 obtenint així el valor mínim de l'interval de pes corporal (en kg), mentre que el valor superior del pes normatiu quedaria determinat multiplicant l'altura² per 25, o 24 segons alguns autors (Bray, 1987)

Durant aquesta primera fase, s'aconsella generalment la realització de 3 a 5 ingestes calòriques diàries, equivalents a un mínim de 2.500 kcal al dia, amb reducció de l'exercici físic i abandonament de la ingesta de productes *light*, de laxants i/o diürètics. Així la recuperació de pes es veuria incrementada progressivament.

Respecte a com aconseguir una normalització del pes, si bé el mètode es veu influït pel marc teòric que es prengui com a referència, està demostrat que procediments conductuals i de modificació de conducta presentaran major efectivitat en la ràpida recuperació del pes corporal d'aquests pacients. (Touyz i Beumont, 1997; Saldaña, 1994).

⁸ Broca = altura - 100 - 15%.

⁹ BMI = pes (kg)/altura² (m²).

6.1.2 FASE D'ESTABILITZACIÓ DEL PES, RESTABLIMENT PSICOLÒGIC I PREVENCIÓ DE RECAIGUDES.

Segons Szmukler (1989), el tractament psicològic i/o psicoterapèutic individual, la teràpia familiar o ambdós, són els procediments principals que s'han d'utilitzar durant aquesta fase. Aquesta es duu a terme bàsicament en un marc ambulatori, com a mínim durant un o dos anys. Els objectius d'aquesta fase són tant d'índole simptomàtica (manteniment del pes recuperat) com no simptomàtica (restauració psicològica del pacient i tractaments de dèficit conductuals i/o demés problemes existents).

Independentment del model teòric empleat, hi ha tres aspectes que hauran de caracteritzar aquesta fase de tractament (Fernández, 1997):

- Valoració y enfortiment de motivació pròpia del pacient i establiment d'una relació terapèutica adequada.
- Esclariment y objectivació del problema alimentari del pacient i anàlisi funcional explicatiu de possibles factors precipitants, conseqüències i factors mantenidors del trastorn, que permetin arribar a possibles hipòtesis terapèutiques.
- Resolució dels problemes personals (del pacient) i/o interpersonals (en relació amb el seu medi).

Tanmateix, durant el tractament en fase d'estabilització del pes i recuperació psicològica, haurien d'abordar-se tant els problemes psicològics del pacient, com la evolució del pes i el manteniment d'una alimentació adequada. Sobre els aspectes més simptomàtics, s'incideix en tractaments de caràcter cognitiu-conductual¹⁰.

¹⁰ Són orientacions de la teràpia cognitiva enfocades en la vinculació del pensament i la conducta, i que recullen les aportacions de diferents corrents dins de la psicologia científica.

6.2 TRACTAMENT INDIVIDUAL AMBULATORI CONGNITIU- CONDUCTUAL

Davant d'un pacient que pateix un trastorn alimentari, sota un enfocament cognitiu-conductual, durant les primeres sessions (2 o 3 sessions) denominades probatòries, han de quedar esclarits els següents punts:

- Motivació de canvi del pacient i de grau de cooperació d'aquest i dels familiars.
- Microanàlisi de la conducta problemàtica (tipus de conducta alimentaria, pes, conducta compensatòria¹¹, etc.) i esclariment de problemes associats.
- Objectivació de la conducta alimentaria del pacient a través de la realització d'auto registres.
- Macroanàlisi y anàlisi funcional de la conducta problemàtica (ex: conseqüències positives i negatives del trastorn)
- Objectius del pacient i grau de realisme d'aquests (ex: pes ideal).
- Conflictes interpersonals i discussions familiars creades arrel del trastorn alimentari

Un cop presa la decisió mútua d'inici del tractament, el pacient ha de portar el registre alimentari i una mesura del seu pes a cada una de les sessions, que en principi es realitzen setmanalment.

La recuperació alimentaria i de pes, les normes nutricionals i els aspectes socioeducatius han de prioritzar-se, especialment en pacients amb un pes molt baix.

Durant aquestes fases inicials és necessari en molts casos la conscienciació dels pares i/o conjugues i l'explicació de pautes alimentaries bàsiques. El pacient haurà de veure aquests patrons alimentaris com un ajut per sortir del trastorn i no com una mesura de control.

Tot tractament individual constarà de dues etapes:

- 1) Sessions probatòries, que són les prèviament explicades.
- 2) Sessions terapèutiques

¹¹Conducta que es duu a terme para "omplir" una satisfacció quan aquesta no es dona espontàniament

- a) Objectivació del pes i de l'alimentació
- b) Pautes nutricionals i socioeducatives sobre alimentació i pes.
- c) Pautes bàsiques a familiars per aconseguir una reducció de factors mantenidors del trastorn.
- d) Introducció del model cognitiu.
- e) Objectivació i reestructuració de pensaments relacionats amb el pes, l'alimentació i l'autoestima.
- f) Resolució de problemes.
- g) Prevenció de recaigudes i anàlisi de factors de risc.
- h) Sessions de control.

En l'actualitat aquest tipus de tractament es mostra com un dels més efectius en pacients amb trastorns d'alimentació. Incideix en aspectes simptomàtics dels problemes alimentaris (pes, alimentació, nutrició, cognicions ¹², hàbits alimentaris i familiar, conductes compensatòries de vòmit i/o purga, ¹³etc.) i en aspectes no simptomàtics (dèficits conductuals del pacient, problemàtiques interpersonals, resolució de problemes). Aquest tipus d'enfocament, tal i com indica el seu nom, esta compost d'aspectes conductuals i cognitius.

- **Aspectes conductuals**

Els aspectes conductuals comprenen un conjunt de tècniques terapèutiques amb l'objectiu de canviar directament conductes anormals, més que preocupar-se per la resolució de conflictes interns i/o traumes que indirectament conduïssin a la resolució del trastorn alimentari; és a dir, estan dirigits al aquí i ara.

Sota aquest marc teòric es consideren conductes problemàtiques i anormals tant els aspectes simptomàtics, per exemple hàbits alimentaris inapropiats, baix pes i pors davant determinats aliments, com els no simptomàtics o indirectes, per exemple dèficits i carències conductuals que apareixen amb freqüència en

¹² Facultat d'un ésser per processar informació a partir de la percepció, el coneixement adquirit (experiència) y característiques subjectives que permeten valorar la informació.

¹³ Medicina que serveix per evacuar el ventre.

aquests pacients (ex: baixa autoestima, escasses relacions socials, conflictes interpersonals) que determinen i/o mantenen el trastorn alimentari.

Tota intervenció terapèutica està precedida per la realització d'un *contracte conductual*, en el que queden explicats tots els objectius que es volen assolir i els deures i compromisos del pacient i el terapeuta.

Durant les primeres sessions es duu a terme una objectivació de la conducta alimentaria, a través d'auto registres alimentaris detallats, com un anàlisi conductual i funcional, entès com un anàlisi detallat de factors precipitants, desencadenants, mantenidors i conseqüents (a curt i mig termini) que ajuden a entendre l'aparició i/o manteniment del trastorn alimentari. Tota aquesta informació permet postular determinades hipòtesis explicatives de la simptomatologia i/o trastorn del pacient. Només així poden localitzar-se aspectes desencadenants d'una conducta anòmla, y per tant susceptibles d'intervenció terapèutica.

- **Aspectes cognitius**

L'ús de la teràpia cognitiva en el tractament dels pacients amb trastorns d'alimentació s'inspira en el treball realitzat per Beck (1976) amb pacients depressius i fòbics. Els pacients amb trastorns de l'alimentació presenten cognicions i creences irracionals envers el menjar, l'augment de pes i la imatge corporal. La teràpia cognitiva parteix de la premissa que, si aquestes cognicions i creences són auto criticades i rebutjades pel pacient, llavors la por desmesurada a engreixar i la preocupació excessiva pel menjar i el pes es superaran.

Nombrosos autors han intentat categoritzar i sistematitzar les cognicions anormals en l'anorèxia nerviosa (Garner i Bernis, 1985; Vitousek, 1995).

ESTRUCTURA D'UN TRACTAMENT INDIVIDUAL COGNITIU-CONDUCTUAL:

De 20 a 25 sessions

Fase I: socioeducativa i nutricional

- Augment de consciència del trastorn i del nivell de motivació del pacient.
- Pautes socioeducatives-nutricional .

- Determinació del grau d'implicació familiar.

Fase II: conductual

- Objectius del pacient
- Objectivació dels hàbits alimentaris i de les pautes sobre normalització alimentària.
- Recuperació de pes i hàbits alimentaris.

Fase III: cognitiu-conductual

- Mantenir l'èmfasi en la normalització alimentària i del pes.
- Introducció del model cognitiu.
- Objectivació de cognicions irracionals.
- Disminució de factors mantenidors.

Fase IV: prevenció de recaigudes

- Valoració dels factors de risc.
- Manteniment dels objectius assolits.

A totes les fases es realitza la monitorització d'àpats i pes.

6.3 TRACTAMENT GRUPAL

Al llarg dels anys, la teràpia individual i familiar han estat les intervencions terapèutiques més comunament utilitzades pel restabliment del pes i la reparació del desenvolupament i de dèficits psicològics d'aquests pacients, però aquests procediments en alguns casos són insuficients per resoldre els seus problemes psicològics i socials i inclús la seva pròpia simptomatologia. Aquest fet va fer que es comencés a plantejar el tractament grupal com a opció terapèutica addicional vàlida també en trastorns de l'alimentació. Tot i això són escassos els centres que duen a terme aquest tipus de teràpia de forma sistemàtica.

Independentment de la patologia en qüestió, si es classifica la teràpia grupal a partir del model teòric empleat trobem bàsicament quatre grups de teràpia grupal:

- 1) *Grups cognitiu-conductuals*: Es tracta de grups en que a través de procediments cognitiu-conductuals (tècniques de resolució de problemes, reestructuració cognitiva, control d'estímuls...) els participants intenten afrontar "l'aquí i el ara". Dins d'aquest enfocament es troben també els grups centralitzats en el tractament del dèficit en habilitats socials.
- 2) *Grups psicoterapèutics*: Són grups en que l'objectiu és produir un canvi en la personalitat a través de la interacció amb la resta de membres del grup, en aquest cas la simptomatologia és secundària. El terapeuta actua principalment com a moderador. Aquest tipus de grups poden ser verbals, no verbals o les dues coses combinades.
- 3) *Grups centrats en el client*: Aquests són grups en que els pacients aporten i discuteixen temes transcendents. Els terapeutes atenen a la freqüència de participació en les conversacions per part de cadascun dels pacients i a la interacció grupal
- 4) *Grups eclèctics*: El model teòric empleat en aquests grups no estarà clarament definit, per això es tractar de una combinació d'alguns dels tres models prèviament citats.

Les raons aplicades per diversos autors per tal de justificar la falta d'aplicació de forma controlada de la teràpia grupal, són principalment de caràcter metodològic i/o aplicat al saber:

A) Raons de caràcter metodològic:

1. Les dificultats de sistematització i control adequats dels components del tractament
2. El nombre elevat d'abandonaments.
3. La dificultat de objectivar els resultats

B) Raons de caràcter aplicat:

1. Les característiques "difícils" pròpies dels pacients anorèxics categoritzats com: intransigents, manipuladors, manipuladors i

amb dificultats extremes per la expressió dels seus propis sentiments.

2. La dificultat d'obtenir grups de tractaments homogenis.

TERAPIA GRUPAL EN L'ANORÈXIA NERVIOSA

Descripció:

- 18 sessions setmanals
- 90 minuts de duració
- Grups de 8 a 10 pacients

Contingut:

- *Fase I:* socioeducativa.
- *Fase II:* cognitiu-conductual.
- *Fase III:* imatge corporal.
- *Fase IV:* habilitats socials.
- *Fase V:* prevenció de recaigudes i temes lliures.

Model de teràpia grupal per tractar l'anorèxia nerviosa(sessió per sessió)

Fase I (7 sessions)

Sessió 1

- Presentació de terapeutes.
- Informació sobre el grup (freqüència, duració, estructura i contingut) i normes del grup (premisses i pautes d'exclusió davant del incompliment).
- Presentació del cada pacient.
- Entrega de registres alimentaris i explicació d'aquests. Informar també de perquè és important realitzar-los adequadament.

- Entrega d'un llistat de temes i un altre d'efectes secundaris de la desnutrició i un quadern amb l'explicació pertinent.
- Control de pes.
- Tasca: demanar que els pacients portin una llista d'objectius inicials concrets sobre el tractament i que reconeixin en el llistat sobre efectes secundaris quin tipus de conseqüències succeeixen en el seu cas.

Sessió 2

- Control de pes.
- Ronda inicial.
- Recollida d'objectius per al tractament i comentari en grup, discutint en grups quins son realistes i quins no.
- Recollida de registres i comentaris remarcant la qüestió de l'aparició d'actitud restrictiva, vòmits, situacions desencadenants, en quina mesura la dieta i empatsos van lligats, en quina mesura estan planificats els vòmits i donant pautes de perquè és important alimentar-se amb normalitat i en que consisteix això (un mínim de 3 àpats al dia).
- Preguntar quines persones coneixen el problema que pateixen els pacients i des de quan.
- Demanar una llista de situacions precipitants i conseqüències del trastorn per la setmana següent.
- Tasca: parlar amb els familiars que desconeixen els seus problemes i pensar qui els podria ajudar en cas de necessitat.

Sessió 3

- Control del pes
- Comentari grupal de la tasca sobre situacions precipitants i conseqüències, i la tasca sobre familiars que podrien ajudar.
- Recollida de registres i comentari d'aquests remarcant la conducta alimentaria restrictiva, la conducta compensatòria i en quina mesura la

dieta i determinades conductes (ex., exercici físic, conducta de purga) van lligades a un desig per controlar o reduir el pes.

- Comentari de la importància dels factors mantenidors, posant alguns exemples (conducta compensatòria, conducta familiar, pors...).
- Tasca: demanda de una llista de factors mantenidors.

Sessió 4

- Control de pes.
- Comentari grupal de la tasca sobre conductes mantenidores.
- Recollida de registres i comentari d'aquests remarcant en la conducta alimentària restrictiva, en les situacions desencadenants, en la conducta compensatòria i en quina mesura la dieta i determinades conductes (exercici físic, conducta de purga) van lligades a un desig per controlar i reduir el pes.
- Compromisos per la setmana següent respecte a l'alimentació.
- Taques per la setmana següent: que cada pacient esculli un mínim de dos temes de la llista.

Sessió 5

- Control de pes.
- Pregunta sobre els compromisos acordats la setmana anterior.
- Recollida de registres i comentaris remarcant en la conducta alimentària restrictiva, les situacions desencadenants, la conducta compensatòria i en quina mesura la dieta i determinades conductes (Exercici físic, conducta de purga) van lligades a un desig de controlar i reduir el pes.
- Tasca: acordar compromisos sobre l'alimentació en casos concrets.
- Demanda de una llista de temes que desitgin presentar-se. Acordar qui presentarà un tema relacionat amb l'alimentació i/o la simptomatologia directa en la sessió següent (2 persones i substituïts).

Sessió 6

- Control de pes.
- Comentar sobre els compromisos acordats la setmana anterior.
- Tractar dos dels temes acordats.
- Recollida de registres i comentari exhaustiu d'aquests. Acordar compromisos respecte l'alimentació
- Demanda de una llista de temes que desitgin presentar-se. Acordar qui presentarà un tema relacionat amb l'exercici físic en la sessió següent. (2 persones i els substituïts).
- Tasca: confeccionar per la setmana següent una llista "negra" d'aliments.

Sessió 7

- Control de pes.
- Comentar els compromisos adquirits la setmana anterior.
- Comentar la llista "negra" (aspectes comuns – diferencials) i perquè és important incorporar a una alimentació normal aliments prohibits.
- Adquirir compromisos concrets en cada cas.
- Tractar dos dels temes acordats.
- Recollida de registres i comentari exhaustiu d'aquests. Adquirir compromisos.
- Adquirir compromisos individuals respecte als aliments i/ o llocs prohibits (ex: restaurants).

Fase II (8 – 17 sessions)

Sessió 8

- Control de pes.
- Comentari dels compromisos adquirits sobre aliments prohibits.
- Introducció al model cognitiu.
- Acumular cognicions comunes, reaccions i sensacions davant de situacions relacionades amb l'alimentació i/o pes.

- Recollida de registres i comentari d'aquests remarcant la conducta alimentaria restrictiva, situacions desencadenants, conducta compensatòria i en quina mesura dieta i determinades situacions (exercici físic, conducta de purga) van lligades a un desig de controlar i reduir el pes.
- Assumir compromisos individuals respecte a aliments prohibits i aportar registres de pensaments i demanar el seu compliment per la sessió següent.

Sessió 9

- Control de pes
- Comentar els compromisos sobre aliments prohibits i els registres de pensaments, especialment referents a l'alimentació i pes.
- Reestructuració de pensaments.
- Recollida de registres i comentaris remarcant en la conducta alimentaria restrictiva, les situacions desencadenants, la conducta compensatòria i en quina mesura la dieta i determinades conductes (Exercici físic, conducta de purga) van lligades a un desig de controlar i reduir el pes.
- Assumir compromisos individuals respecte a aliments prohibits i aportar registres de pensaments i demanar els seu compliment per la sessió següent.
- Portar un llistat de pensaments alternatius.

Sessió 10

- Control de pes.
- Comentari dels compromisos sobre aliments prohibits i sobre registres de pensaments, especialment els referents a alimentació i pes, i el llistat e pensaments alternatius.
- Reestructuració de pensaments.
- Recollida de registres i comentaris remarcant en la conducta alimentaria restrictiva, les situacions desencadenants, la conducta

compensatòria i en quina mesura la dieta i determinades conductes (Exercici físic, conducta de purga) van lligades a un desig de controlar i reduir el pes.

- Assumir compromisos individuals respecte a aliments prohibits.
- Aportar registres de pensaments i demanar i demanar el seu compliment per la sessió següent.

Sessió 11

- Control de pes.
- Comentar els compromisos sobre aliments prohibits i sobre registres de pensaments, especialment els referents a alimentació i pes.
- Comentari de les dificultats aparegudes amb els pensaments alternatius.
- Reestructuració de pensaments.
- Recollida de registres i comentaris remarcant en la conducta alimentaria restrictiva, les situacions desencadenants, la conducta compensatòria i en quina mesura la dieta i determinades conductes (Exercici físic, conducta de purga) van lligades a un desig de controlar i reduir el pes.
- Acordar compromisos en cada cas respecte a aliments i situacions prohibides.
- Continuar realitzant registres de pensaments i demanar el seu compliment per la sessió següent.
- Portar el llistat d'activitats socials que es realitzen setmanalment.

