



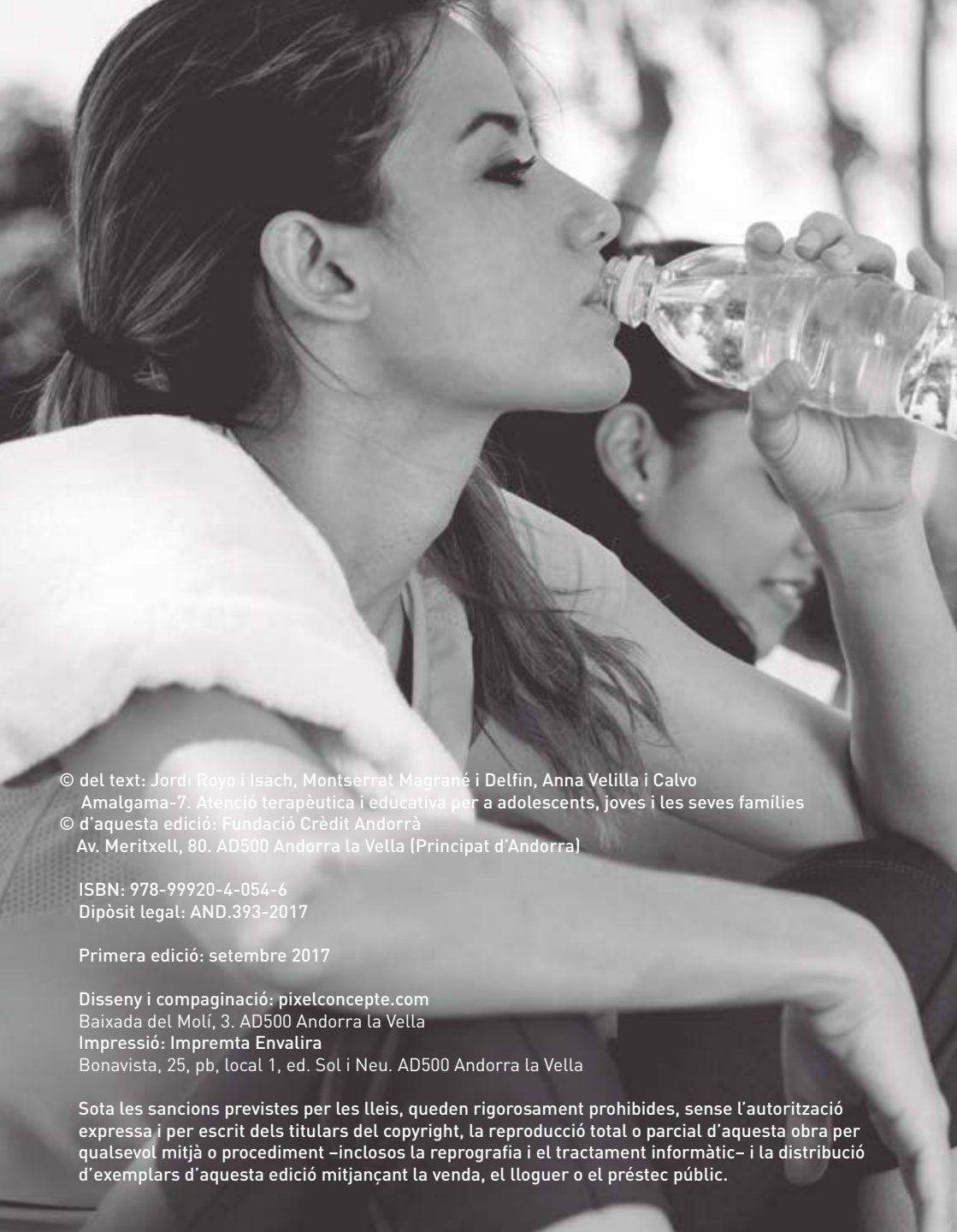
PARES, FILLS I DESORDRES ALIMENTARIS: EL DIÀLEG ÉS POSSIBLE

Guia preventiva sobre trastorns
relacionats amb la nutrició
i el comportament alimentari



Fundació
Crèdit Andorrà





© del text: Jordi Royo i Isach, Montserrat Magrané i Delfin, Anna Velilla i Calvo
Amalgama-7. Atenció terapèutica i educativa per a adolescents, joves i les seves famílies
© d'aquesta edició: Fundació Crèdit Andorrà
Av. Meritxell, 80. AD500 Andorra la Vella (Principat d'Andorra)

ISBN: 978-99920-4-054-6

Dipòsit legal: AND.393-2017

Primera edició: setembre 2017

Disseny i compaginació: pixelconcepte.com

Baixada del Molí, 3. AD500 Andorra la Vella

Impressió: Impremta Envalira

Bonavista, 25, pb, local 1, ed. Sol i Neu. AD500 Andorra la Vella

Sota les sancions previstes per les lleis, queden rigorosament prohibides, sense l'autorització expressa i per escrit dels titulars del copyright, la reproducció total o parcial d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment –inclosos la reprografia i el tractament informàtic– i la distribució d'exemplars d'aquesta edició mitjançant la venda, el lloguer o el préstec públic.