Sessió 12

- Control de pes.
- Recollir registres alimentaris i comentar-los exhaustivament.
- Comentar els compromisos sobre aliments prohibits i els registres de pensaments.

- Comentar en grup el llistat de situacions socials i els pensaments negatius lligats a conductes d'evitació.
- Realitzar registres d'alimentació i de pensaments per la sessió següent.
- Portar un llistat de pensaments positius – negatius sobre un mateix.

Sessió 13

- Control de pes.
- Comentar compromisos sobre aliments prohibits i els registre de pensaments.
- Comentar en grup el llistat de pensaments positius – negatius apareguts en cada cas (fer referencia a aspectes comuns i diferencials). Reestructuració de pensaments.
- Recollit registres alimentaris i comentar-los exhaustivament. Compromisos sobre alimentació.
- Comprometre's a realitzar exercicis de confrontació amb la imatge (mirall, lavabo, etc.) i anotar els pensaments en aquestes situacions.
- Realitzar registres d'alimentació – pensaments per la sessió següent.

Sessió 14

- Control de pes.
- Comentar els compromisos sobre aliments prohibits i els registres de pensaments.
- Comentar en grup els llistats de pensaments al confrontar-se amb la pròpia imatge (fer referencia a aspectes comuns i diferencials).
- Reestructuració cognitiva. Pensaments alternatius.
- Recollir registres alimentaris i comentar-los exhaustivament.
- Comprometre's a continuar realitzant exercicis de confrontació amb la imatge (mirall, lavabo, etc.) i anotar els pensaments en aquestes situacions.
- Realitzar un llistat de "hauries de fer..."

- Realitzar registres d'alimentació i pensaments per la sessió següent.

Sessió 15

- Control de pes.
- Comentar els compromisos sobre aliments prohibits i els registres de pensaments.
- Comentar en grup els llistats de pensaments al confrontar-se amb la pròpia imatge (fer referència a aspectes comuns i diferencials).
- Reestructuració cognitiva. Pensaments alternatius.
- Introducció de la tècnica de resolució de problemes:
 - a) Identificació i descripció del problema.
 - b) Possibles solucions.
 - c) Valorar la aplicabilitat i la eficàcia de cada solució.
 - d) Escollir la alternativa més adequada i comentar com realitzar-la.
 - e) Aplicar la solució que ens sembla més adequada.
 - f) Avaluar els resultats i comentar-los en el grup.
- Recollir registres alimentaris i comentar-los exhaustivament.
- Demanda de la llista de temes que vulguin presentar-se. Acordar qui presentarà un tema no relacionat amb la simptomatologia alimentaria en la sessió següent (2 o 3 persones i substituïts).

Sessió 16

- Control de pes.
- Tractar els temes acordats.
- Recollir registres i comentar-los exhaustivament.
- Acordar compromisos respecte a la alimentació.
- Demanda de la llista de temes que desitgin presentar. Acordar qui presentarà un tema no relacionat amb la alimentació i/o simptomatologia en la sessió següent (2 o 3 persones i substituïts).

Sessió 17

- Control de pes.
- Demanar la llista de temes que desitgin presentar. Acordar qui presentarà un tema no relacionat amb la alimentació i/o simptomatologia en la sessió següent (2 o 3 persones i substituïts).
- Recollir registres i comentar-los exhaustivament.
- Portar per la sessió següent una llista de “factors de risc que podrien fer-me recaure” (ex: menjar durant les festes més del compte, l’arribada de l’estiu, l’aparició de problemes que anteriorment no eren previsibles).

Fase III (18 – 19 sessions)

Sessió 18

- Control de pes.
- Comentar els factors de risc anotats, remarcant aspectes comuns i diferencials i debatre quin tipus de estratègies serien les més adequades en cada cas.
- Recollir registres alimentaris.
- Portar per la sessió següent un llistat de conductes alternatives per la presentació de resposta i balanç personal d’aquest tractament.

Sessió 19

- Control de pes.
- Comentar el llistat personal d’alternatives per la prevenció de resposta i balanç personal d’aquest tractament.
- Lectura del balanç personal de cada pacient.
- Ronda final i comiat del grup. Donar dates de sessions de control (al mes, als tres, als sis o dotze de donar l’alta).

Avantatges de la teràpia grupal

Estudis recents demostren que la teràpia grupal en anorèxia nerviosa (Fernández, 1998), és igualment eficaç que el tractament individual, comparació amb grups de control que no han estat tractats o bé han estat tractats amb altres procediments (Crisp, Kingsley, Gowers, Halek, Bowyer, Yeldham, 1991).

En aquest sentit, Lemberg i May (1991) van evaluar el punt de vista de pacients amb trastorns de l'alimentació que havien estat tractats amb internament. Un total de 28 pacients van informar que les teràpies que més els havien ajudat a superar el seu trastorn van ser la teràpia grupal i la individual, per igual.

En conclusió, la teràpia grupal és una peça clau en tot programa terapèutic multidimensional dels trastorns de l'alimentació però la teràpia grupal és igual d'efectiva i a més té algunes avantatges com ara l'augment de la consciència de la malaltia per part dels pacients, facilitació del seguiment, major economia, els pacients reben informació i avaluació a través d'altres membres del grup, etc.

7. PREVENCIÓ

Els trastorns d'alimentació són molt complexos, com hem anat veient, perquè en ells s'ajunten aspectes psicològics i físics.

Però a part dels tractaments efectius es convenient prendre mesures de prevenció, que poden reduir la incidència o si més no millorar el pronòstic.

Els programes preventius es poden dividir en tres nivells:

1. Prevenció primària, que incideix en aquells aspectes que faciliten el desenvolupament de la malaltia i té com a objectius reduir la incidència.
2. La prevenció secundària és aquella que facilita les intervencions encaminades a reduir el temps entre el diagnòstic de la malaltia i l'inici d'un tractament eficaç.
3. La prevenció terciària intenta eliminar o reduir alguns dels símptomes més greus del trastorn.

Prevenció primària:

La prevenció primària és la ideal i té una acció més directa en la reducció de la incidència del trastorn. Tot i que en els trastorns d'alimentació no es coneixen en profunditat els factors que desencadenen la malaltia, sabem que han estat comuns a la majoria dels afectats: la submissió als estereotips culturals, la reducció de la dieta, el desig d'aprimar, la desinformació dietètica, etc. Un programa de prevenció primària en aquest cas és aquell que aborda tots els aspectes citats per tal d'evitar el trastorn.

- **Informació**

Existeix una gran desinformació sobre els trastorns alimentaris i les seves complicacions. Una bona informació a la població és el primer pas de la prevenció. Aquesta informació no cal que sigui exhaustiva en els aspectes psicopatològics sinó que ha de centrar-se més en els factors desencadenants del trastorn i en els requisits per un tractament adequat (Luka, 1998).

La informació va dirigida, en primer lloc, a grups de risc i als seus familiars, i en segon lloc, a la població general. Els llocs on s'ha d'aplicar són: a casa, a les escoles, a les universitats, etc. Els promotors d'aquesta política informativa han de ser els poders públics, organismes sanitaris, associacions...

- **Modificació de les conductes precursors del trastorn**

Aquesta acció consisteix a modificar aquells programes que incideixen en la correcció d'aquelles conductes que s'han demostrat precursors dels trastorns d'alimentació. La conducta que s'ha de corregir amb més freqüència és aquella que estableix que els nens i adolescents variïn la seva dieta lliurement i sense control, per motius que no estan clarament justificats, o que practiquen dietes restrictives a amagat de la família, amb la finalitat hipotètica o innecessària d'aprimar, pensant que aquest seria el procés ideal per millorar la figura.

- **Identificació dels grups de risc**

Mitjançant qüestionaris es poden identificar aquells subjectes que estan en situació de patir la malaltia. Sobre aquests grups de risc s'ha d'aplicar un conjunt de mesures que poden anar des de la informació al seguiment,

intentant evitar l'eclosió del trastorn i el seu desenvolupament. Aquests grups de risc solen tenir problemes amb l'acceptació de la seva figura: la forma, el pes, la mesura, etc., però només una part d'ells pateix el trastorn, per tant és interessant detectar a aquests pacients i tractar-los específicament.

- **Acció sobre els estereotips culturals**

Aquestes són intervencions encaminades a sensibilitzar la població de l'alt risc que comporta l'actual pressió cultural: la potenciació d'aspectes estètics, la promoció d'una figura inassolible per moltes adolescents i la vinculació de la bellesa física amb l'èxit. Un cos atractiu mou molts interessos econòmics i les formes per aconseguir aquest cos no sempre són correctes, inclús algunes són clarament perjudicials per la salut. L'exercici no controlat, les dietes peculiars i les substàncies no controlades per organismes oficials propicien l'aparició de molts casos de trastorns alimentaris.

- **Educació escolar**

Prevenir els trastorns de l'alimentació, especialment l'anorèxia nerviosa, pot suposar l'obligació d'establir mesures des de l'escola. S'ha observat que si es redueix el nombre de joves que duen a terme dietes innecessàries, es redueix la incidència de l'anorèxia nerviosa. Per tant un bon programa d'educació alimentària des de l'escola poden reduir una futura aparició de patologies.

Prevenió secundària:

Aquest tipus de mesures estan encaminades a reduir el temps entre l'aparició de la malaltia i l'inici del tractament. Per una correcta prevenió secundària hem de valorar els següents aspectes: que el diagnòstic sigui ràpid i precoç, que el tractament sigui el més immediat possible, que sigui correcte i que existeixi un dispositiu assistencial eficaç.

- **Diagnòstic i tractament precoços.**

Quan la pèrdua de pes alarma a la família, que també ha observat amenorrea quan la alimentació porta un temps sent peculiar i quan es té una preocupació exagerada per la figura i el pes, és el moment d'acudir a un professional. A vegades, entre aquesta primera visita i l'inici del tractament pot passar un temps excessivament llarg, no tant per un problema diagnòstic com per la

decisió de si s'ha de resoldre la patologia des d'una perspectiva somàtica o psicològica. Moltes famílies es neguen a acceptar aquests tractaments i s'embarquen en tractaments nutricionals, que més que curar, el que fa és agreujar encara més el pronòstic del pacient.

- **Tractaments correctes**

En moltes ocasions es retarda el procés de curació, no perquè el pacient en qüestió no comenci ràpidament el tractament, sinó perquè aquest tractament no és el més adequat o és insuficient.

Molts afectats comencen amb models psicoterapèutics que busquen la interpretació i la causa del problema, deixant de banda el tractament del pes i la figura i com a resultat el pacient està cada cop més prim i pitjor nodrit.

Aquells programes terapèutics als quals es tracta només el problema conductual de l'alimentació tampoc resolen el problema, però com a mínim detenen el procés de malnutrició i les seves nefastes conseqüències.

Una autèntica prevenció secundària comença quan s'inicia un tractament efectiu que inclogui les diferents àrees compromeses: pes, figura, alteracions cognitives i relacions personals deteriorades.

- **Dispositiu assistencial eficaç**

Els recursos actuals per tractar els trastorns d'alimentació són més aviat escassos. L'eclosió d'aquesta malaltia ha posat en manifest que els dispositius de salut mental són incapaços d'assumir el compromís d'un tractament correcte i eficaç (Turnbulió) d'equips multidisciplinaris, l'atenció hospitalària d'aquests pacients i la creació d'unitats especials amb hospitals de dia són temes pendents per l'administració. Però inclús quan aquests problemes estiguin resolts, circumstància que encara és hipotètica al nostre país, el personal mèdic s'enfronta a altres complicacions:

1. Els pacients i les seves respectives famílies no consideren que els símptomes de l'anorèxia siguin preocupants o severs.
2. Algunes persones i alguns dispositius assistencials no consideren importants la qüestió dels trastorns alimentaris i no els atenen.

3. Quan els pacients oculten les conductes de dejú i purga retarden l'atenció mèdica.
4. Alguns professionals només atenen problemes físics amb mesures parcialment eficaces.
5. Les famílies i els pacients no són informats correctament, i aquests mateixos poden manifestar por al tractament i a les tècniques del tractament (modificació de la conducta, el monitoratge, els programes socioeducatius etc.), por a l'ambient hospitalari i alguns poden mostrar també prevenció davant dels psiquiatres o psicòlegs (Blake, 1991).
6. Moltes famílies prefereixen no ser tractades per psicòlegs o psiquiatres i busquen un diagnòstic únicament somàtic amb altres professionals. Pel moment, la solució a aquest problema es basa en tres punts essencials:
 - a) Una correcta informació.
 - b) Formació d'equips multidisciplinaris.
 - c) Creació de centres específics.

Prevenió terciària:

Els trastorns de l'alimentació no s'ha considerat gaire practicar una política de prevenció terciària. Des de fa uns anys s'ha observat que un gran nombre de pacients s'han cronificat i que les diferents intervencions terapèutiques no han estat satisfactòries; cal plantejar-se la possibilitat de crear programes de prevenció terciària.

Existeix un grup important de pacients refractaris al tractament, als quals es pot oferir programes de prevenció terciària: cures mínimes però suficients per evitar les complicacions més greus.

Si el pacient compromet la salut física per les conductes dietètiques o de purga i també si presenta greus desequilibris emocionals secundaris als fracassos terapèutics o a la pressió ambiental, es pot beneficiar de les mesures encaminades a atenuar aquestes complicacions.

Moltes famílies, després de repetits intents de tractament, es poden sentir fracassats i acceptar un final inexorable, a causa de l'evolució de la malaltia. Tot i així, aquestes mateixes famílies poden sentir-se molt més tranquil·les i útils en el tractament del pacient, si poden acceptar, controlar i mantenir unes

mesures mínimes per tal de prevenir els riscos físics i les complicacions psicològiques.

Si s'evita la caquèxia extrema, els desequilibris i les complicacions per dèficit immunitari, s'afavoreix la supervivència. Al mateix temps caldrà acceptar algunes conductes i pactar-ne d'altres amb l'objectiu d'evitar que el marc familiar es deteriori i que la família i el pacient visquin situacions crítiques. En definitiva, per tal de millorar les seves relacions.

8. CONDUCTES DE RISC

Un concepte bàsic i que crec que és útil de definir per al meu treball és el de conducta de risc, s'entén com a conducta o conductes de risc aquelles conductes que si es realitzen amb certa regularitat poden causar l'aparició d'anorèxia o bulímia nerviosa. Algunes d'aquestes conductes són les següents:

- Modificació dels costums alimentaries, seguiment de dietes restrictives, reducció de les quantitats de menjar, saltar-se àpats, evitar de forma repetida ingerir certs aliments (ex: dolços, laminadures...).
- Consum de productes baixos en calories o rics en fibra, abús de laxants, fer exercici físic per tal de perdre pes, vomitar...
- Preocupació excessiva i freqüent pel cos o la silueta, fixació en parts determinades del cos i, fins i tot, obsessió.
- Pesar-se amb freqüència.
- Interès exagerat per la publicitat sobre productes per aprimar i per tot lo relacionat amb el món de la moda.
- Preocupació excessiva quan altres persones fan algun comentari sobre l'aspecte físic de la persona en qüestió.
- Considerar que l'aspecte físic té molt de valor com a mitjà per aconseguir l'èxit en qualsevol àmbit de la vida.
- Freqüents comentaris sobre el pes, les talles l'aspecte físic i l'alimentació.

Cal tenir en compte que és molt fàcil confondre alguns símptomes amb les conductes de risc i viceversa. Hi ha una gran diferència, parlem de símptomes

un cop ja ha aparegut el trastorn alimentari en qüestió, és a dir, quan la persona ja pateix anorèxia nerviosa en aquest cas. En canvi les pràctiques de risc serien com els passos previs, per tant dur a terme practiques o conductes de risc no vol dir patir el trastorn.

La qual cosa ens porta a tractar el següent tema i és: “per què es duen a terme algunes de les pràctiques de risc citades anteriorment?” la resposta és ben senzilla: per agradar a la societat. La societat ens ven un model de bellesa, per mitjà de la publicitat, el cinema, la moda... i la majoria de la població, com és comprensible, vol ser acceptada pel grup de gent que l'envolta, però això a vegades ens duu a fer coses nocives per la nostra pròpia salut.

8.1 EXEMPLE EN L'ACTUALITAT: “THIG GAP”

En l'actualitat es ven el model de noia prima, amb cames llargues, “thigh gap”¹⁴, faccions molt marcades... i el model de noi alt, fibrat i si és possible amb els ulls clars. Això fa que els nois i noies passin hores controlant el que mengen i al gimnàs. Amb aquest treball també investigaré si els ideals de bellesa masculins i femenins que ens venen els mitjans de comunicació són realment els que agraden als joves. És a dir; als nois prefereixen a una noia extremadament prima o a una amb corbes? I les noies es fixen més en els nois molt fibrats o prefereixen a un noi de cos normal per la seva edat?

Per entendre una mica millor tots aquests fenòmens hem d'estudiar el concepte de bellesa, els seus orígens, els cànons de bellesa... començarem per definir què és la bellesa.

¹⁴ És una separació de malucs interns al estar d'en peus amb els dos genolls junts.

9. BELLESA

9.1. QUÈ ÉS LA BELLESA?

La **bellesa** és una característica d'una persona, animal, lloc, objecte o idea que proporciona una percepció plaent, de valor personal i cultural, o de satisfacció. És una experiència en gran part subjectiva i no tot el que ens causa plaer ha de contenir bellesa. Aquesta és objecte d'estudi a l'estètica, la sociologia, la psicologia social, i la cultura i

També es pot definir la bellesa com la percepció sensorial cognitiva que estimula un patró après d'harmonia en percebre una entitat física que ens produeix una sensació de plaer (normalment visual o auditiva).

Experimentar la "bellesa" sovint implica interpretar que una entitat està equilibrada i en harmonia amb la natura la qual cosa porta a trobar-se amb sentiments d'atracció i de benestar emocional.

9.2. ORIGEN DE LA BELLESA

Els orígens de la bellesa podrien remuntar-se a la pròpia existència de l'ésser humà. Aquesta es troba en treballs de filòsofs grecs, com Pitàgores, a partir del període presocràtic.

L'escola pitagòrica va observar una forta connexió entre les matemàtiques i la bellesa. En particular, van notar que els objectes que posseeixen simetria¹⁵ són més vistosos. L'arquitectura grega clàssica està basada en aquesta imatge de simetria i proporció. La investigació moderna també suggereix que les persones amb uns trets facials més simètrics i que tenen les proporcions més equilibrades, són més atractives.

La bellesa, generalment, ha estat associada amb la bondat, igual que la lletjor sovint s'associa amb el mal. Les bruixes, per exemple, sovint són representades amb trets físics desagradables i personalitats malicioses. Aquest contrast és personificat en històries clàssiques com la de La bella dorment. De

¹⁵ Dues coses simètriques tenen totes les parts coincidents si es posen una davant o damunt de l'altra

la mateixa manera, Johann Wolfgang von Goethe, en la seva obra *Les afinitats electives* (1809), de la qual he llegit alguns fragments, manifesta que la bellesa és "un convidat que sempre és benvingut". Goethe va declarar que la "bellesa humana" actua amb molta més força sobre els sentits interiors que sobre els externs, de manera que el que la contempla està exempt del mal i se sent en harmonia amb ell i amb el món.

La simetria és important perquè fa la impressió que la persona va poder créixer amb salut, sense defectes visibles. En la percepció de la gent bella es donen certes concordances: ulls grans i pell clara, per exemple, són considerats formosos tant en homes com en dones de moltes cultures. La joventut en general s'associa amb la bellesa.

Els artistes grecs i romans també tenien l'estàndard de bellesa masculina en la civilització occidental. El romà ideal va ser definit com a alt, muscular, de cames llargues, amb una cabellera espessa, una alta i front ampla, un signe d'intel·ligència, ulls de joc ampli, un nas fort i perfil perfecte, boca petita, i una mandíbula poderosa.

En el xinès antic s'escriu un signe que significa "bell", però avui es combina amb altres dos signes que signifiquen "gran" i "ovella". Possiblement, l'ovella gran era representativa de bellesa.

O en la cultura maia considerava que tenir estrabisme¹⁶ era bell, i per aconseguir-ho, les mares posaven gerres davant dels nens perquè creixessin amb aquest defecte.

En conclusió; el concepte de bellesa pot variar entre cultures. Un exemple és un dels experiments més recents realitzats per Esther Honig, una jove periodista americana que va voler demostrar que la percepció de la bellesa no només es basa en gustos personals, sinó que també té un important component cultural. Per fer-ho va enviar una foto seva, amb el cabell recollit i sense maquillar, a 40 experts en Photoshop procedents de 25 països del món i els hi va demanar només una cosa: "Posa'm guapa".

¹⁶ L'estrabisme és la desviació de l'alineament d'un ull en relació a l'altre.

Els resultats van ser tan variats com sorprenents. En la versió nord americana (el mateix país de procedència de la periodista) apareix totalment irreconeixible, així com en una de les dues versions de Filipines. Les propostes de Grècia i Argentina deixen clar que la bellesa natural no és lo seu, ja que apareix molt més maquillada que en la resta de països. També destaquen els resultats del Marroc i la segona versió de Filipines, en les que no només s'han preocupat d'ajustar els trets d'Esther als de la seva cultura, sinó que també l'han vestit digitalment, una prova més dels diferents patrons culturals associats a la dona.



Alguns dels resultats obtinguts després que els professionals de diferents parts del món apliquessin *Photoshop*.

9.3. CLASSES DE BELLESA

Podem trobar-nos dues classes de bellesa, la que provoquen els objectes naturals, o bellesa natural i la que ens susciten les creacions artificials, o bellesa artística.

Al llarg de la història, la relació entre ambdós tipus de bellesa ha estat irregular, perquè la bellesa artística ha passat de tenir una relació de dependència amb la bellesa natural, a independitzar-se d'ella, a mesura que avançava el curs de la història.

Kant distingeix dos tipus de bellesa:

- **Bellesa lliure** : és el que percebem sense que sapiguem res de l'objecte a contemplar. És una bellesa pura, no es té cap tipus d'idea que ens faci qüestionar la seva bellesa.
- **Bellesa adherent** : és el que depèn del concepte que tinguem sobre l'objecte al qual analitzem.

9.4. BELLESA HUMANA

Els cànons o ideals estètics han variat al llarg del temps, com proven les representacions en l'art i també varien depenent de la cultura analitzada, com demostra la periodista Esther Honig amb l'experiment que hem vist prèviament. Els estàndards de bellesa estan sempre en evolució, depenent del que més valora la cultura en qüestió. Si s'analitzen pintures de diferents períodes de la història s'observa una àmplia gamma de patrons per expressar la bellesa. No obstant això, els éssers humans que són relativament joves, amb la pell suau, el cos amb unes certes proporcions, i trets fonamentalment regulars, han estat tradicionalment considerats bells. Al segle XXI, diferents experiments en psicologia han provat que hi ha trets considerats universalment com a bells¹⁷. Per als homes, un tors en forma de V, amb les espatlles més amples, es considera un atribut bell, així com la presència de músculs desenvolupats (més a Occident). L'alçada és també un tret positiu, i sovint s'associa en l'inconscient

¹⁷ Buss, David (2003) [1994] (hardcover). *The Evolution of Desire* (segona ed.). Nova York: Basic Books, p. 38–40.

a més estatus social i poder. Per les dones, els atributs jutjats com a bells són cara juvenil i simetria en el rostre. A l'edat mitjana, per exemple, es valoraven els pits alts i petits, i el ventre prominent.

Un clar indicador de la bellesa física és la "mitjania". Quan es fa una mitjana d'imatges de rostres humans i a partir d'aquestes es genera una imatge composta, el resultat és una aproximació progressiva a la imatge "ideal" i es percep com a més atractiva. Això va ser observat per primera vegada el 1883, quan Francis Galton va superposar imatges fotogràfiques compostes de cares de vegetarians i delinqüents per veure si hi havia una aparença característica per cada un. En fer això, es va adonar que de manera comparativa, les imatges compostes eren més atractives que qualsevol de les imatges individuals. Els investigadors han replicat el resultat en condicions més controlades i s'han trobat que la imatge generada per ordinador, que era la mitjana aritmètica d'una sèrie de cares era més favorable que els rostres individuals¹⁸

Les feministes i els metges han suggerit que les models ultra primes que apareixen a les revistes fomenten els trastorns de l'alimentació¹⁹ i altres han afirmen que el fet que predominin les dones blanques a les pel·lícules i a la publicitat potencia un concepte euro cèntric de la bellesa, desperta els sentiments d'inferioritat en les dones de color i internalitza un sentiment racista²⁰.

La bellesa ajuda a l'èxit social i és un factor important de la formació de l'autoestima (ser jutjat com a lletjos pels altres pot fer empitjorar l'autoconcepte i augmentat la inseguretat). Diferents estudis psicològics han demostrat que es tendeix a jutjar més favorablement els actes de les persones físicament atractives en igualtat de condicions. L'aparença física pot condicionar també l'obtenció del treball en una entrevista de feina, el sou estipulat o la popularitat en el cas dels artistes.

¹⁸ Langlois, J. H., Roggman, L. A., & Musselman, L.. «What is average and what is not average about attractive faces?». *Psychological Science*, 5, 1994, pàg. 214–220.

¹⁹ «Models link to teenage anorexia». *BBC News*, 30 de maig de 2000.

²⁰ SEKAYI, Dia. «Aesthetic Resistance to Commercial Influences: The Impact of the Eurocentric Beauty Standard on Black College Women* | Journal of Negro Education, The | Find Articles at BNET». Findarticles.com

9.5. CÀNONS DE BELLESA

El cànon de bellesa respon a un model cultural que s'ha de seguir i que distorsiona sensiblement la realitat, la qual cosa pot provocar, en aquest cas, fins danys físics i psíquics, com s'ha mencionat anteriorment.

L. G. Davis²¹ afirma que hi ha una distinció entre realitat i representació fictícia, i molt més quan es tracta de cànons o prototips de bellesa, que informen del món en què s'han creat; el fet de com la representació fictícia deforma o distorsiona la realitat és el fonamental per analitzar la funció d'aquesta representació, gairebé sempre lligada a unes raons ideològiques. La literatura ha reflectit els diferents cànons de bellesa, com també ho han fet l'escultura i la pintura, i d'aquestes dues arts tenim testimonis més antics i variats sobre el cànon de bellesa.

El psiquiatre Luis Rojas Marcos no dubta a assenyalar en el seu article²² que el prototip de bellesa de la dona prima, causant dels trastorns de l'anorèxia i la bulímia, està promogut per la indústria de la bellesa, que genera milions d'euros i que està controlada per homes. Afirma que l'obsessió per la imatge ha anat impedit en molts casos que la dona pugui desenvolupar-se socialment i culturalment, de manera que és la moda el que provoca la tirania de la bellesa a la qual està sotmesa sobretot la dona. En aquest mateix article se'ns assegura que els cànons de bellesa han estat gairebé sempre imposats pels homes els quals han tendit a valorar més l'aspecte físic que la capacitat intel·lectual fet que ha portat a l'anomenada dictadura de la bellesa, que ha produït un índex elevat de persones insatisfetes amb el seu físic.

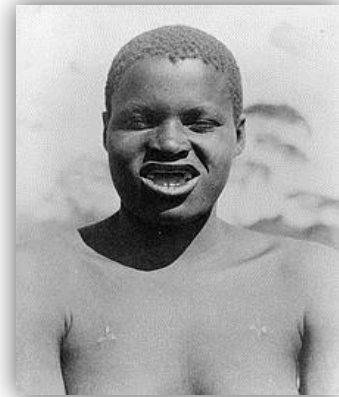
Alicia Giménez-Bartlett en l'assaig titulat *El deute d'Eva*²³. Argumenta que “la bellesa mai no és innocent”, sempre hi ha raons ocultes darrere dels cànons. Les matrones romanes havien de donar exemple de dignitat amb la seva sobrietat física, les belles renaixentistes reflectien en la seva primesa l'espiritualitat de l'època, les nobles franceses d'abans de la revolució

²¹ Lennard J. Davis. *RESISTIRSE A LA NOVELA. NOVELAS PARA RESISTIR : IDEOLOGIA Y FICCION*. Debate, 1 abril 2002.

²² Rojas Marcos, Luis: La dictadura de la belleza. Fusión. Revista mensual electrònica. Abril de 2005

²³ Alicia Giménez Bartlett. *La deuda de Eva*. Lumen, 2002. ISBN 9788426480002

mostraven amb els seus hàbits impossibles i pomposos que no tenien a veure amb les classes socials baixes. La modernitat, segons l'autora és potser menys teòrica però no més tolerant (Se substitueixen les idees pels diners i tot encaixa. Els cànons de bellesa actuals impliquen que gastem diners sense mesura per assolir: gimnàs, dietes, siluetes, cirurgia per l'eterna joventut. La gran majoria dels humans han passat i passaran per aquesta espècie de tirania de la moda i del cànon de bellesa perquè així ha estat des de sempre, fins i tot, segons l'autora, molt probablement des dels temps dels homes i els mamuts vivim pendents de la nostra aparença. És possible que això sigui innat en l'ésser humà



Els cànons o patrons de bellesa són judicis de valor estètic que, com a tals, han estat variables en el temps i les cultures segons motius socials. Així, per exemple, si es valora incrementar l'índex de la natalitat l'ideal de bellesa es forma amb malucs amples i pits grans, si es vol tenir la condició de classe social dominant es mostra la grassor en temps de fam o crisi, si es vol mostrar abundant temps d'oci per modelar el cos es mostra un de poc natural.

Alguns exemples concrets arreu del món són els següents:

- En alguns pobles de Birmània la bellesa es mesura pels cercles que s'aconsegueixin posar al coll de les dones, que pot arribar fins i tot vint-i-cinc centímetres, de manera que si arribessin a treure-se'l se'ls trencarien els ossos del coll.
- La dona tuareg és valorada segons el nombre màxim de sacsons que aconsegueixi acumular al ventre.
- A les adolescents de Papua Nova Guinea els estiren els pits per deixar-los caiguts, així tindran més possibilitats de casar-se.
- Les etiòps deformen els seus llavis amb discos d'argila.
- Les Txucarramae s'afaiten el cap. Altres es llimen les dents, en altres tribus s'estiren les orelles amb pes, etc.

9.6. EVOLUCIÓ DELS CÀNONS DE BELLESA DURANT LA HISTÒRIA.

Dins de la cultura occidental, gràcies a les pintures rupestres i, sobretot, a algunes estàtues de la prehistòria, com la Venus de Willendorf (Alemanya), el cànon de bellesa era el de la dona de figura rodona, mostrant així la seva nutrició, de la seva sexualitat i de la seva capacitat procreadora, considerades protectores i de bon auguri. Són estàtues de dones nues amb grans pits i malucs. Les faccions de la cara i altres detalls no es destaquen.



Venus de Willendorf

Algunes semblen representar dones embarassades, i és molt probable que aquestes imatges fossin esculpides per propiciar la fertilitat de la tribu. Es tracta sens dubte d'un cànon estètic que representa i relaciona la terra mare i productora amb la dona mare i protectora. Sembla, finalment, que aquestes figures, juntament amb els murals que representaven actes sexuals, responen a una motivació primigènica per representar tot allò que era màgic per ells i que impressionava els seus sentits: l'amor, el sexe, la reproducció.

L'ideal estètic del món clàssic es remunta en l'antiga Grècia a partir de l'escultura. La bellesa es considerava el resultat de proporcions matemàtiques i simetria geomètrica. El gran pioner de la teoria grega sobre l'ideal de bellesa va ser Policlet, a qui s'atribueix el cèlebre tractat *El cànon*, avui perdut. Tant la bellesa femenina com la masculina es basaven en la simetria, segons la qual un cos és bell quan totes les seves parts són proporcionades a la figura sencera. Les escultures representen dones robustes amb ulls grans, el nas afilat, boca i orelles ni grans ni petites, les galtes i el mentó ovalats donaven un perfil triangular, el cabell ondulat darrere del cap, els pits petits. L'ideal masculí estava basat directament en els atletes i gimnastes, ja que a atletes i a déus se'ls atribuïen qualitats comunes: equilibri, voluntat, valor, control, bellesa. L'Imperi Romà va absorbir tota la iconografia de l'escultura grega amb la lleu diferència que, com a poble més guerrer, a l'atleta li va posar una armadura.

Plató, com ja sabem, associava bellesa amb la veritat i el bé. A *El banquet*, mostra com es pot passar del desig dels bells cossos a l'amor de les belles

ànimes per arribar a la contemplació de la bellesa en si mateixa. Ser bell implicava apropar-se a un ideal, era ser el que havia de ser, el que assimila la bellesa amb la perfecció estètica. L'harmonia s'associa a vegades amb l'ordenament matemàtic, com a la famosa *secció àuria*²⁴.

A l'edat mitjana, ens trobem amb un ideal de bellesa que mostra la bellesa nòrdica de nimfes i altres éssers la mitologia. La font més important per analitzar és la pintura. La fe i la moralitat cristianes van imposar una cautela en les vestimentes i



Representació de un duel entre dos cavallers.

una pràctica desaparició del maquillatge, que es considerava contrari a la moral cristiana en tant que desfigurava el que Déu havia creat. La censura cristiana va propiciar que, quan havien de mostrar cossos nus, com *la Caiguda d'Adam i Eva* o *El Judici final*, els cossos s'esquematitzen per treure qualsevol matís de sexualitat. L'ideal de dona medieval, tantes vegades pintada, presenta blancor a la pell, cabellera rossa i llarga, recollida o no, rostre ovalat, ulls petits, nas petit i agut, llavis petits i rosats, tors prim i complexió òssia com correspon a les nòrdiques, malucs estrets, pits petits i fermes i mans blanques i primes. La blancor de la pell indica puresa i és alhora símbol de la procedència del nord d'Europa. Les verges medievals presenten també aquestes mateixes característiques.

Pel que fa als homes, eren representats com autèntics cavallers guerrers amb cabells llargs que en el cas dels homes indicaven virilitat, força i llibertat. La descripció respon a la d'un cavaller alt i prim, fort i vigorós, esvelt, pit i espatlles amples per aguantar l'armadura, cames llargues i rectes com a senyal d'elegància i port; mans grans i generoses com a símbol d'habilitat amb l'espasa i de masculinitat.

²⁴ La **secció àuria** o **divina proporció** és la raó entre dos segments a i b que compleixen la condició que la raó entre la suma d'aquests dos segments i el segment major és la mateixa raó que hi ha entre el segment major i el segment menor.

El Renaixement té un cànon de bellesa semblant al del món clàssic, on tenia la seva principal font estètica. Es basa sobretot en l'harmonia i en la proporció. Itàlia es va convertir en el referent artístic i totes les arts reflectir aquest cànon de bellesa de la mateixa manera. Dins de les produccions artístiques, han quedat com emblemàtiques en la història el David de Miquel Àngel com a cànon de bellesa masculina, encara avui referent publicitari, i la Venus de *El naixement de Venus* de Sandro Botticelli de la femenina. Les



David de Miquel Àngel, 1501.

característiques d'ella són pell blanca, rosada a les galtes, cabell ros i llarg, front clar, ulls grans i clars, espatlles estretes, com la cintura, malucs i ventre arrodonits; mans primes i petites en senyal d'elegància i delicadesa; els peus prims i proporcionats, dits llargs i fins, coll llarg i prim; maluc lleument marcat, pits petits, fermes i tornejats, llavis i galtes vermells o rosats. L'ideal masculí té els cabells llargs i lluents, les celles poblades i marcades, la mandíbula forta, els pectorals amples i sovint sense pèl facial.

De maquillatge tenim només el coloret i el carmí per aquests tons roses de la cara.

Això sí, el vestit és bastant sumptuós, encara que els renaixentistes, en el seu afany per mostrar la perfecció corporal, solien mostrar la nuesa dels cossos.



El naixement de Venus, S.Boticelli, 1482.

El Barroc va ser l'edat de l'aparença. Les corts europees van emfatitzar el seu poder mitjançant l'art

de l'aparença. La Il·lustració del segle XVIII va posar fi a això i va imposar la sobrietat en les formes, encara que no van abandonar certs hàbits, com per exemple, les perruques tant en homes com en dones. Però el que més destaca



Les Tres Gràcies, Peter Paul Rubens, 1639.

braços arrodonits i carnosos, pell blanca, espatlles estrets. Dels homes destaca el pèl, moltes vegades amb perruca, la pell molt blanca i les galtes rosades i, per sobre de tot, uns vestits sumptuosos d'infinites capes.