×

PARES, FILLS I DESORDRES ALIMENTARIS: EL DIÀLEG ÉS POSSIBLE

Guia preventiva sobre trastorns
relacionats amb la nutrició
i el comportament alimentari



Fundació
Crèdit Andorrà

1. ELS DESORDRES I TRASTORNS DEL COMPORTAMENT ALIMENTARI (TCA): CONCEPTES BÀSICS

- 1.1. L'alimentació en les societats del benestar
- 1.2. Què són els trastorns d'alimentació?
- 1.3. Què són els trastorns dismòrfics corporals?
- 1.4. Què són els trastorns obsessivocompulsius (TOC)?
- 1.5. Què són els trastorns addictius?
- 1.6. Quins factors poden influir en l'aparició dels TCA?
 - 1.6.1. Factors genètics i biològics
 - 1.6.2. Factors familiars
 - 1.6.3. Factors socioambientals i culturals
 - 1.6.4. Factors psicològics
 - 1.6.5. Factors de risc
 - 1.6.6. Factors de protecció
- 1.7. És l'adolescència la porta d'entrada als TCA?

2. ELS TRASTORNS DEL COMPORTAMENT ALIMENTARI (TCA)

- 2.1. Pica
- 2.2. Trastorn per ruminació
- 2.3. Trastorn de restricció de la ingesta d'aliments
- 2.4. Trastorn per afartament
- 2.5. Anorèxia nerviosa
 - 2.5.1. Factors de risc en l'anorèxia
 - 2.5.2. Tipologia
 - 2.5.3. Síntomes i signes de l'inici d'un trastorn anorèctic
- 2.6. Bulímia nerviosa
 - 2.6.1. Factors de risc en la bulímia
 - 2.6.2. Síntomes i signes de l'inici d'un trastorn bulímic



3. ALTRES TRASTORNS RELACIONATS

- 3.1. Ortorèxia
- 3.2. Vigorèxia (dismòrfia muscular)
- 3.3. Obesitat



4. QUÈ PODEM FER PER PREVENIR ELS DESORDRES I TRASTORNS DEL COMPORTAMENT ALIMENTARI?

- 4.1. Per part de la família
- 4.2. Per part de l'escola



5. QUÈ HEM DE FER SI SOSPITEM QUE ESTEM DAVANT D'UN ADOLESCENT QUE PATEIX UN DESORDRE O TRASTORN DEL COMPORTAMENT ALIMENTARI?

- 5.1. Recomanacions per a la família
- 5.2. Recomanacions per a l'escola

ÍNDEX



LA GUIA

DESTINATARIS I OBJECTIUS



Aquesta guia vol ser útil, en primer lloc, per als nois i noies que acaben primària, els adolescents i els joves. Així mateix, voldria ser-ho per als pares, i tant de bo ho fos també per als professors i educadors.



L'objectiu principal no és tan sols difondre uns coneixements bàsics sobre els desordres i els trastorns relacionats amb la nutrició i el comportament alimentari, sinó, i essencialment, contribuir a fer possible un diàleg constructiu, i per tant receptiu, entre pares i fills, entre alumnes i professors, i entre l'escola i la família per, d'aquesta manera, encaminar-nos cap a la prevenció d'aquests comportaments.



Tant de bo la guia contribueixi a generar un coneixement i un diàleg conjunt entre joves i adults respecte d'una realitat a la qual no hauríem de tancar els ulls.



1.

ELS DESORDRES I TRASTORNS DEL COMPORTAMENT ALIMENTARI (TCA): CONCEPTES BÀSICS



1.1. L'ALIMENTACIÓ EN LES SOCIETATS DEL BENESTAR

En les societats del benestar (les industrialitzades o anomenades *del primer món*) s'ha anat estenent progressivament i col·lectivament una convicció: cal tenir un cos perfecte. Aquest objectiu, basat en la prioritització de la imatge corporal, implica en molts casos esforços i sacrificis que no necessàriament estan relacionats amb la salut i que, per contra, poden minvar-la.

Comportaments de risc com ara dietes no prescrites, vòmits provocats, dejunis, afartaments, l'ús no indicat de laxants, de drogues anabolitzants i d'altra mena, massatges reductors, exercici físic intens... poden conduir no tan sols a una mala nutrició, sinó també a experimentar diversos trastorns d'alimentació, obsessius, dismòrfics, addictius, etcètera.