Des de llavors fins ara hi ha hagut moltes modes: la gràcia, lleugeresa i galanteria del rococó, la sobrietat de la Il·lustració, la moda del dandi anglès, etc. El segle XX imposà diverses tendències que depenen de motivacions econòmiques i del que es vulgui mostrar: cossos grassos perquè no es vol donar a entendre que es passa gana; cossos atlètics si es vol mostrar que hi ha un alt nivell de vida que permet seleccionar els aliments, preocupar-se per la imatge i anar al gimnàs. Hi ha hagut lleus alternatives, per exemple, en els setanta, quan va predominar l'estètica de figura andrògina, recta, sense maluc ni pit, alta i extremadament prima.

Per tant el nou model de bellesa femenina que fins a l'actualitat se'ns segueix venent (noia prima, sense corbes) es molt recent, ja que durant tota la història de la humanitat, tot i que han anat variant els cànons de bellesa, sempre

del Barroc és l'ús i abús de perfums, carmins, lunars, cotilles, puntes, robes sumptuoses, sabates de taló, miralls, joies, pompositat, pentinats... Va néixer la paraula "maquillatge" i es va estendre per diverses llengües, moltes vegades com a sinònim de truc i engany. L'ideal de bellesa femení era teatral i artificial. Pel que fa al físic en si, es poden endevinar després de les vestidures uns cossos més rodons que en el Renaixement, pits més prominents ressaltats per cotilles, amples malucs, estretes cintures,



Exemple de model de passarel·la andrògina.

s'ha divulgat un prototip de dona amb corbes, pit, malucs... bastant més natural i realista que el model actual.

Podem observar que al llarg de tota la història la societat ha exercit pressió sobre homes i dones perquè vestissin d'una determinada forma o tinguessin un cos en concret, i si no el tenien no eren vistos bells. El fet que ens veiem obligats a vestir d'un estil i no amb la roba que més ens agrada cohibeix la nostra personalitat, ja que la vestimenta és una forma d'expressar una mica la nostra forma de ser, quan dic que ens veiem obligats no em refereixo al fet que hi hagi cap llei escrita que ho digui ni cap càstig físic si no ho fem, sinó que la societat per mitjà de diferents recursos ens inculca el conjunt de coses que ens donarà èxit, i nosaltres inconscientment ho anem assolint. De fet, sí que hi ha un càstig si no ens adaptem a aquests cànons de bellesa, o ens sortim una mica del que la nostra cultura i societat considera "normal", aquest és el rebuig social.

Però el fet que et vegis obligat a canviar el teu cos per tal d'encaixar a la societat d'avui en dia és una cosa inhumana i molt cruel, inclús més que haver de portar la roba que estigui de moda, amb això no dic que el segon fet sigui correcte ni el justifico, però la societat ha de ser conscient que moltes



Victoria's Secret show 2012

persones poden aspirar a estar primes i no pesar més de 50 quilos però hi ha d'altres que no. Tot depèn de la constitució i genètica de la persona. Això no tothom ho sap i en l'intent d'estar més primes acaben patint trastorns d'alimentació, sigui anorèxia o bulímia.

Un dels últims fenòmens del món de la moda ha estat el "thigh gap", prèviament ja citat. Aquest fenomen afecta les dones només i consisteix a tenir un espai entre les cuixes a l'hora d'ajuntar els genolls. Té origen el desembre del 2012 després del *Victoria's secret fashion show* que comptava amb moltes

models de cos prim i tonificat i casualment totes tenien un gran espai entre les cuixes. Com a resultat centenars de blogs promovent aquest fenomen i van fer d'aquest espai entre les cuixes el nou model de cos ideal del segle XXI. A aquest corrent s'hi van unir milers de joves de tot el món, la qual cosa va amoïnar a la *National Eating Disorders Association* que va crear ràpidament un contraatac a aquest fenomen fatal, va crear una *web* en la qual promovia la imatge corporal saludable i actituds envers el menjar i el propi pes²⁵.

El més greu de l'assumpte és que, com bé va publicar la revista *The Times of India*, poques dones tenen aquest tret de l'espai entre les cuixes de forma natural. I algunes han recorregut a dietes extremes i fins i tot cirurgia per tal d'obtenir-lo. Els crítics s'han preocupat de que les dones joves desenvolupin un trastorn alimentari tractant d'obtenir una forma de cos que és impossible per la majoria de les dones.

D'això la societat no n'és conscient, ja que només es divulga la forma de cos ideal i no se'n diu res que no tothom la pot tenir, ja que depèn de la forma dels malucs i d'altres fenòmens, i molta gent cau en l'anorèxia o bulímia en l'intent d'obtenir aquest "cos ideal" sense saber que probablement mai podran aconseguir un cos com el que venen els mitjans de comunicació.

De fenòmens d'aquests tipus n'hi ha centenars i afecten tant a nois com a noies i aquests són una causa d'alt risc per patir trastorns d'alimentació.

Cal entendre que el grup de població que es tracta a aquest treball és el dels joves, concretament d'entre 15 i 16 anys, i aquests formen un grup molt vulnerable, ja que encara no han madurat ni han acabat de formar totalment la seva personalitat, i això els fa més influenciables i conseqüentment més vulnerables.

²⁵ Siassina, Maria (9 de octubre de 2013). «'Thigh gap' trend may be encouraging eating disorders: experts». Canada.com.

10. ELS IDEALS DE BELLESA EN RELACIÓ A L'AUTO IMATGE I L'AUTOCONCEPCIÓ EN RELACIÓ A L'ANORÈXIA NERVIOSA I LES SEVES CONDUCTES DE RISC

Un tema que considero clau a tractar en aquesta recerca és l'**auto imatge**, és a dir, la concepció que té l'individu de si mateix, cosa que va estretament lligat als estereotips, que són idees o imatges acceptades per la majoria com a patró o model de qualitats o bé conductes, i els canons de bellesa culturals, per tant segons el prototip de bellesa que es ven en un moment determinat els nois i noies tindran una millor o pitjor imatge d'ells mateixos, tenint sempre com a referent el cànon de bellesa que es considerat l'ideal. És per això que l'auto imatge està directament relacionada amb alguns dels casos d'anorèxia, ja que influencia directament en què alguns nois i noies es vegin pressionats per tal d'encaixar o sentir-se més a gust amb el seu cos i comencen a dur a terme certes pràctiques de risc que en alguns casos poden acabar en anorèxia nerviosa. És per això que podríem considerar que el primer pas per millorar l'auto imatge és eliminar els estereotips, fet que ajudarà, ja que la societat ja no es veurà sota la gran pressió que aquests suposen i conseqüentment això tindrà gran repercussió en la prevalença de l'anorèxia nerviosa, ja que molt probablement els casos es veurien significativament reduïts, però això implica un llarg procés de conscienciació de la població, des dels mes joves fins als adults, per formar generacions amb criteri i capaces de dir "no" al que la publicitat els hi ven i imposa.

11. PRÀCTICA

11.1. METODOLOGIA

Un cop realitzada tota la recerca del marc teòric, vaig plantejar-me diversos mètodes de recollida d'informació per poder verificar o falsar les diferents hipòtesis que em plantejava, per tal d'assolir els objectius del meu treball de recerca.

El primer pas va ser pensar que volia testar la teoria en qüestió mitjançant dos mètodes, un que em proporcionés informació qualitativa i un altre que em proporcionés informació quantitativa. Basant-me en aquest criteri vaig procedir a fer la selecció dels mètodes.

Per obtenir la informació de caràcter quantitatiu vaig decidir passar unes enquestes, que consisteixen en un estudi en el qual l'investigador obté dades a partir de la realització d'un conjunt de preguntes dirigides a una mostra representativa o al conjunt total de la població estadística en estudi, amb la finalitat de conèixer opinions, característiques o fets específics.

A l'hora d'elaborar l'enquesta vaig repassar tot el marc teòric, centrant-me en els apartats que més m'interessaven de cara a la pràctica. Tot seguit, de cada apartat vaig recollir un nombre d'ítems que més endavant vaig plantejar a les preguntes de les enquestes, d'una forma no gaire directa, per tal d'evitar condicionar les respostes dels joves enquestats.

I per tal d'obtenir la informació qualitativa vaig optar per un grup de discussió, aquest consisteix en una conversació curosament planejada i dissenyada per obtenir informació sobre una àrea d'interès, en un ambient permissiu. La discussió ha de ser el més relaxada possible i satisfactòria pels participants, per tal que exposin les seves idees i comentaris en comú. Els membres del

grup solen influenciar-se mútuament, ja que responen a les idees i comentaris que sorgeixen en la discussió (Krueger, 1991: 24)²⁶.

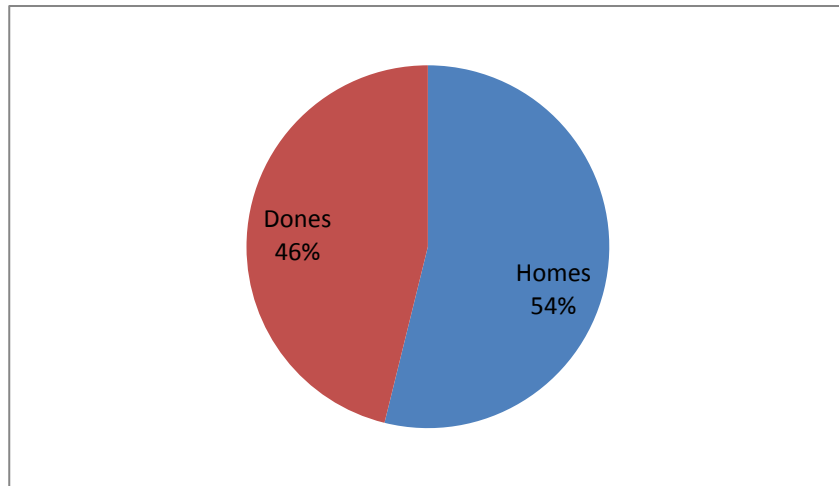
El grup estava format per dos nois i dues noies, els criteris que vaig tenir en compte per escollir aquests membres van ser diversos, en primer lloc vaig trobar oportú que el grup estigues format per gent propera a mi i a més que tinguessin una bona relació entre ells, ja que això permetria crear un ambient de confiança i així seria més fàcil que sorgissin confidències i es parlés de qüestions de caire més personal. En segon lloc la franja d'edat dels membres del grup havia de coincidir amb l'edat dels enquestats, però al final això no va ser possible perquè el grup el vaig formar quan tots els membres tenien 16 anys però el dia en que els vaig citar per la discussió dos dels quatre membres ja n'havien fet disset, davant d'aquesta situació podria haver optat a escollir dues persones que sí que es trobessin dins de la franja d'edat, però com he dit anteriorment l'ideal era que fos gent amb bona relació i per no posar en perill l'ambient de confiança vaig decidir no fer canvis dins del grup.

RESULTATS OBTINGUTS A LES ENQUESTES

En total vaig repartir 65 enquestes entre tres grups de quart d'ESO, els nois i noies que les van respondre tenien 15 o bé 16 anys. A aquests se'ls va informar que totes les respostes romandrien en l'anonimat i serien utilitzades per al meu treball de recerca.

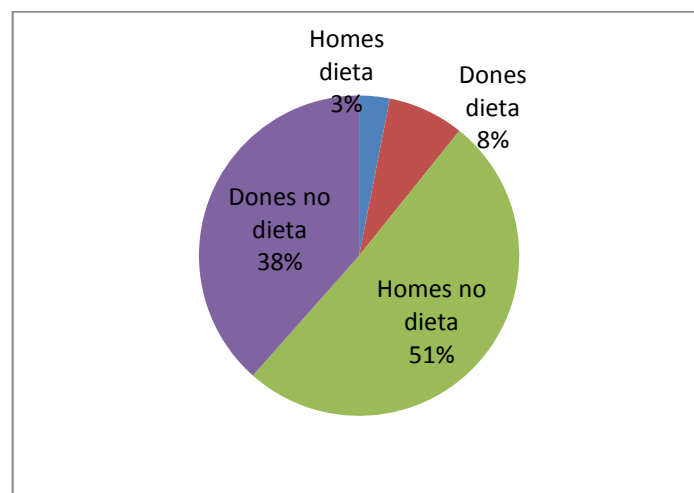
D'aquestes 65 enquestes, 30 van ser respostes per noies i les 35 restants per nois:

²⁶ Trobat a:
http://uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Presentaciones/Entrevista_Guposdiscusion.pdf

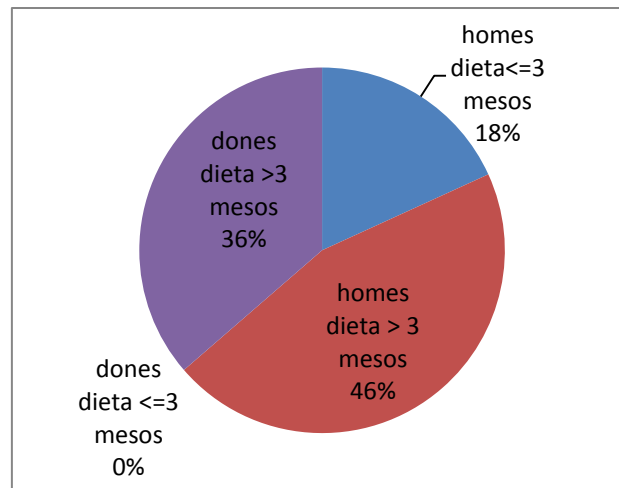


El qüestionari consta de dotze preguntes (algunes subdividides en més preguntes). La primera pregunta és sobre la dieta; havien de dir si havien fet dieta algun cop, i en cas afirmatiu havien d'especificar l'edat amb la qual en van fer i la durada d'aquesta.

Els resultats van ser que un 3% d'homes i un 8% de dones havien fet algun cop. Conseqüentment un 38% d'homes i un 31% de dones no havien fet mai dieta.



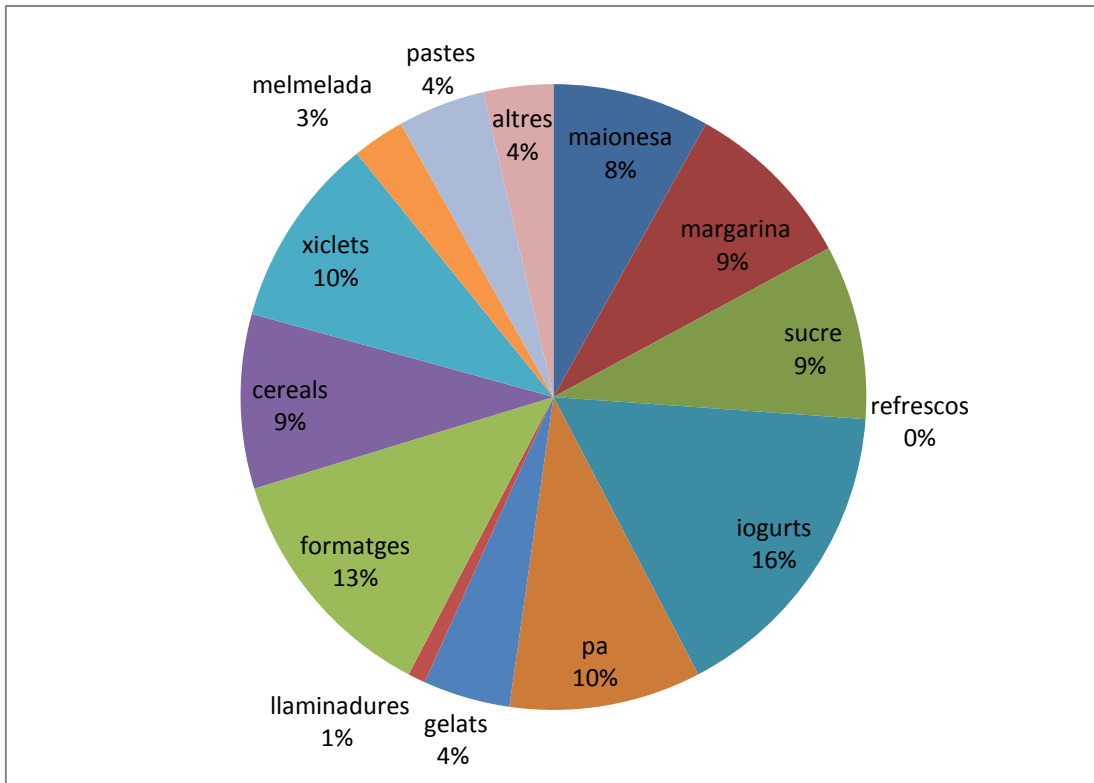
Dels homes que havien fet dieta algun cop, un 18% en va fer d'una durada igual o menor a 3 mesos, i en el cas de les dones, cap n'havia fet de tres mesos o menys. D'altra banda trobem un 46% d'homes i un 36% de dones que van fer dieta durant més de 3 mesos.



Observem, doncs, que el nombre de nois i noies que han fet dieta algun cop és reduït, però tot i així dins del grup de persones que si han fet dieta, la majoria n'han fet durant un llarg període de temps, és a dir durant més de 3 mesos.

La següent pregunta demanava dir si consumien productes "light" normalment, i podien escollir entre una llista formada pels següents aliments: maionesa, margarina, sucre, refrescos, iogurts, pa, gelats, lllaminadures, formatges, cereals, xiclets, melmelada, pastes o altres.

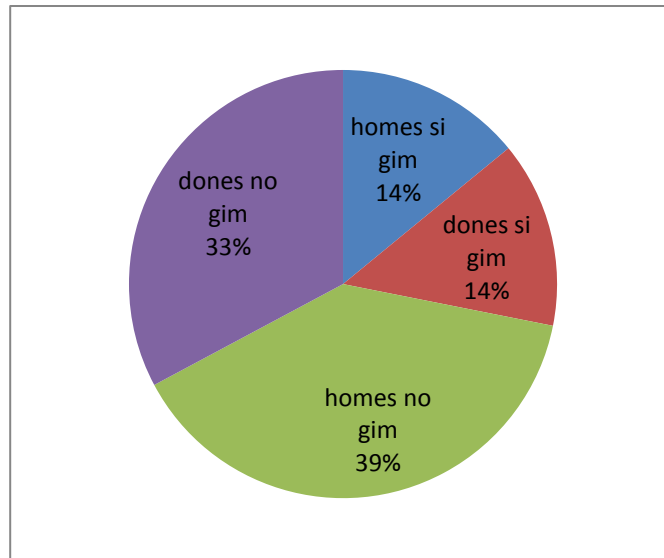
Dels total d'enquestats un 10% d'homes i un 19% de dones van indicar que si consumien productes "light" freqüentment. D'aquests un 8% va seleccionar la maionesa, un 9% margarina, un altre 9% sucre (sacarina), un 16% iogurts, un 10% pa, un 4% pa, un 1% lllaminadures (sense sucre) un 13% formatges, un 9% cereals, un 10% xiclets (sense sucre), un 3% melmelada, un 4% pastes, i per últim, un 4% va seleccionar altres, especificant productes com ara barretes energètiques baixes en calories o "*Philadelphia*".



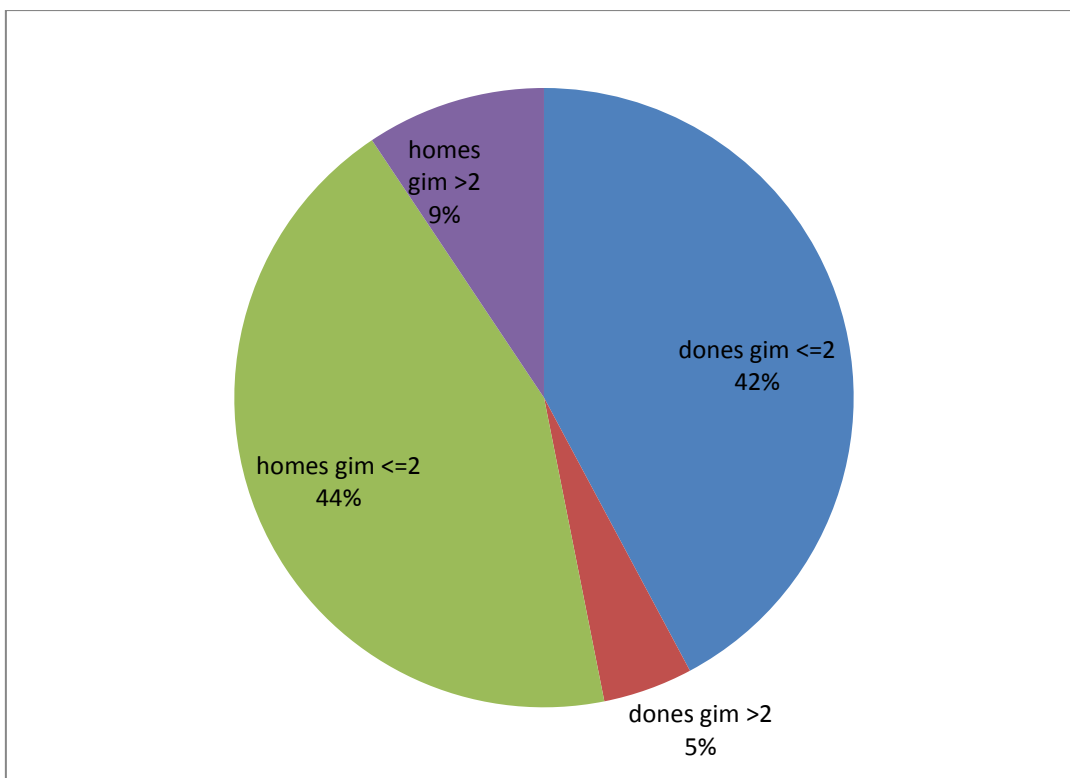
Una alimentació equilibrada i saludable no és motiu de preocupació, i podem considerar que els productes “light” en formen part d’aquesta, però com hem vist anteriorment a l’apartat de conductes de risc, la segona de la llista era l’excessiu consum de productes baixos en calories o rics en fibra. Als tres grups de quart d’ESO podem observar que un 19% de dones i un 10% d’homes consumeixen productes baixos en calories freqüentment, i els més senyalats de la llista són els iogurts, el formatge, el pa i els cereals. Aquests són productes que solem consumir a diari, per tant aquest 29% total consumeix productes baixos en calories a diari, aquest pot ser un indicatiu de que s’està controlant excessivament la dieta durant el dia a dia.

La tercera pregunta estava relacionada amb el gimnàs: si hi anaven, quantes vegades a la setmana i si deixaven de fer alguna cosa per anar-hi.

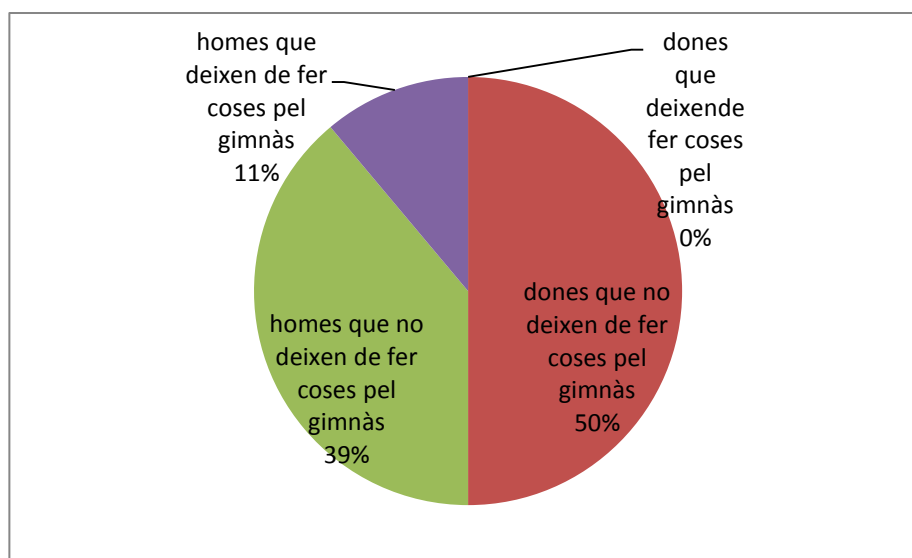
Un 14% dels homes i el 14% de dones van indicar que si que hi anaven.



D'aquest total el 9% d'homes i un 5% de dones van indicar que hi van més de dos cops per setmana. Per contra, un 42% de dones i un 44% d'homes van indicar que hi van dos o menys cops setmanalment.



Per últim, un 50% de dones va indicar que no deixava de fer coses per anar al gimnàs i per part dels homes ho van indicar un 39%. Contràriament un 11% d'homes va indicar que si que deixava de fer coses per anar al gimnàs, com ara quedar amb els amics o inclús deixaven de fer deures.

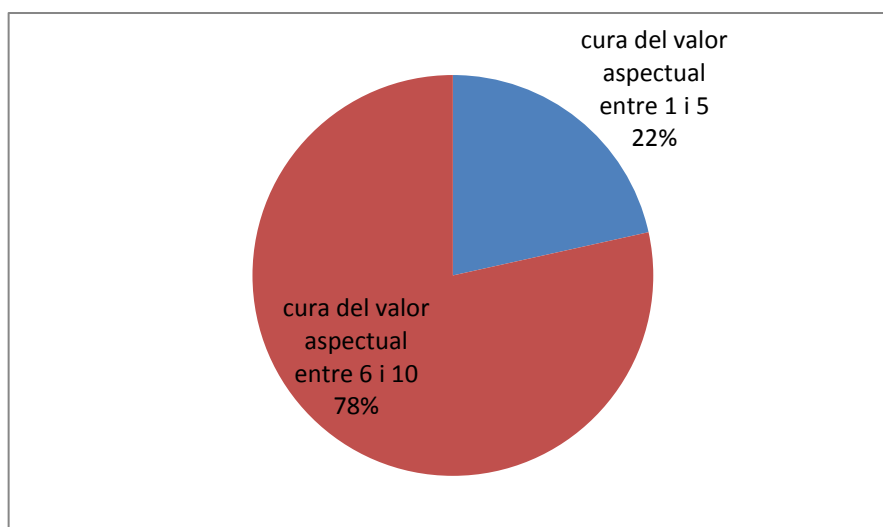


Anar al gimnàs no és un mal hàbit, al contrari, és un hàbit saludable i que ens permet estar en bona forma física i és molt positiu també a nivell mental. Però una pràctica de risc és obsessionar-se amb l'exercici físic i portar-lo a l'extrem. Vaig considerar que anar més de 2 cops per setmana al gimnàs per als nois i noies de 15/ 16 anys era un nombre elevat i també vaig considerar oportú saber si deixaven de fer coses per poder anar-hi

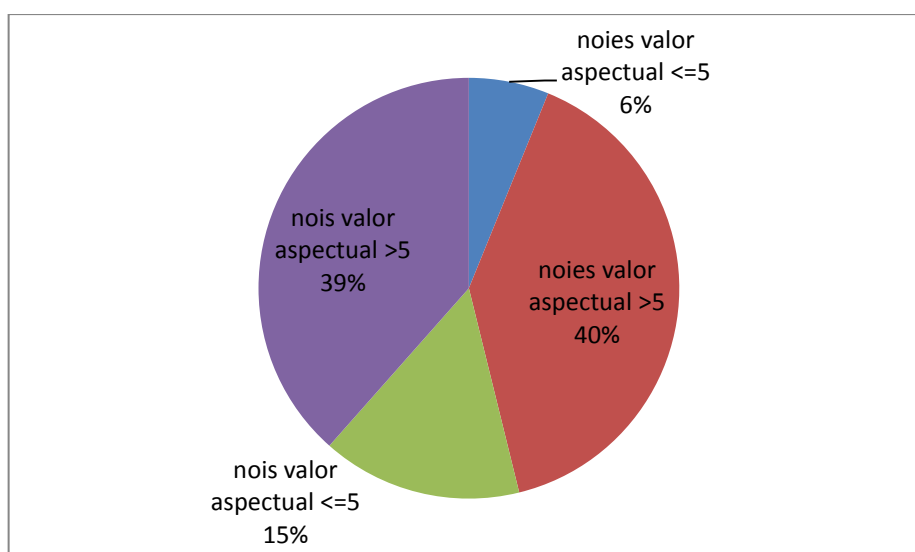
Vaig observar que un 28% d'alumnes hi anaven, al gimnàs (14% nois i 14% noies), no vaig trobar preocupant la xifra, el següent pas va ser calcular quants hi anaven més de dos cops per setmana i em vaig trobar amb que ho feien un 9% de nois i un 5% de noies, lo qual tampoc era preocupant. Per últim vaig calcular el nombre de nois i noies que anaven al gimnàs més de dos cops per setmana i a més deixaven de fer coses per anar-hi, vaig observar que cap noia ho feia, però en canvi un 11% de nois deixaven de realitzar activitats, com ara fer deures o quedar amb els amics, per anar al gimnàs, aquesta dada si que em va sorprendre i la vaig trobar més preocupant.

La quarta pregunta del qüestionari demanava que indiquessin del 1 al 10 quant cuidaven el seu aspecte físic i que especificuessin en que consistia aquesta cura.

Del total, un 22% va indicar que cuidava el seu aspecte entre 1 i 5, i un 78% va indicar que cuidava el seu físic entre 6 i 10.



Del 22% de persones que van indicar que cuidaven el seu aspecte entre 1 i 5 un 6% eren noies i un 15% nois. Per contra, el 78% d'alumnes que van dir que cuidaven el seu aspecte entre 6 i 10 estava compost per un 40% de noies i un 39% nois.

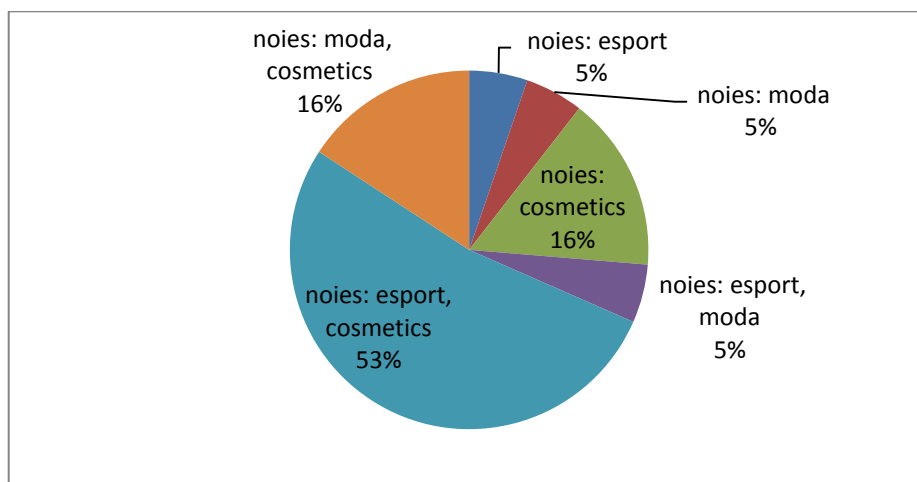


Que cuidem el nostre aspecte físic en l'actualitat no és cap fet estrany ni aïllat, però una altra conducta de risc és la cura excessiva de la imatge, que pot acabar sent una obsessió. Del nombre de persones que van respondre a aquesta pregunta vaig distingir dos grups, els que cuidaven del seu aspecte entre 1 i 5, que seria lo bàsic, i aquells que el cuidaven de 6 a 10.

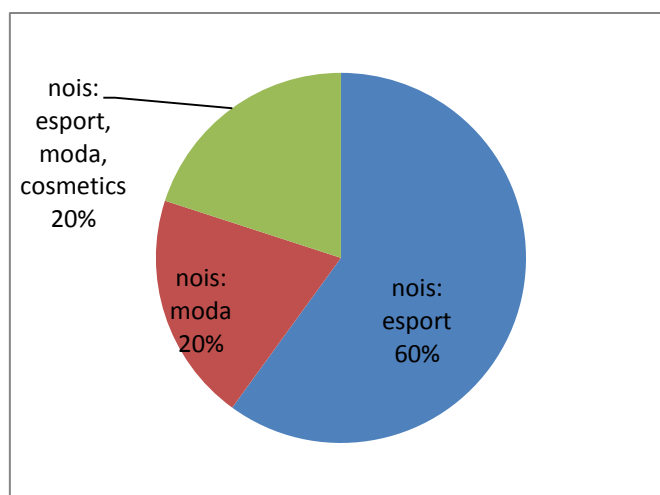
Del primer grup vaig calcular un 22% d'alumnes i del segon un 78%. Del 22% només un 6% són noies i un 15% nois, la diferencia es bastant gran, en canvi

del 78% un 40% són noies i un 39% nois. Això vol dir que hi ha més nois que noies que tenen una cura bàsica del seu aspecte físic, en canvi el percentatge de nois i noies que tenen una cura elevada del seu aspecte físic és quasi igual.

Responent a la pregunta que demanava amb què associaven el terme de bellesa, d'entre les noies que van indicar a la primera pregunta que cuidaven del seus aspecte físic entre 6 i 10, un 5% va indicar que estava relacionat amb l'esport, un altre 5% l'associa amb qüestions de moda (vestir bé, combinar els colors, etc.) el 16% relacionava el terme amb qüestions de cosmètica (posar-se cremes, maquillar-se fer neteges de cutis...), un 5% més va associar la cura aspectual amb el fer esport i anar sempre a la moda, el 53% va indicar que la cura consistia en fer esport i utilitzar cosmètics de diversos tipus, per últim, el 16% restant va respondre que consistia en anar a la moda i utilitzar cosmètics.



D'entre els nois que van respondre a la mateixa pregunta que tenien cura del seu aspecte físic entre 5 i 6 un 60% va relacionar aquesta cura amb l'esport, el 20% va relacionar-la amb qüestions de moda i un 20% va contestar dient que la cura consistia en fer esport, utilitzar cosmètic i anar a la moda.



D'aquells nois i noies que formaven el 78% d'alumnes que cuiden entre 6 i 10 el seu aspecte físic vaig observar en que consistien aquestes cures i les vaig agrupar en moda, cosmètics, esport i les possibles combinacions d'aquestes.

De noies un 5% relacionava les cures amb qüestions esportives, un 5% amb moda, un 16% amb l'aplicació de productes cosmètics, un altre 5% amb qüestions esportives i de moda, un 53% amb esport i moda i, per últim, un 16% amb moda i cosmètics. Per tant la majoria de noies d'entre 15 i 16 anys del Lluís de Requesens cuiden la seva imatge fent esport i aplicant-se diversos cosmètics, com ara maquillatge o cremes.

De nois un 60% va indicar que cuida de la seva imatge fent esport, un 20% anant a la moda i un 20% combinen moda, esport i cosmètics. Per tant es pot afirmar que la majoria de nois d'entre 15 i 16 anys de l'institut tenen cura del seu aspecte físic fent esport.

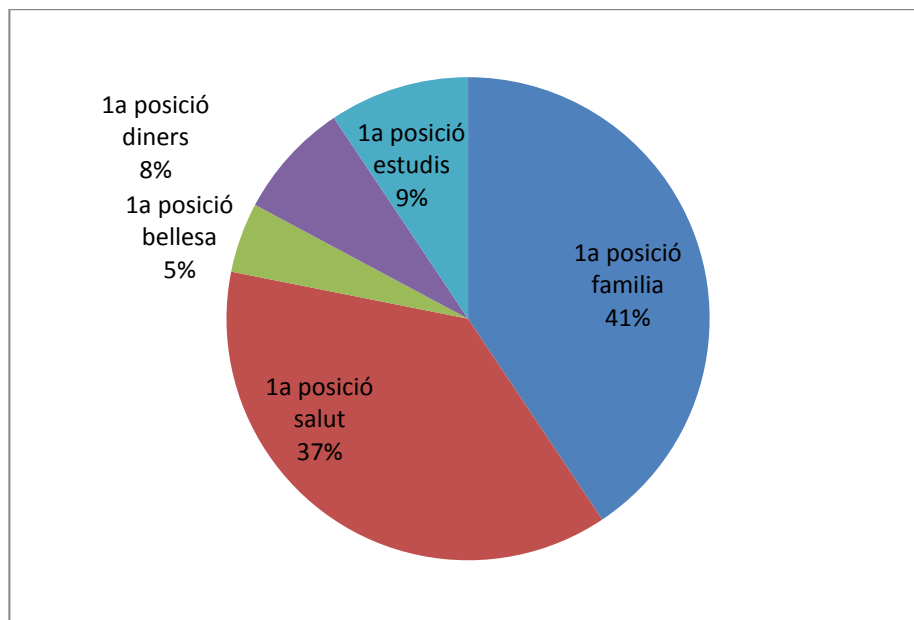
També crida l'atenció el fet que els mètodes de cura que duen a terme les noies són molt més diversos que els que utilitzen els nois.

La cinquena pregunta consistia en anomenar 3 requisits que la persona en qüestió consideres indispensables per obtenir èxit a la vida, l'objectiu bàsic d'aquesta pregunta era calcular quantes persones consideraven la bellesa com a un d'aquests. El resultat obtingut entre nois i noies va ser que un 26% relaciona algun dels requisits amb el físic i la bellesa, per exemple; estar prim, tenir el somriure bonic, estar en forma...