1.2. QUÈ SÓN ELS TRASTORNS D'ALIMENTACIÓ?

Es caracteritzen per presentar **alteracions greus en la nutrició i en la conducta alimentària** i causen un deteriorament significatiu de la persona, tant en la salut física com en el funcionament psicosocial.

Són malalties gairebé exclusives de les societats del benestar que es caracteritzen, entre d'altres, per una gran insatisfacció per la visió distorsionada que pateix la persona afectada respecte del menjar i del propi cos.

Els trastorns del comportament alimentari (TCA) poden derivar en situacions complexes amb conseqüències no només en la pròpia salut, sinó també en les relacions familiars, escolars, laborals i socials.

Les persones que pateixen TCA necessiten ajuda professional. Com més aviat es posin en tractament, més probabilitats tenen de recuperar-se'n, físicament i emocionalment.

×

Són malalties gairebé exclusives de les societats del benestar que es caracteritzen, entre d'altres, per una gran insatisfacció i visió distorsionada que pateix la persona afectada respecte del menjar i del seu propi cos.



1.3.

QUÈ SÓN ELS TRASTORNS DISMÒRFICS CORPORALS?

Es caracteritzen per una preocupació excessiva pel que es considera un –o més d'un– defecte del propi cos, ja sigui imaginat o exagerat.

Aquests trastorns, molt relacionats amb la prioritat d'aconseguir un cos perfecte a partir d'uns determinats criteris de bellesa física, poder ser també molt limitadors. Les persones afectades poden insistir repetidament a voler sotmetre's a intervencions quirúrgiques, o a dietes específiques, a ocultar-se, a no voler sortir de casa, etc.

Certament hi ha moltes persones que poden estar interessades a aconseguir una determinada aparença física. La diferència rau en què la persona afectada de dismòrfia experimenta repetidament una idea de rebuig del seu cos –o de diverses parts– que li dificulta les relacions i un bon rendiment en les activitats de la seva vida quotidiana.



La persona afectada de dismòrfia experimenta repetidament una idea de rebuig del seu cos –o de diverses parts– que li dificulta les relacions i un bon rendiment en les activitats de la seva vida quotidiana.



Sovint, els pensaments obsessivocompulsius están relacionats amb aspectes com l'organització, l'ordre o la neteja, però també es poden objectivar a l'entorn del propi cos.

1.4.

QUÈ SÓN ELS TRASTORNS OBSESSIVOCOMPULSIUS (TOC)?

Les obsessions es caracteritzen per l'aparició reiterada de pensaments no desitjats, inoportuns i intrusius que en la majoria de persones generen ansietat o malestar en general. Les compulsions són comportaments o representacions mentals repetits de la persona afectada amb l'esperança que li reduiran el malestar li evitaran esdeveniments negatius en el futur.

Sovint aquests pensaments estan relacionats amb aspectes com l'organització o l'ordre, la neteja, però també es poden objectivar a l'entorn del propi cos, globalment o parcialment. Són freqüents aleshores els pensaments repetits respecte de la pròpia imatge, la poca musculatura i, per exemple, el del que s'hauria de fer per incrementar-la.



1.5. QUÈ SÓN ELS TRASTORNS ADDICTIUS?

Tradicionalment, els trastorns addictius **estan relacionats amb les drogues; més ben dit, amb les persones que n'abusen**. Tot i que hi ha drogues de diferents tipus (tabac, alcohol, cafeïna, derivats del cànnabis, etc.), la seva acció sobre el sistema nerviós central (SNC) desencadena en els éssers humans un mecanisme psicològic i químic pel qual s'adquireix una predisposició a repetir-ne l'ús en proporció molt superior a l'anterior. Aquest fenomen es coneix com a dependència i consisteix en la pèrdua de la llibertat de decisió de prendre una droga.

Progressivament, aquest concepte s'ha anat ampliant els darrers anys. L'Associació Americana de Psiquiatria (APA) també hi inclou les ludopaties, atès que hi ha evidència que els comportaments de joc patològic activen sistemes de recompensa cerebral de manera semblant a com ho fan les drogues d'abús. Diversos autors descriuen com a addiccions comportamentals altres conductes repetitives associades a activitats com ara compres compulsives, exercici físic extenuant, ingestió abusiva de determinats aliments (xocolata, brioixeria...), cerca patològica de sensacions extremes, sexe compulsiu, etc.



Diversos autors descriuen com a addiccions comportamentals altres conductes repetitives associades a activitats com ara compres compulsives, exercici físic extenuant, ingestió abusiva de determinats aliments (xocolata, brioixeria...), cerca patològica de sensacions extremes, sexe compulsiu, etc.



×

Els trastorns d'alimentació, els dismòrfics, els obsessius i els addictius tenen diversos punts de coincidència i poden arribar a ser territoris fronterers.