Per tant s'ha pogut comprovar que tot i el gran nombre de persones que cuiden elevadament el seu aspecte físic, un nombre reduït d'ells considera que la bellesa és un requisit indispensable

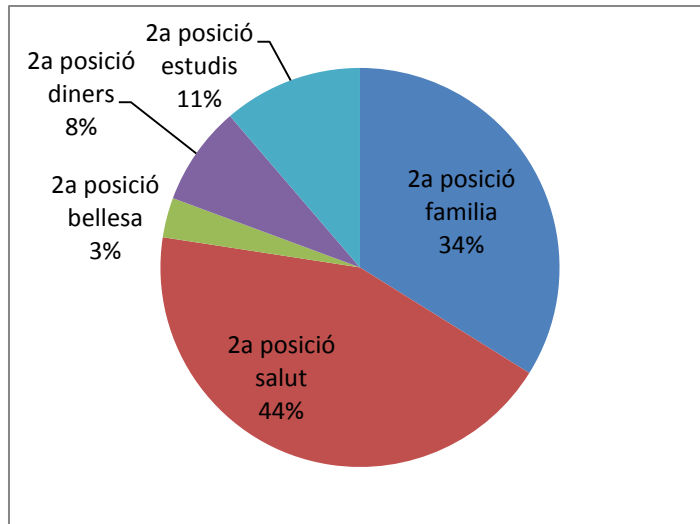
La sisena pregunta era una mena d'escala de valors, en la que havien de col·locar de major a menor importància les següents qüestions: família, salut, estudis, diners i bellesa. A aquesta pregunta vaig obtenir una gran combinació de respostes i els resultats van ser els següents:

El 41% d'enquestats van posar en primera posició a la família, un 37% van posar en aquesta posició la salut, el 9% hi van posar els estudis, el 8% els diners i un 5% la bellesa.

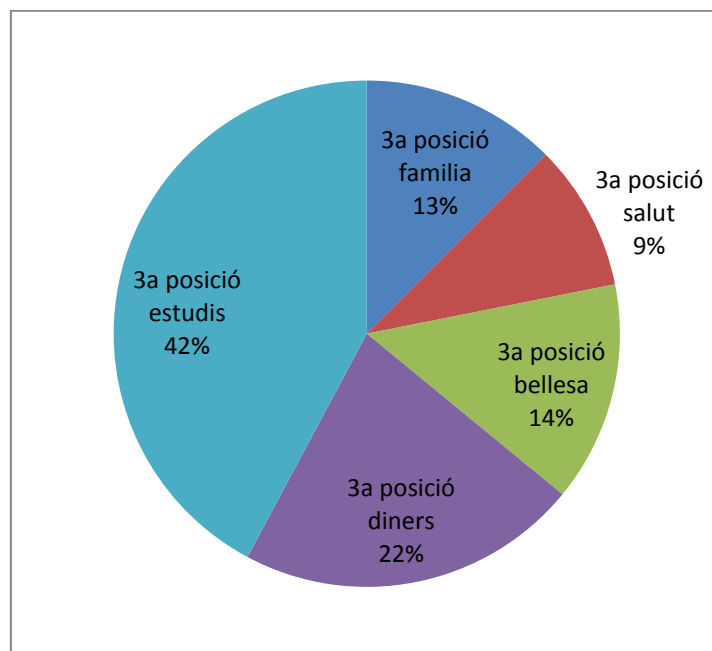


En la segona posició el 44% va situar la salut, un 34% la família, un 11% els estudis, el 8% els diners i un 3% la bellesa.

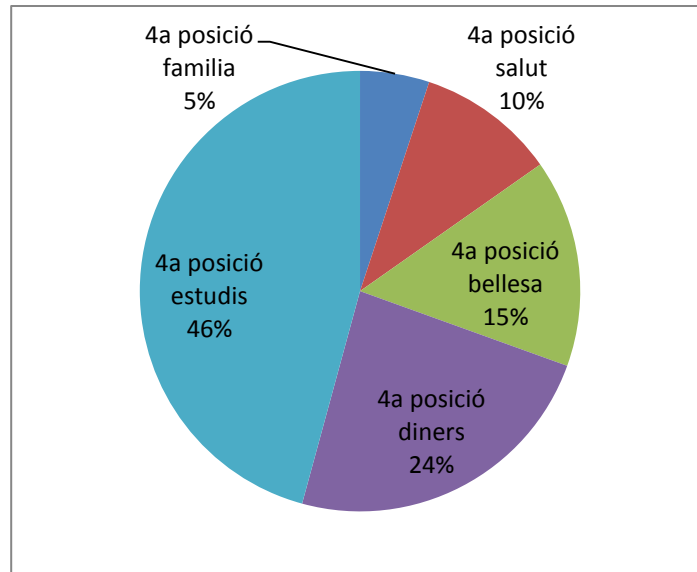
Treball de recerca



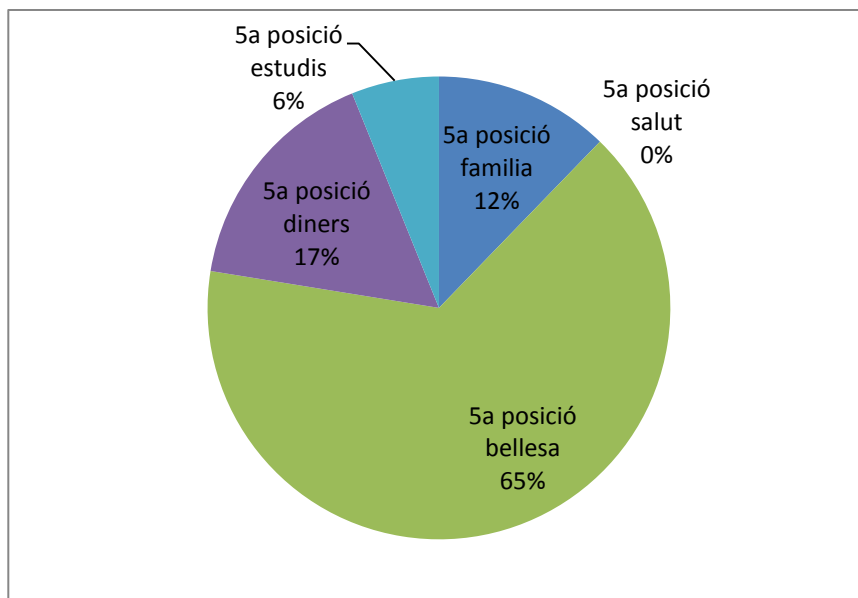
En tercera posició el 42% va situar els estudis, el 22% els diners, un 13% la família, un 14% la bellesa i un 9% la salut.



A la quarta i penúltima posició un 46% va situar els estudis, el 24% els diners, el 15% la bellesa, el 10% la salut i un 5% la família.



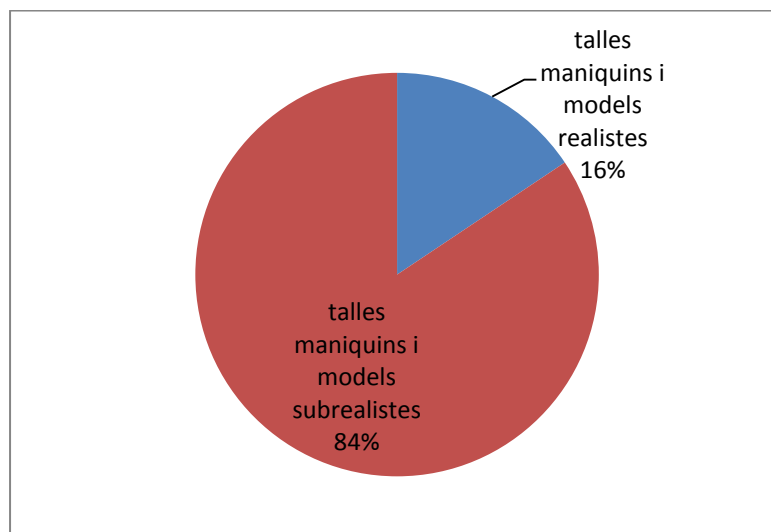
I a l'última posició 65% va situar la bellesa, un 17% els diners, el 12% la família i el 6% els estudis. Cal destacar que cap persona va situar en aquesta posició la salut.



Per analitzar la informació d'aquesta pregunta em vaig centrar bàsicament en els ítems que situaven a primera i a cinquena posició, per tal de veure quines eren les seves prioritats. Tot això va ser tenint en compte que el fet d'obsessionar-se no només amb el físic i l'esport, sinó també amb els estudis, era un símptoma d'anorèxia en la conducta de l'individu. Tal i com esperava els percentatges de gent que ha situat la bellesa en primer lloc ha estat molt reduït, concretament un 5%, ja que la majoria en aquesta posició a situat la família (un

41%) i en última posició la majoria va situar la bellesa, parlem d'un 65% dels enquestats, i només un 9% hi va situar els estudis, tot i això molt poca gent els va situar en primera posició, la majoria els va situar en quarta posició (el 46%). Observant els gràfics, podríem dir que hi ha més gent materialista que no pas superficial, ja que el percentatge de gent que situa com a última prioritat la bellesa és molt més elevat que no el dels diners (el 17%).

La setena pregunta de l'enquesta era sobre les talles de les models de passarel·la i els maniquins de les botigues, concretament si consideraven que aquestes eren realistes. Podem observar al gràfic que una gran majoria va indicar que no trobaven realistes ni les talles dels maniquins ni de les models de passarel·la, exactament parlem d'un 84% malgrat aquesta majoria ens trobem amb una minoria del 16% que considera que sí que són realistes aquestes talles.

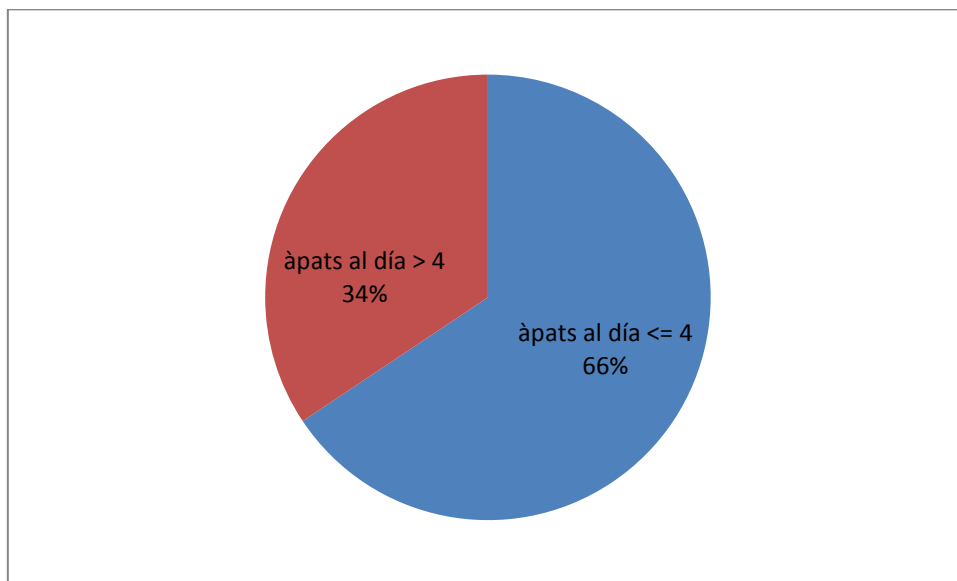


Aquesta pregunta estava directament relacionada amb els estereotips i la conscienciació que en tenen sobre aquests els alumnes. He pogut comprovar que un 84% d'alumnes és totalment conscient que les talles dels maniquins i models no són realistes, la qual cosa no vol dir que no els hi influeixin perquè com he pogut observar a les preguntes anteriors sí que hi ha certa influència ja que duen a terme uns determinats processos per tal d'assolir aquest model de bellesa idealitzat. Per altra banda trobem un 16% d'alumnes que consideren que aquestes talles sí que són realistes, la qual cosa és un indicatiu de falta de

conscienciació i informació, dos factors fonamentals i prèviament citats a l'apartat de prevenció de l'anorèxia.

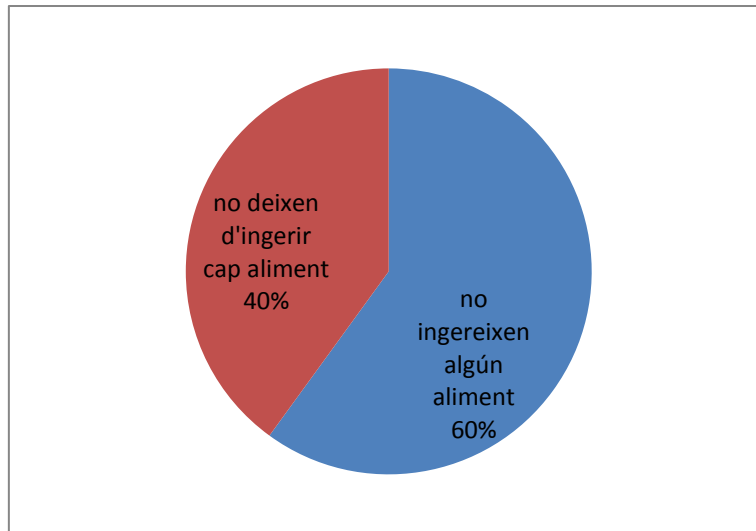
La vuitena pregunta era sobre quants àpats al dia feien i vaig obtenir aquests resultats:

Un 66% dels alumnes va indicar que feia fins a 4 àpats al dia i el 34% restant ha indicat que fa de 5 a 7 àpats al dia.

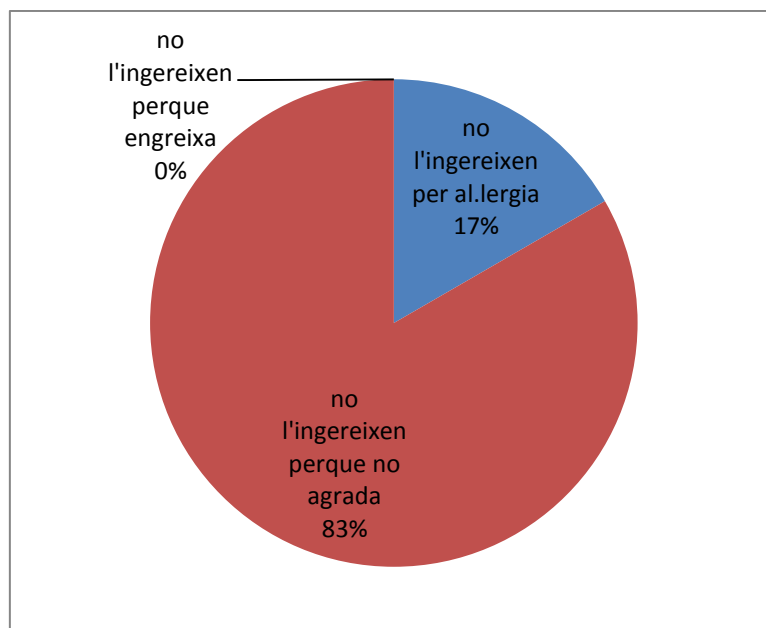


Amb aquesta pregunta he comprovat que la majoria (66%) d'alumnes fan una 4 àpats al dia i aquesta xifra es troba dins del recomanable, que són entre 3 i 5 àpats diaris).

A la pregunta número nou deia si la persona en concret no ingeria algun aliment, i en cas de que fos així; quina era la causa. Aquesta pregunta la vaig formular esperant obtenir respostes de gent que no ingerís aliments perquè engreixaven, però la qüestió és que no m'he trobat amb cap d'aquests casos, sinó que hi ha un elevat percentatge de gent que no ingereix algun aliment, exactament un 60% davant d'un 40% que no deixa d'ingerir-ne cap.



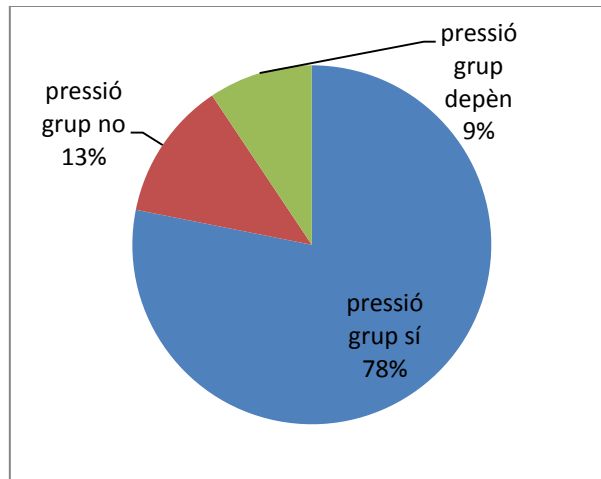
Dins d'aquest 60% distingim dos grups; els que no consumeixen algun aliment perquè no els hi agrada i els que no en consumeixen algun perquè tenen algun tipus d'al·lèrgia. El primer grup comprèn un 83% del total i el segon un 17%.



Per tant, no hi ha cap persona que dugui a terme la conducta de risc de restringir de la seva dieta aliments pel fet que engreixin.

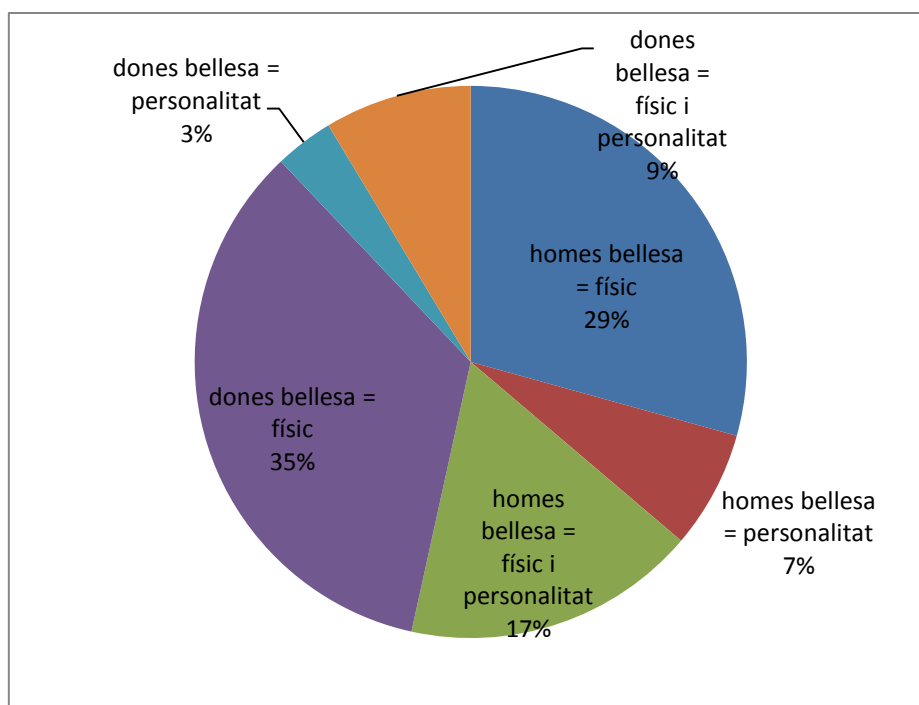
A continuació hi ha una pregunta que demana si pensen que la pressió del grup al qual pertany una persona influeix en el seu aspecte físic. Un 78% considera que el grup social sí que influeix en l'aspecte físic de la persona, un 13% considera que no, que l'entorn no té per què afectar, ja que cadascú és lliure

d'escollir com vesteix o l'estil que té, i per últim un 9% considera que depèn de diversos factors, per exemple la personalitat o caràcter de la persona, el nivell d'autoestima, les condicions familiars...