Una persona –adolescent, i també adult– amb desordre alimentari, i en funció de la intensitat, el temps i la freqüència dels símptomes, pot complir criteris d'un o més d'un dels trastorns descrits.



1.6.

QUINS FACTORS PODEN INFLUIR EN L'APARICIÓ DELS TCA?

L'aparició dels desordres alimentaris, que poden evolucionar cap a trastorns, depèn en molts casos de la confluència en un mateix moment de la vida de diverses variables:

- > l'impacte i les dificultats d'assimilació del canvi que suposa el pas i la transformació de la infantesa a l'adolescència;
- > el rol que hi pugui tenir la família;
- > les dietes i l'excés d'exercici físic;
- > determinades característiques de la pròpia personalitat;
- > l'imperialisme de la publicitat i dels productes i serveis per aprimar-se;
- > la predisposició genètica;
- > determinades modes de vestir;
- > les pressions socioambientals que imposen les modes i els mitjans de comunicació;
- > les imatges idealitzades dels cossos que exhibeixen els personatges famosos de cada moment.
- > la pressió de mares, germanes, amigues i companyes;



1.6.1.

— FACTORS GENÈTICS I BIOLÒGICS

No s'ha descobert fins ara cap gen únic que sigui el causant de l'eclosió d'un trastorn d'alimentació. Més aviat es creu que serien diversos i múltiples els gens que ajudarien en la codificació de determinades característiques que podrien contribuir a una major vulnerabilitat d'unes persones respecte d'unes altres per emmalaltir d'un trastorn de la conducta alimentària.

Fer dietes no controlades o restringir el consum equilibrat d'aliments pot generar alteracions físiques i psicològiques:

- > trastorns gastrointestinals,
- > mals de cap,
- > sensacions de mareig,
- > pèrdua de força,
- > increment de la son,
- > canvis en el greix corporal i en la musculatura,
- > preocupació obsessiva pels aliments,
- > pèrdua d'interès per altres activitats,
- > dificultats de concentració,
- > tristesa, apatia, irritabilitat, etcètera.



No és aconsellable que els familiars més propers segueixin dietes especials o no prescrites per un especialista, o facin restriccions de determinats aliments. Aquests comportaments poden generar un efecte contagi en l'adolescent.

1.6.2.

— FACTORS FAMILIARS

De vegades, dins la família se senten comentaris poc afortunats respecte de l'aparença física d'algun dels membres. En arribar a l'adolescència, l'augment de pes –inherent a aquesta etapa de la vida– es pot viure de manera problemàtica si el noi o la noia adopten un sentiment de por d'engreixar-se.

D'altra banda, el canvi progressiu d'hàbits familiars, com deixar d'entaular-se tota la família a l'hora dels àpats, amb uns horaris establerts i amb una nutrició diversa i compartida, pot afavorir que no s'aprenguin hàbits alimentaris adequats.

No fer, o fer malament i en solitari àpats com l'esmorzar i el berenar pot ser un primer pas que contribueixi a la futura aparició d'un trastorn alimentari.

Tampoc no és aconsellable que els familiars més propers segueixin dietes especials o no prescrites per un especialista, o facin restriccions de determinats aliments, atès que aquests comportaments poden generar un efecte contagi en l'adolescent.

1.6.3.

— FACTORS SOCIOAMBIENTALS I CULTURALS

Els models de bellesa són variables i canviants al llarg de la història de la humanitat. Del segle XIII al segle XIX, el sobrepès i fins i tot l'obesitat es consideraven atractius, atès que eren indicatius de solvència social i econòmica.

El model de bellesa femenina imperant actualment és el d'un cos molt prim i almenys amb dues talles més de pit del que li correspondria. Tenir aquesta figura s'associa a l'èxit personal i social, i no només en les adolescents, sinó també en les dones en general. De la mateixa manera, als nois se'ls pressiona perquè guanyin musculatura i així aparentin una figura sana i d'èxit. Còmics, revistes, cinema, televisió, jocs informàtics, Internet, vídeos musicals, passarel·les de moda, etc. enalteixen l'ideal estètic de les figures femenina i masculina.

La coincidència d'aquest missatge únic per part dels emissors i dels mitjans de comunicació en general crea un estereotip cultural i, per tant, l'impacte d'una veritat axiomàtica: la primesa en les noies i la musculació en els nois són sinònim de bellesa. Aquest missatge s'ha universalitzat en les societats del benestar, i especialment entre les dones.