Aquesta pregunta també la vaig formular en relació als estereotips i a una conducta de risc en concret, la sisena de la llista de l'apartat "Conductes de risc" i aquesta consisteix en una excessiva preocupació pels comentaris relacionats amb l'aspecte físic que fan les persones del voltant. Aquesta és possiblement la conducta de risc que més es dona entre els alumnes del centre, ja que un 78% d'ells considera que el grup al qual pertany exerceix una pressió directa sobre l'aspecte físic de l'individu. Això vol dir que la majoria es veuen cohibits pel seu entorn i no acaben de mostrar-se tal com són per por a sentir-se rebutjats, i això a la llarga pot crear complexos i acabar obsessionant la persona, que farà el possible per agradar i aquests mètodes probablement no seran els més adequats ni saludables.

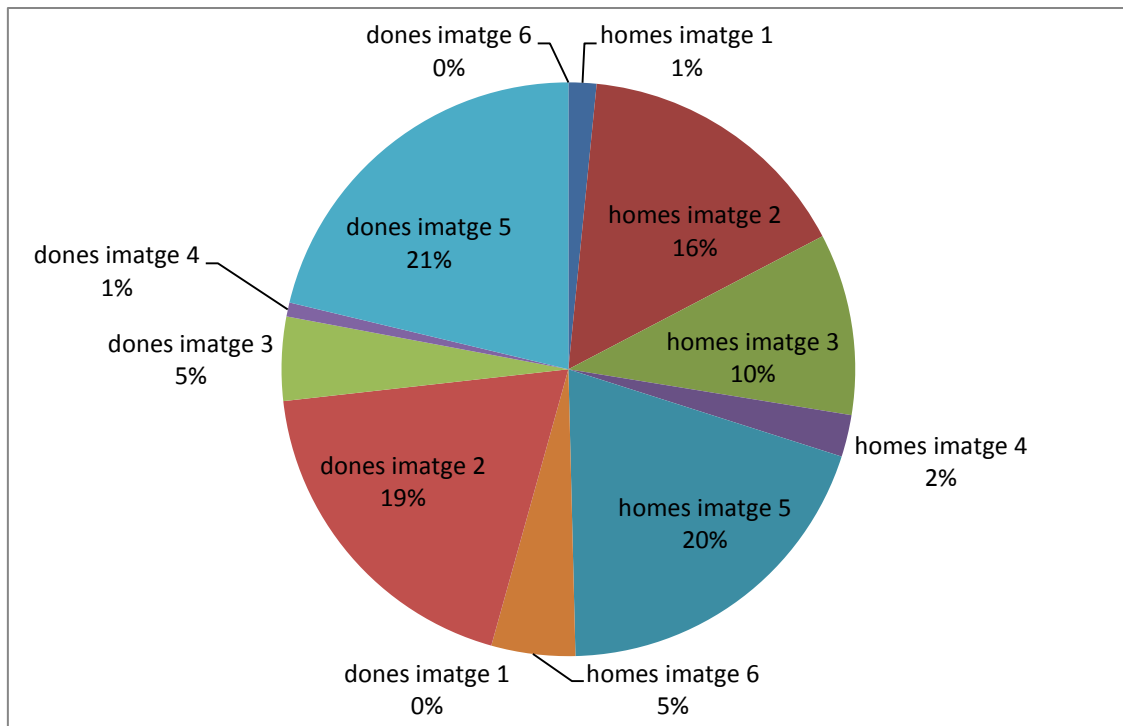
La pregunta onze demanava que associessin el concepte de bellesa amb tres termes, com que la pregunta tenia l'objectiu de veure quantes persones associaven la bellesa amb qüestions físiques i quants amb qüestions de personalitat, vaig agrupar les respostes obtingudes en aquests dos grans grups i els resultats van ser els següents: de dones un 3% va associar la bellesa amb trets de la personalitat, un 35% la va associar amb qüestions de físic i un 9% va associar-la tant amb qüestions de físic com de personalitat. Dels homes un 29% va relacionar bellesa amb físic, un 7% amb personalitat i un 17% amb les dues coses.



Aquesta pregunta va lligada també als estereotips. He pogut observar que tant els nois com les noies del centre tenen tendència a ser superficials, ja que tots ells associen el terme de bellesa amb qüestions físiques, però tot i això al gràfic podem veure com una part, minoritària, relaciona la bellesa amb personalitat i físic i un grup encara més reduït la relaciona únicament amb la personalitat. També cal desatacar que dels enquestats, el grup de noies és més superficial que no pas el de nois.

Per últim l'enquesta finalitzava amb una pregunta en la qual es demanava a la persona en qüestió que seleccionés quina foto considerava més atractiva, havien d'escollir una de la fila d'imatges de dones i una altra de les imatges d'homes. Aquesta pregunta anava directament dirigida a respondre a un dels objectius principals de la meua recerca: el fet de crear un perfil idealitzat d'home i de dona a partir de les imatges escollides pels joves²⁷. I els resultats de les eleccions dels joves són aquests:

²⁷ Les imatges a seleccionar les podeu observar als annexos, dins l'apartat 12.2. ENQUESTES



Es pot observar que la majoria es decanten per les imatges del mig, que són les talles més “normals” i racionals. Veiem que la primera imatge, en la qual surt una dona andrògina, no és seleccionada per cap dona i només l’escullen un 1% d’homes. La segona imatge és seleccionada per un 19% de dones i un 16% d’homes, aquesta és l’equivalent a una talla 40 aproximadament. El més sorprenent l’observem a la tercera imatge, que és seleccionada només per un 3% de dones però en canvi un 10% d’homes l’escullen. Per tant les dones d’aquesta primera fila es decanten per la imatge del mig, que seria la talla mitjana, i els homes igual, però amb la diferència que una part important escull la tercera imatge, que vindria a ser una talla 46 aproximadament. Això dóna a entendre que els homes del Lluís de Requesens d’entre 15 i 16 anys prefereixen a les dones amb corbes i no tan primes, però les dones prefereixen una talla mitjana, ni massa prima ni mol més grassa del que acostumem a veure a les passarel·la.

De la filera d’homes la primera imatge és seleccionada per un 1% de les dones i un 2% dels homes, La segona foto en canvi la seleccionen un 21% de dones i un 20% dels homes, per últim la darrera imatge no és seleccionada per cap dona i només un 5% d’homes. D’aquí extrec la conclusió que les dones

segueixen decantant-se per una talla mitjana també en el cas de les imatges masculines i els homes igual, tot i que hi ha un petit percentatge d'homes que també es decanten per l'home gras, per tant es repeteix la mateixa situació de davant les imatges de les dones (parlem sempre d'homes i dones del centre Lluís de Requesens d'entre 15 i 16 anys).

RESULTATS DEL GRUP DE DISCUSSIÓ

Amb el grup de discussió, com ja he dit anteriorment, vaig poder obtenir informació qualitativa. D'aquesta en destaco les qüestions següents:

Vaig observar falta d'informació conscienciada, igual que amb la pregunta sobre les talles dels maniquins i models, però en aquest cas per causes diferents. En primer lloc la majoria dels components del grup desconeixien la distorsió de la imatge que pateix la persona afectada. Aquí en tenim un exemple d'això:

Hana: [...] *Sabíeu alguna cosa de la distorsió de la imatge de la persona que pateix la malaltia?*

Laura: *Sí que ho sabia però no m'ho imaginava tan bèstia*

Adaia: *jo crec que ho exageren als vídeos, que realment la persona no es deu veure tan diferent de com està en la realitat.*

Josep: *jo no m'imaginava que els hi passes això, tampoc havia vist mai un vídeo d'aquest tipus, potser és per això."*

En veure que desconeixien bastantes coses de la malaltia vaig prosseguir preguntant per si algun cop havien vist algun vídeo a l'escola o a alguna pagina web, o algun altre mitjà de comunicació, i aquestes van ser algunes de les respostes:

Adaia: *no, és que jo a casa meva no em poso a buscar aquestes coses...*

Alexis: *jo vídeos no però alguna foto si que he vist, i realment impacten molt. A l'escola algun cop ens han parlat, però mai han posat cap vídeo, però a les xarxes socials i ha moltes publicacions de pàgines web per conscienciar sobre l'anorèxia i també la bulímia."*

Tot seguit vam començar a parlar del prototip de bellesa que els membres del grup tenien, vaig començar preguntant primer que els hi semblava la noia excessivament prima, és a dir si era aquell l'ideal de bellesa que tenien i van respondre tots que no. Tot seguit podeu veure amb quins trets van descriure el seu prototip de noi i noia ideals:

“Alexis: *Doncs que tingui una mica de carn per on agafar.*

Adaia: *una 90 – 60 – 90*

Alexis: *ha de ser una noia que es cuidi, que faci esport, però que no deixi de menjar. Una persona pot alimentar-se de tal manera que estigui sa i combinant-ho amb activitat física.*

Josep: *Bé, la que està molt forta també fa una mica d'angúnia.*

Alexis: *però sempre hi ha un equilibri.”*

Aquí ens tornem a trobar amb qüestions ja tractades a les enquestes, com ara la relació de bellesa amb l'esport i per altra banda amb el fet que els nois els hi agraden les noies amb corbes i no tan primes.

Vaig continuar tractant el prototip de bellesa, però aquest cop en comptes de parlar de la noia tan prima que es veia al vídeo, em vaig centrar en la noia grassoneta que es veu reflectida al mirall. Vaig preguntar si aquesta també els desagradava i van dir coses com:

“Alexis: *a veure, jo prefereixo a la grassa que a la que està súper prima*

Adaia: *no m'agrada la grassa, però no em produeix fàstic, en canvi la que està extremadament prima sí.”*

Tot seguit vam avançar amb la discussió parlant de quines mesures prendrien en cas d'estar grassos:

“Laura: *no, jo és que tinc molt poca força de voluntat, la xocolata em pot.*

Adaia: *jo faria esport, però amb moderació*

jo no estic obsessionada amb el meu físic, o sigui no deixaré de menjar porqueries per estar més prima.

Adaia: *jo depèn del pes que tingúes, sé que si ara estigués una mica més grassa, no em preocuparia, però si engreixés 20 quilos més sí que prendria mesures.*

Adaia: *faria dieta*

Laura: *jo també*

Adaia: *però dieta normal, o sigui seguiria menjant però reduiria les quantitats*

Alexis: *jo deixaria de menjar porqueries i menjar no sa.”*

Tornem a reincidir en la dieta com a mètode per aprimar, de la mateixa manera que passava a les enquestes.

Vaig preguntar també si ells creien que la noia que veien al vídeo tenia alguna relació amb ells, és a dir si se sentien identificats amb alguna de les escenes. Tal com esperava, en un primer tots van dir que no, però un cop replantejada la situació les respostes van canviar:

“Hana: *en el moment que la noia s’està mirant al mirall, deixant de banda que no és veu com realment està, quan comença a fixar-se en parts del seu cos, quan s’aplana la panxa, s’estira les galtes, etc. Mai us heu trobat en una situació similar, és a dir mirar-vos al mirall i pensar que aquesta part o l’altre del vostre cos no us acaba d’agradar?*

Alexis: *ah, això sí*

Laura: *sí, sí*

Hana: *o sigui que la situació no és tan llunyana a vosaltres?*

Adaia: *si, però mai ho he considerat tant serio, algun cop he pensat; ostres podria tenir la cella més cap aquí o el cabell més llarg*

Alexis: *però en això també fa molt la personalitat de la persona*

Adaia: *i el que vol canviar i el que no*

Alexis: *perquè aquesta noia del vídeo es veu superada per la situació i utilitza uns mètodes que no són els més adequats per aconseguir els seus objectius.”*

Els membres passen de negar qualsevol relació entre ells i la noia del vídeo i després d'una reflexió acaben arribant a la conclusió que tenen més coses en comú que no pas pensaven.

Finalment vam parlar dels estereotips, vaig introduir el tema preguntant si eren conscients de la gran influència que rebien dels mitjans de comunicació, tots van contestar que n'eren conscients i van sorgir qüestions com aquestes:

Josep: *clar, a les revistes per exemple no surten persones grasses*

Adaia: *bé, ara estan començant a fer campanyes de models de talla XL*

Hana: *i heu vist algun noi gras a revistes o anuncis?*

Alexis: *la veritat és que no, però lo de les noies sí que és veritat*

Adaia: *la veritat és que les noies tenim com molt la idea aquesta que el món de la publicitat ens pressiona molt però en realitat als nois també deu n'hi do perquè ara per exemple ja hem dit que s'estan fent campanyes de models grasses i anuncis, però de nois en canvi no, se segueix exercint la mateixa pressió que sempre sobre ells.”*

Entre tots vam arribar a la conclusió que corre el mite que les dones es veuen més pressionades per la societat, però en realitat els homes també es veuen a la mateixa. A més, en l'actualitat les dones s'estan mobilitzant i ja han aconseguit que desfilin dones de talla XL a les passarel·les, però en el cas dels homes encara segueixen patint la mateixa pressió per part del món de la moda i el comerç.

Laura: *clar, és aquesta la pressió que exerceix sobre nosaltres la societat, però tampoc fem res per canviar-ho perquè si actuem de manera diferent a la resta de gent ens veuríem discriminats.*

Alexis: *el canvi hauria de començar per els mitjans de comunicació, s'hauria de promoure la llibertat d'expressar-te com vulguis, de ser tal com ets, sense pressions.”*

11.2. CONCLUSIONS

Un cop elaborat el marc teòric, realitzada la part pràctica i analitzada la informació tant quantitativa com qualitativa em dispo a extreure les següents conclusions, tot responent als objectius d'aquest treball.

El primer objectiu citat a la introducció era investigar i demostrar que l'anorèxia anava més enllà de deixar de menjar. Després de tota la recerca puc afirmar això amb total certesa, ja que he comprovat que és un trastorn mental greu, que comporta uns símptomes físics i conductuals molt concrets. També he investigat que s'ha de tractar de forma adequada i s'ha de diagnosticar a temps, si no les conseqüències poden ser fatals.

El segon objectiu era demostrar que l'anorèxia no és un fenomen aïllat i llunyà, que no ens pot arribar a afectar. Per una banda això es va confirmar al grup de discussió, quan de forma conjunta vam arribar a la conclusió que tots tenim complexos i que tots duem a terme unes pràctiques determinades que són considerades de risc. Això ens porta al tercer objectiu, que era investigar les pràctiques de risc que són dutes a terme pels joves d'entre 15 i 16 anys al centre Lluís de Requesens. Amb l'anàlisi de la informació obtinguda per mitjà de les enquestes he arribat a la conclusió que realment aquests joves realitzen més pràctiques de risc que les que pensem, com ara el seguiment de dietes restrictives, el consum de productes baixos en calories, la preocupació excessiva del que les persones del voltant pensin d'ells, considerar que l'aspecte físic és molt important a l'hora d'obtenir èxit en tots els àmbits de la vida, etc.

L'objectiu següent era realitzar un model de noi ideal i un model de noia ideal a partir de la informació obtinguda a l'última pregunta de l'enquesta. Per fer-ho també vaig combinar elements obtinguts al grup de discussió:

- **Des del punt de vista masculí:** La noia ideal és aquella que es cuida i va al gimnàs. Aquella que no està excessivament prima, sinó que prefereixen les noies amb corbes. El model ideal de noi per aquests és el noi que va al gimnàs, està molt fibrat i no té gens de greix.

- **Des del punt de vista femení:** La noia ideal és aquella que té el ventre pla, les cames llargues i primes. Es decanten per les talles mitjanes, és a dir sense estar massa prima, però tampoc amb moltes corbes. El noi ideal per aquestes és aquell que està fibrat i té gran cura del seu aspecte físic (sigui anant al gimnàs o vestint a la moda).

L'últim objectiu era observar els nivells de conscienciació en relació als estereotips i l'anorèxia. Les conclusions extretes quant a aquest tema les he obtingut combinant informació d'algunes preguntes de l'enquesta i de fragments del grup de discussió. Amb tot això he arribat a la conclusió que des de les escoles es consciencia als alumnes però s'hauria de potenciar aquest aspecte, per altra banda aquells qui són conscients de la pressió que exerceix la societat sobre ells no hi fan res al respecte, és a dir que no actuen. Això queda clarament reflectit la següent afirmació dita per una companya del grup de discussió:

*“**Adaia:** Jo no hi estic a favor dels estereotips, però si que és veritat que tampoc em pronuncio en contra.”*

Per tant, amb aquesta recerca he arribat a la conclusió que no només s'ha de conscienciar a la població i fer saber que els mitjans de publicitat ens venen models de bellesa impossibles d'assolir, sinó que també s'ha d'educar a la població per tal que trenqui amb aquests estereotips.

12. ANNEXOS

- **Transcripció del grup de discussió**

Després de veure un vídeo que parlava sobre l'anorèxia i la bulímia²⁸ i la seva relació amb els estereotips i el món publicitari, vam tractar els següents temes:

Hana: *d'un en un digueu-me quina ha estat la part que més us ha impactat del vídeo?*

Adaia: *quan s'ajup a la pica, que no sé si ho fa per vomitar o alguna cosa, i se li marquen tots els ossos de l'esquena i també quan es mira al mirall i ella està súper prima, però es veu grassa, això demostra que és una malaltia més greu del que sembla, i que realment és cerebral i no només de qüestions físiques.*

Laura: *a mi també m'ha impactat l'última escena, quan es mira al mirall i es veu tan grassa i realment està raquítica.*

Alexis: *a mi igual, i també quan es dóna cops a la panxa*

Laura: *si això també és molt impactant*

Adaia: *a mi també m'ha sorprès molt...*

Hana: *i tu que penses Josep?*

Josep: *més o menys una mica el que han dit tots, la part que es mira al mirall i es veu tan diferent de com realment està, quan es dona cops a la panxa i quan s'ajup i se li marquen els ossos de la columna i sembla que la pelvis se li surti per la pell.*

Hana: *En sabíeu alguna cosa sobre això de colpejar-se l'estómac?*

Adaia: *n'havia sentit parlar d'això, però no sé exactament amb quina finalitat es fa.*

Hana: *ho fan en part per la frustració que senten envers el fet de tenir gana i també perquè així senten reduït el dolor produït per la gana, ja que el dolor que provoquen els cops és més fort.*

²⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=08o0eV7A7z8>

Sabíeu alguna cosa de la distorsió de la imatge de la persona que pateix la malaltia?

Laura: *Si que ho sabia però no m'ho imaginava tan bèstia*

Adaia: *jo crec que ho exageren als vídeos, que realment la persona no es deu veure tan diferent de com està en la realitat.*

Hana: *no, realment la persona es veu grassa, és tot fruit de qüestions cerebrals.*

Josep: *jo no m'imaginava que els hi passes això, tampoc havia vist mai un vídeo d'aquest tipus, potser és per això.*

Hana: *o sigui que mai heu vist un vídeo sobre l'anorèxia?*

Adaia: *no, és que jo a casa meva no em poso a buscar aquestes coses...*

Alexis: *jo vídeos no però alguna foto si que he vist, i realment impacten molt.*

Hana: *i a l'escola o a l'institut alguna vegada no us han posat alguna cosa d'aquest estil, o mitjançant alguna web us heu pogut informar sobre el trastorn?*

Alexis: *a l'escola algun cop ens han parlat, però mai han posat cap vídeo, però a les xarxes socials i ha moltes publicacions de pàgines web per conscienciar sobre l'anorèxia i també la bulímia.*

Hana: *i segons el vostre punt de vista, aquesta noia tan prima és estèticament agradable?*

Alexis, Adaia, Laura i Josep: *No*

Adaia: *jo trobo que és molt desagradable*

Laura: *A mi em fa molta angúnia, no la podria veure en persona. Una cosa és el prototip de noia "buenorra" que està prima i fibrada.*

Hana: *i que considereu exactament com a prototip de noia "buenorra"?*

Alexis: *Doncs que tingui una mica de carn per on agafar.*

Adaia: *una 90 – 60 – 90*

Josep: *això, això!*

Alexis: *ha de ser una noia que es cuidi, que faci esport, però que no deixi de menjar. Una persona pot alimentar-se de tal manera que estigui sana i combinant-ho amb activitat física.*

Hana: *o sigui que per tu una persona que està bé de físic i que és atractiva ha de ser una persona que vagi al gimnàs?*

Alexis: *que es cuidi, no necessàriament ha d'anar al gimnàs.*

Adaia: *doncs per mi sí, per mi una noia atractiva és la que va al gimnàs i té bíceps*

Hana: *i tu Josep que en penses?*

Josep: *Bueno, la que està molt forta també fa una mica d'angúnia.*

Alexis: *però sempre hi ha un equilibri*

Hana: *però llavors la noia del vídeo, tal com s'està veient ella o vosaltres tampoc us agrada, no?*

Alexis: *no*

Hana: *però et provoca fàstic, o simplement no t'acaba d'agradar?*

Alexis: *a veure, jo prefereixo a la grassa que a la que està súper prima*

Hana: *i la resta?*

Adaia: *no m'agrada la grassa, però no em produeix fàstic, en canvi la que està extremadament prima sí*

Hana: *és a dir que si estiguéssiu en la condició física de la noia que percep l'afectada d'anorèxia (la grassa), prendríeu mesures al respecte?*

Adaia: *sí*

Hana: *algun exemple?*

Adaia: *jo faria spinning*

Laura: *no, jo és que tinc molt poca força de voluntat, la xocolata em pot.*

Adaia: *jo faria esport, però amb moderació*

Hana: *en conclusió; no us acceptaríeu, voldríeu canviar el vostre aspecte físic, no?*

Adaia: *jo definitivament no.*

Laura: *ah no, jo sí. Per exemple, jo ara mateix sóc conscient que podria estar més prima, però em dona bastant igual.*

Adaia: *però penses això perquè no estàs pesant 100 quilos, jo crec que si pesassis tant seria diferent.*

Hana: *però això ja seria una situació diferent perquè en aquest cas ens trobem davant d'un greu perill per a la salut de la persona en qüestió*

Laura: *però igualment, jo no estic obsessionada amb el meu físic, o sigui no deixaré de menjar porqueries per estar més prima.*

Josep: *"a quien no le guste que no mire"*

Adaia: *jo depèn del pes que tinguis, sé que si ara estigués una mica més grassa no em preocuparia, però si engreixés 20 quilos més sí que prendria mesures.*

Laura: *ah clar, això sí*

Hana: *per exemple, si tu saps que estàs més grassa del que a tu t'agradaria, però això no afecta a la teva salut, és a dir que estàs dins d'uns paràmetres saludables també prendries mesures al respecte?*

Adaia: *homes, si a mi m'agradaria estar més prima doncs intentaria estar-ho.*

Hana: *i quins mètodes utilitzaries?*

Adaia: *faría dieta*

Laura: *jo també*

Adaia: *però dieta normal, o sigui seguiria menjant però reduiria les quantitats*

Alexis: *jo deixaria de menjar porqueries*

Adaia: *exacte, deixar de menjar porqueries.*

Hana: *i vosaltres tal com esteu ara us sentiu a gust?*

Adaia: *jo m'encanto!*

Laura: *sí*

Hana: *i tu Josep, t'encantes?*

Josep: *no, no m'encanto, però tampoc em preocupo...*

Alexis: *jo crec que estic massa prim*

Hana: *i en què et bases per dir que estàs massa prim?*

Alexis: *doncs que la meva constitució és així, i sempre m'ho han dit*

Hana: *qui t'ho diu?*

Alexis: *doncs els meus pares, la meva àvia i més gent.*

Hana: *llavors a tu t'agradaria canviar el teu aspecte físic?*

Alexis: *sí, però no és que vulgui engreixar, sinó que vull agafar més massa muscular*

Adaia: *a mi això també m'agradaria, agafar més massa muscular, però tinc el metabolisme extremadament accelerat, llavors ho perdo tot de camí*

Hana: *d'acord, i aquesta idea d'estar més musculats des de quan la teniu?
Perquè entenc que no l'heu tingut sempre*

Adaia: *no, no ho he pensat des de sempre, però la societat t'empeny a voler estar-ho. De fet quan ets més petit no t'importa en absolut el teu aspecte físic, ni t'hi fixes en si un amic està més prim que l'altre, o que un és més alt...però quan comences a entrar en contacte amb el món "exterior" comencen els problemes*

Hana: *i a partir de quina edat creieu que passa això?*

Adaia: això és l'adolescència, que és molt dolenta... jo crec que a partir de tercer d'ESO, amb quinze anys

Alexis: jo penso que molt abans, eh.

Adaia: bé, a primer d'ESO no perquè encara ets molt innocent, però potser a partir de segon ja comences a fixar-te més en el cos.

Alexis: jo crec que a partir de sisè de primària ja comences a pensar més en el cos

Josep: home, a sisè potser no, però a primer d'ESO clarament sí.

Adaia: jo, personalment, penso que a primer d'ESO encara era molt innocent, però a segon d'ESO ja em vaig començar a fixar, i a tercer d'ESO, tot i que no va ser cap preocupació perquè jo sempre he estat bastant prima, però sí que em vaig fixar més en el meu entorn, i vaig veure la gent que era més grassa o la que no tant, i aleshores sí que és veritat que t'influeix més la gent que t'envolta, o la gent que veus al carrer

Hana: llavors les imatges que heu vist al vídeo us semblen molt...

Adaia: dràstiques.

Hana: ...aïllades, vull dir, que no tenen res a veure amb el vostre dia a dia oi?

Adaia: no, gens

Laura: no, no

Hana: esteu segurs?

Adaia: seguríssima

Laura: clar

Hana: en el moment que la noia s'està mirant al mirall, deixant de banda que no és veu com realment està, quan comença a fixar-se en parts del seu cos, quan s'aplana la panxa, s'estira les galtes, etc. Mai us heu trobat en una situació similar, és a dir mirar-vos al mirall i pensar que aquesta part o l'altre del vostre cos no us acaba d'agradar?

Alexis: *ah, això sí*

Laura: *sí, sí*

Hana: *o sigui que la situació no és tan llunyana a vosaltres?*

Adaia: *si, però mai ho he considerat tant serio, algun cop he pensat; ostres podria tenir la cella més cap aquí o el cabell més llarg*

Alexis: *però en això també fa molt la personalitat de la persona*

Adaia: *i el que vol canviar i el que no*

Alexis: *perquè aquesta noia del vídeo es veu superada per la situació i utilitza uns mètodes que no són els més adequats per aconseguir els seus objectius*

Hana: *però tu si et mires al mirall i no t'agrades fas alguna cosa per canviar-ho?*

Alexis: *sí, però no seria deixar de menjar*

Laura: *doncs jo no faria res*

Adaia: *jo depèn*

Alexis: *és que jo també sóc extremadament perfeccionista*

Adaia: *jo també, jo crec que si hi ha una cosa de mi que no m'agrada i tinc mètodes per canviar-la, per què no l'he de canviar? Sempre tenint en compte que el primer és la salut però jo no veig dolent el fet de voler canviar. Per tant, si hi ha una cosa que no m'agrada i puc canviar-la, la canviaré.*

Hana: *però a tu realment aquesta cosa no t'agrada perquè a tu t'han inculcat un model d'allò que és maco i tu t'hi vols cenyir*

Adaia: *no és això, no segueixo cap model*

Josep: *però hi ha coses que ens agraden perquè sempre les hem après així, la més guapa és la que te cul i pits i el més guapo és el que és alt i té molt de múscul.*

Adaia: *em refereixo que no perquè a mi m'agradi el prototip de noia fibrada i que va al gimnàs vol dir que jo me l'aplicaré*

Hana: *però si tu et veiessis com elles et sentiries satisfeta amb tu mateixa realment*

Adaia: *home doncs sí, però com ja he dit abans, jo m'encanto*

Hana: *per exemple, Alexis, a tu t'agradaria estar com Cristiano Ronaldo?*

Alexis: *sí*

Josep: *a mi també*

Hana: *doncs ara imagineu-vos que el model de bellesa que ens venen els mitjans de publicitat, per què sou conscients que estem totalment influenciats per la publicitat oi?*

Adaia: *oi tant*

Alexis: *sí*

Josep: *clar, a les revistes per exemple no surten persones grasses*

Adaia: *bé, ara estan començant a fer campanyes de models de talla XL*

Hana: *i heu vist algun noi gras a revistes o anuncis?*

Alexis: *la veritat és que no, però allò de les noies sí que és veritat*

Adaia: *la veritat és que les noies tenim com molt la idea aquesta de que el món de la publicitat ens pressiona molt però en realitat a els nois també deu n'hi do perquè ara per exemple ja hem dit que s'estan fent campanyes de models grasses i anuncis, però de nois en canvi no, se segueix exercint la mateixa pressió que sempre sobre ells.*

Hana: *exactament*

Josep: *això és veritat*

Adaia: *també als aparadors de les botigues sol haver-hi secció de talles grans a les botigues de roba de noies, però en les d'home no*

Alexis: *però els models masculins tampoc estan tan primos com ho estan les models*

Hana: *llavors podem considerar que en la noia l'atenció se centra més en si està prima o no i en el model masculí té més pes el fet que tingui massa muscular?*

Adaia: *claríssimament*

Hana: *bé, continuo amb el que anava a dir. Si des de petits la societat ens hagués inculcat un prototip de noi i noia grassonets, creieu que voldríeu estar així?*

Adaia: *doncs no ho sé, no m'hi puc fer a la idea, jo sé que ara m'agrada el prototip de noia que va al gimnàs, però no sabia dir-te si m'agrada perquè és el que la societat m'ha venut o m'agrada perquè realment és el que m'agrada a mi per naturalesa*

Josep: *jo sóc conscient que hi ha un estereotip i a mi aquest és el que m'agrada*

Hana: *per tant, tu ets conscient que t'agrada un prototip de persona, el qual consideres bell, però el consideres com a tal perquè la societat t'ho ha pintat així.*

Josep: *sí, perquè és el que entra pels ulls, i el físic és molt important en tots els àmbits de la vida, com per exemple la feina o l'amor*

Hana: *llavors el que jo entenc si em dieu que sou conscients que la societat ens ven un estereotip i nosaltres el volem assolir, és que esteu a favor dels estereotips no?*

Adaia: *doncs clar que no, una cosa és que els accepten i una altra ben diferent és que hi estem a favor. Jo no hi estic a favor dels estereotips, però sí que és veritat que tampoc em pronuncio en contra.*

Josep: *però no només hi ha estereotips amb la forma del cos, sinó també amb coses com el cabell, que la noia l'ha de portar llarg i el noi curt, la noia s'ha de maquillar...*

Hana: *perquè també és cert que quan veiem a algú que se surt una mica del que la societat considera "normal" tots el jutgem, i això en certa manera forma part de l'acceptació dels estereotips.*

Adaia: *això és veritat, perquè a més a més també hi ha estereotips d'altre tipus, com per exemple els homosexuals; la noia sol anar amb el cabell rapat o curt, amb xandall... i el noi porta els pantalons més arrapats, s'arregla molt i coses així. La societat ha creat com grupets que els identifiquem per la seva manera de vestir o parlar, però tu saps que si vols aparentar ser d'un grup o un altre t'has d'adaptar al prototip.*

Laura: *clar, és aquesta la pressió que exerceix sobre nosaltres la societat, però tampoc fem res per canviar-ho perquè si actuem de manera diferent a la resta de gent ens veuríem discriminats.*

Alexis: *el canvi hauria de començar pels mitjans de comunicació, s'hauria de promoure la llibertat d'expressar-te com vulguis, de ser tal com ets, sense pressions.*

Hana: *però això no passa perquè no interessa a les indústries relacionades amb la moda i la cosmètica, i per això és perquè s'ha de conscienciar a la societat des de la seva infantesa, per reduir la repercussió, en la mesura que sigui possible, d'aquests estereotips en els individus.*

- **Enquesta**

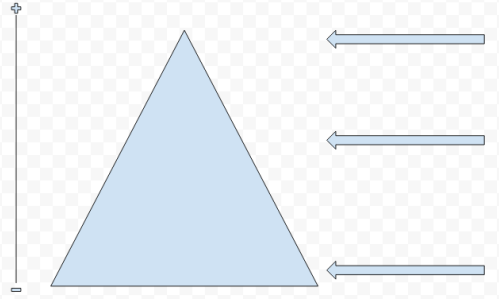
SEXE:

EDAT:

- Has fet dieta algun cop? En cas afirmatiu amb quants anys i quant va durar aquesta?
- Consumeixes productes “light”? assenyala quins? Amb quina freqüència?
 - Maionesa
 - Margarina
 - Sucre
 - Refrescos
 - Iogurts
 - Pa
 - Gelats
 - Laminadures
 - Formatge
 - Cereals
 - Xiclets (sense sucre)
 - Mermelades
 - Pastes
 - Altres
- Vas al gimnàs? Si és així, quants cops a la setmana hi vas?. Deixes de fer alguna cosa per anar-hi?
- De l’1 al 10 quant consideres que cuides del teu aspecte físic?. En què consisteix? (Posar-te cremes, cosmètics, anar al gimnàs, vestir a la moda...)
- Digues 3 requisits que consideris indispensables per obtenir èxit en la vida:

Treball de recerca

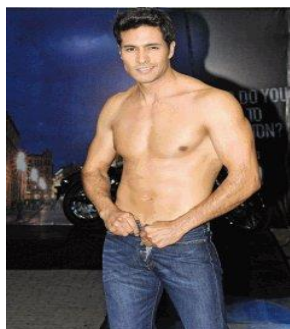
- Dins d'aquesta piràmide de "coses importants" situa els estudis, la salut, la família, la bellesa i els diners segons la importància que els hi donis:



- Penses que els maniquins de les botigues a les que vas són realistes en quant a mides/talles? I de les models de passarel·la?
- Quants àpats fas al dia?
- Hi ha algun aliment que no ingereixis mai? Si és així, per quin motiu ho fas?
- Creus que la pressió del grup al qual pertany una persona influeix en el seu aspecte físic?
- Amb quins 3 termes associes el concepte de bellesa?
- Escull la imatge que consideris més bella (una de cada filera):



Treball de recerca



13. BIBLIOGRAFIA I FONTS D'INFORMACIÓ

WEBS:

<http://teoriasdelapersonalidad.blogspot.com.es/2012/05/la-anorexia-su-significado.html> (consultat a l'abril)

<http://pensamientosdecaramelo.blogspot.com.es/2008/06/anorexia-y-anorexia-nerviosa.html> (consultat a l'abril)

<http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/anorexia> (consultat al maig)

<http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/207-anorexia> (consultat al maig)

http://www.tnrelaciones.com/cm/preguntas_y_respuestas/content/93/1081/es/cuales-son-las-conductas-de-riesgo-en-la-anorexia.html (consultat al juny)

<http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/> (consultat al juliol)

<http://www.sicolog.com/?a=1675> (consultat al juliol)

<http://investigacion-anorexiabulimia.blogspot.com.es/p/cuestionario-objetivo-conocer-el-nivel.html> (consultat a l'agost)

<https://www.youtube.com/watch?v=PDYyiZuYyMc> (consultat al setembre)

<https://www.youtube.com/watch?v=A2fbUR4A4M4> (consultat al setembre)

http://uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Presentaciones/Entrevista_Guposdiscusion.pdf (consultat a l'octubre)

<http://es.slideshare.net/lucialopezviejo/anorexia-y-bulimia> (consultat al novembre)

LLIBRES / DOCUMENTALS:

Fairburn, C. (2011) *La superación de los atracones de comida*. Hospitalet del Llobregat: Editorial Paidós (Psicología Hoy).

Halse, L. (2010) *Frío*. Frío, Postdam: Editorial Roca.

Latini, C. (2012) *Abzurdah*. Buenos Aires: Editorial Planeta.

Treball de recerca

Toro, J. Artigas, M. (2013) *Vencer la anorèxia, el cuerpo como enemigo*.
Barcelona: Editorial Plataforma.

Vencer los trastornos alimenticios [documental] (2006) Madrid: Ancora
audiovisual S.A / Discovery Education (90 min).