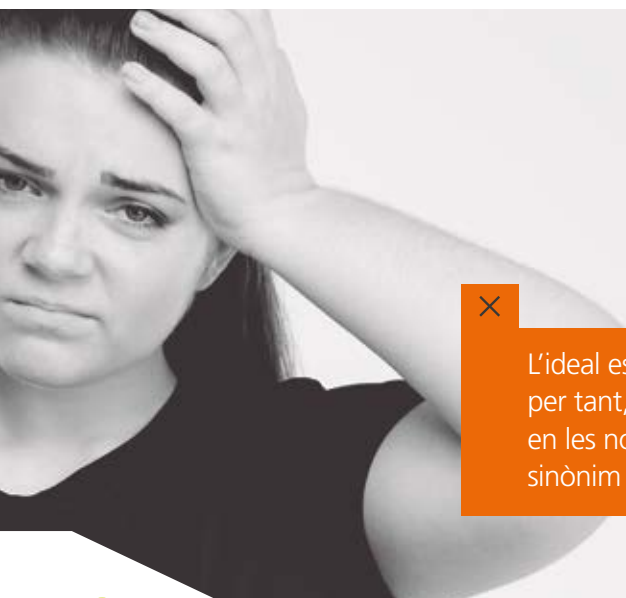
Còmics, revistes, cinema, televisió, jocs informàtics, Internet, vídeos musicals, passarel·les de moda, etc. enalteixen un determinat ideal estètic.

1.6.4.

— FACTORS PSICOLÒGICS

- > Tendència al pensament rígid,
- > perfeccionisme,
- > dificultat per encaixar els canvis,
- > tendència a sobrevalorar els petits detalls,
- > mala gestió de les emocions,
- > tendència a deixar-se influir per opinions externes,
- > alteracions de l'estat d'ànim,
- > baixa autoestima,
- > preocupació extrema pel propi cos,
- > obsessió pel pes...

són factors que s'associen a tenir més probabilitats de desenvolupar disfuncions en l'alimentació.



L'ideal estètic genera un estereotip cultural i, per tant, una veritat axiomàtica: la primesa en les noies i la musculació en els nois són sinònim de bellesa.



Al llarg de la vida, i en especial en l'adolescència, la influència del grup d'iguals adquireix un gran pes en la presa de les pròpies decisions.

1.6.5.

— FACTORS DE RISC

Al llarg de la vida es produeixen diverses situacions que poden acabar sent de risc:

- > **El pas de la infantesa a la pubertat i l'adolescència** i, per tant, els importants canvis corporals que s'experimenten. També poden ser rellevants un canvi d'escola, de lloc de viure, d'amics, conflictes i/o separacions familiars...
- > **Influència de persones rellevants**, properes a l'adolescent, com ara el mestre, el monitor, l'educador, l'entrenador esportiu que, per exemple, fan comentaris respecte de les virtuts de tenir un cos adequat a les exigències de la competició.
- > **Influència d'altres persones**, com ara adults que parlen d'intervencions quirúrgiques, de dietes miraculoses, o persones relacionades amb la moda, com per exemple dependents de botigues de roba que puguin fer comentaris despectius de les clientes adolescents que necessiten talles més grans.
- > **Influència de companys i companyes de l'escola, de l'equip esportiu**, en què, per exemple, s'estableix una certa competició per tal de tenir un cos perfecte. Al llarg de la vida, i en especial en l'adolescència, la influència del grup d'iguals adquireix un gran pes en la presa de les pròpies decisions.
- > **Situacions d'estrès**, com ara en època d'exàmens, que poden produir alteracions en el comportament alimentari, tant per defecte, i per tant sensació de pèrdua de gana i d'indigestions, com per excés, i per tant afartar-se com a forma de gratificació compensatòria.



1.6.6.

— FACTORS DE PROTECCIÓ

Es tracta de facilitar a l'adolescent, des de la infantesa, unes pautes educatives relacionades amb els hàbits alimentaris:

- > No estigmatitzar els aliments entre bons i dolents, els que aprimen i els que engreixen. Tots aporten diferents nutrients que són necessaris per al bon funcionament de l'organisme.
- > Seguir una **dieta** mediterrània, és a dir, **molt variada i equilibrada**.
- > Fer un mínim de **tres àpats al dia**: esmorzar, dinar i sopar, tenint en compte que molts nutricionistes n'aconsellen entre cinc i sis.
- > Definir i seguir **horaris estables** per als àpats.
- > Associar l'àpat a una **situació agradable**, que pot ser compartida amb la família o els amics.
- > Practicar **exercici físic o esport** de manera saludable, és a dir, amb un temps adequat i, si és possible, amb supervisió professional.
- > Potenciar **l'autoestima** del noi i la noia en el transcurs de l'adolescència.



Els trastorns del comportament alimentari s'expressen genèricament durant l'adolescència i són més freqüents en les noies.

Poden tenir moltes conseqüències negatives per a la salut, tant des del punt de vista orgànic com psíquic: des de desnutrició –i per tant probables alteracions hormonals, anèmia, deshidratació...– fins a quadres d'ansietat, depressió, aïllament social, problemes familiars, etc.



1.7.

ÉS L'ADOLESCÈNCIA LA PORTA D'ENTRADA ALS TCA?

Els trastorns del comportament alimentari s'expressen genèricament durant l'adolescència o en els primers anys de la vida adulta.

Són més freqüents en les noies, i les edats de més afectació són les compreses entre els 12 i els 24 anys. Són moltes les conseqüències negatives que poden tenir per a la salut, tant des del punt de vista orgànic com psíquic: des de desnutrició –i per tant probables alteracions hormonals, anèmia, deshidratació...– fins a quadres d'ansietat, depressió, aïllament social, problemes familiars, etc.

Cal tenir en compte que els adolescents solen tenir una imatge corporal poc definida i inestable i, en la recerca de la pròpia identitat, són una població molt vulnerable. Tendeixen a fer comparacions i a idealitzar les imatges publicitàries. El resultat d'aquestes comparacions pot afectar-los en l'estat d'ànim, fins i tot pot generar distorsions en la percepció del volum corporal. Complementàriament, si l'adolescent aconsegueix aprimar-se obté, en general i durant un temps, tot un reforç social consistent en admiració i enaltiment estètic. Se li suposa una gran voluntat i autodisciplina, però aquest reforç pot ser l'inici d'un trastorn d'alimentació.



2

ELS TRASTORNS DEL COMPORTAMENT ALIMENTARI (TCA)

A partir dels criteris de l'Associació Americana de Psiquiatria (APA), en la cinquena revisió (DSM-V), es distingeixen i es classifiquen diferents trastorns, entre els quals la pica, el trastorn de ruminació, el trastorn de restricció de la ingesta d'aliments, el trastorn per afartaments, l'anorèxia nerviosa i la bulímia nerviosa.



Les substàncies que s'ingereixen solen variar en funció de l'edat i de la seva disponibilitat: paper, sabó, guix de les parets, xiclets, pedretes, roba, etc.

2.1. PICA

La principal característica d'aquest trastorn és que **les persones afectades tenen tendència a ingerir substàncies no nutritives i no alimentàries**, i desenvolupen aquest comportament durant temps, amb prou freqüència i intensitat perquè siguin subsidiàries de ser ateses clínicament.

Les substàncies ingerides solen variar en funció de l'edat i de la disponibilitat; per exemple, paper, sabó, guix de paret, xiclets, pedretes, roba, etcètera.

De vegades, aquest trastorn es detecta perquè prèviament ha calgut una atenció clínica per determinades complicacions mèdiques, com ara infeccions, obstruccions o perforació intestinal.

La síndrome de pica s'inicia principalment en la infantesa. En adolescents i en adults és més possible que aparegui en un context de discapacitat intel·lectual o d'altres trastorns psicopatològics.

2.2.

TRASTORN PER RUMINACIÓ

La principal característica d'aquest trastorn és que **les persones afectades tendeixen a reglotar els aliments consumits**. És a dir, que el menjar ja prèviament deglutit i fins i tot parcialment digerit, retorna a la boca aparentment sense esforç, nàusees ni malestar. Aquest menjar regurgitat pot tornar a ser mastegat i escopit o empassat.

Per al diagnòstic, el reglot ha de ser freqüent (fins i tot diari) i no ha de ser conseqüència d'altres possibles trastorns, com ara afeccions gastrointestinals.

El trastorn per ruminació es pot produir tant en la infantesa com en l'adolescència i l'edat adulta, especialment en les persones amb discapacitat intel·lectual. En altres casos, el diagnòstic es pot fer en funció de la informació facilitada per la mateixa persona afectada i corroborada pels pares i/o cuidadors.

Les persones afectades per aquest trastorn poden descriure aquest comportament com a habitual o fora del seu control.



Les persones afectades per aquest trastorn poden descriure aquest comportament com habitual o fora del seu control.

2.3.

TRASTORN DE RESTRICCIÓ DE LA INGESTA D'ALIMENTS

La principal característica d'aquest trastorn és que les persones afectades, **tot i tenir a l'abast varietat i diversitat d'aliments, tendeixen a evitar-ne o a restringir-ne la ingesta**, cosa que afecta les seves necessitats nutritives. Es pot produir una pèrdua de pes o afectar-ne l'augment i el creixement inherent a l'adolescència. La deficiència nutricional pot comportar diversos problemes de salut física, a més d'una interferència en el funcionament psicosocial.

Aquest trastorn no inclou l'evitació o la restricció d'aliments relacionades amb la manca de disponibilitat o bé en el context de pràctiques culturals (per exemple, dietes específiques o dejunis religiosos).

En algunes persones, l'evitació o la restricció d'aliments pot estar relacionada amb determinades característiques específiques dels aliments, i en conseqüència desenvolupar una sensibilitat reactiva a l'aparença, el color, l'olor, la textura, la temperatura, el gust, etc.

El trastorn de restricció d'aliments genera no tan sols deteriorament del desenvolupament físic, sinó que també pot tenir una repercussió molt negativa en els àmbits social i familiar.



En algunes persones, l'evitació o la restricció d'aliments pot estar relacionada amb determinades característiques específiques dels aliments, i en conseqüència desenvolupar una sensibilitat reactiva a l'aparença, el color, l'olor, la textura, la temperatura, el gust, etc.



2.4.

TRASTORN PER AFARTAMENT

La principal característica d'aquest trastorn és que l'afectat tendeix a **episodis recurrents** d'afartament.

Un episodi d'afartament es defineix per:

- > una **ingestió d'aliments excessiva** en un període de temps determinat, i
- > una **sensació de manca de control** davant de la ingestió.

Per fer-ne el diagnòstic, els episodis recurrents d'afartament s'han d'haver produït de mitjana almenys un cop a la setmana durant els tres darrers mesos.

La ingestió d'aliments es fa durant un període de temps determinat (a l'entorn de dues hores) i la quantitat ingerida és clarament superior a la que la majoria de persones ingeririen en un temps i unes circumstàncies similars.

Alhora, la sensació predominant que té la persona afectada durant la ingesta excessiva és de manca de control; és a dir, no pot contenir-se de menjar o no pot parar de fer-ho un cop la ingesta s'ha iniciat. En algunes ocasions, els episodis també es poden planificar.

Els episodis d'afartament produeixen un malestar intens a la persona afectada i se solen manifestar de diverses maneres, com ara:



Els afartaments es poden produir d'amagat i per diversos factors com ara: restricció de la dieta, sentiments negatius respecte del propi pes corporal, situacions d'estrès emocional, escolar, laboral, i fins i tot per avorriment.

- > menjar molt de pressa;
- > menjar fins a experimentar una sensació desagradable de sentir-se molt tip;
- > menjar molta quantitat fins i tot quan no es té sensació de gana;
- > continuar ingerint tot i experimentar sensació de vergonya per la quantitat ingerida;
- > sentir-se, després de la ingesta, avergonyit i amb sentiments negatius cap a un mateix.

Els afartaments se solen fer d'amagat i per diversos factors, com ara: restricció de la dieta, sentiments negatius respecte del propi pes corporal, situacions d'estrès emocional, escolar, laboral, i fins i tot per avorriment.

El trastorn per afartament pot generar diverses conseqüències funcionals, entre les quals dificultats d'adaptació, deteriorament de la qualitat de vida, augment de morbiditat mèdica, augment del risc de guanyar pes i desenvolupar obesitat, etcètera.

2.5. ANORÈXIA NERVIOSA

Les característiques essencials d'aquest trastorn són:

- > la pèrdua de pes,
- > la por intensa d'engreixar-se,
- > l'alteració perceptiva respecte del propi cos.

La pèrdua de pes està relacionada amb una progressiva restricció energètica que la persona s'imposa en relació amb les seves característiques (edat, sexe, alçada...) i necessitats. Un pes significativament baix es defineix com un pes que és inferior al mínim normal i, en adolescents, quan és inferior al mínim esperat.

La por intensa d'engreixar-se remet a un comportament continuat i selectiu en la ingesta d'aliments amb l'objectiu de no guanyar pes. El comportament es manté fins i tot quan s'ha arribat a un pes significativament baix.

L'alteració perceptiva es refereix a les dificultats de la persona per fer una autoavaluació objectiva del seu pes, de la seva constitució o del seu cos en general i que li fan molt difícil reconèixer la gravetat de la seva situació actual.

En adolescents també pot passar que, tot i que creixin en alçada, no guanyin el pes que seria previsible.

Per definir el pes adequat, la primesa o el pes insuficient, s'utilitza la mesura de l'índex de massa corporal, amb una fórmula que avalen diversos organismes internacionals, entre els quals hi ha l'Organització Mundial de la Salut (OMS). La por d'engreixar-se, generalment, no s'alleugereix amb la pèrdua de pes. De fet, la preocupació per guanyar-ne esdevé tan continuada que persisteix, i fins i tot pot augmentar, quan se'n perd.

Encara que objectivament no sigui la situació real, moltes persones afectades senten que tenen sobrepès en general. D'altres s'adonen que estan primes però els preocupa la forma del seu cos o de parts del seu cos (abdomen, natges, cuixes...). Aquest fet els comporta una necessitat continuada de saber la talla o el pes corporal, raó per la qual solen esdevenir dependents de la bàscula i del mirall. En aquest sentit, el seu estat anímic pot estar molt influenciat per la percepció que tenen en cada moment del seu pes i de la seva figura.

La pèrdua de pes sovint es viu com un gran èxit i un signe d'autodisciplina, mentre que l'augment de pes es percep com un fracàs intolerable.

Encara que algunes persones amb anorèxia nerviosa poden arribar a reconèixer que estan primes, sovint no admeten les greus conseqüències del seu estat de desnutrició. És per aquesta raó que, inicialment, qui sol demanar ajuda professional no és directament la persona afectada, sinó la seva família.



La pèrdua de pes sovint es viu com un gran èxit i un signe d'autodisciplina, mentre que l'augment de pes es percep com un fracàs intolerable.



Alteracions fisiològiques més freqüents

Entre les alteracions fisiològiques més freqüents destaquen:

- > l'amenorrea (interrupció de la menstruació) en les noies,
- > comportaments continuats de vòmit autoprovocat, utilització incorrecta de laxants, medicació diürètica i ènemes que poden causar alteracions en els resultats analítics.

Alteracions psicològiques més freqüents

Moltes persones amb anorèxia presenten:

- > signes i símptomes depressius,
- > estat d'ànim deprimit,
- > aïllament social,
- > irritabilitat,
- > insomni,
- > disminució de l'interès i de l'apetència sexual,
- > sensació d'ineficàcia,
- > fort desig de controlar l'entorn,
- > pensament rígid, inflexible,
- > espontaneïtat social restringida,
- > contenció excessiva de l'expressió emocional.



Un esdeveniment vital estressant pot ser el desencadenant de l'aparició d'aquest trastorn.

També es poden presentar símptomes obsessivocompulsius, atès que la majoria de persones amb aquest trastorn estan molt de temps preocupades per pensaments relacionats amb el menjar i amb el fet d'haver de menjar en públic (a casa d'altres persones o en un restaurant).

Moltes persones afectades per anorèxia nerviosa solen fer molta activitat física, l'augment de la qual sol ser sovint un precedent de l'inici del trastorn, ja que en incrementar l'activitat física –associada a una progressiva desnutrició– s'accelera la pèrdua de pes. També hi ha persones afectades que poden utilitzar incorrectament medicacions amb l'objectiu de perdre pes o evitar de guanyar-ne.

L'anorèxia nerviosa és més comuna en les noies que en els nois, se sol iniciar en l'adolescència o a l'inici de l'edat adulta, tot i que se'n descriuen casos tant en la pubertat com en estadis més adults.

Un esdeveniment vital estressant pot ser el desencadenant de l'aparició d'aquest trastorn.

Alguns pacients se'n recuperen totalment després d'un episodi, altres fluctuen en períodes de millora i de recaiguda i, finalment, altres presenten un curs crònic que pot durar molts anys.

En molts casos és necessària l'hospitalització o l'ingrés en un centre sociosanitari especialitzat per tal de recuperar pes i poder atendre millor les complicacions mèdiques i psicològiques.



2.5.1.

— FACTORS DE RISC EN L'ANORÈXIA

- > **Genètics:** hi ha més risc d'emmalaltir entre els familiars biològics de primer grau de les persones que tenen aquest trastorn.
- > **Psicopatològics:** les persones que han desenvolupat en la infantesa trastorns d'ansietat o obsessivocompulsius tenen més risc de patir anorèxia nerviosa.
- > **Socioculturals:** en entorns culturals i professionals on es valora molt la primesa i la figura esvelta (models, moda, esports d'elit...) es relaciona un risc més alt de presentar la malaltia.

2.5.2.

— TIPOLOGIA

- > **Anorèxia restrictiva:** les persones afectades han perdut pes bàsicament per les dietes, els dejunis i/o l'exercici físic excessiu.
- > **Anorèxia purgativa:** les persones afectades han perdut pes bàsicament pel vòmit autoprovoocat després d'un afartament o per la utilització no prescrita de laxants o medicació diürètica.

2.5.3.

— SÍMPTOMES I SIGNES DE L'INICI D'UN TRASTORN ANORÈCTIC

- > Seguiment d'una dieta de manera molt estricta, amb tendència a no canviar-la, fins i tot en situacions de dies especials (aniversaris, Nadal, festes i celebracions...).
- > Tot i que ja s'hagi perdut pes, la dieta continua.
- > La persona que va perdent pes sol rebre admiració almenys per una part del seu entorn. Aquest fet actua com a mecanisme de reforç per continuar perdent pes.
- > Reacció de negació i fins i tot de rebuig davant les opinions de l'entorn sobre la pèrdua de pes excessiva.
- > Quan els comentaris respecte de la primesa esdevenen generals, la persona afectada tendeix a vestir-se amb roba més ampla i folgada amb l'objectiu d'amagar el propi cos.
- > Tendència a limitar fins a l'extinció determinats aliments, com ara pa, dolços, fregits, etc.
- > Tendència a menjar molt malament i a esmicolar el menjar del plat.
- > Tendència a fer més àpats en solitari i menys en família. Tot i així, està pendent dels aliments familiars adquirits.
- > Està pendent que s'adquireixin aliments baixos en calories.
- > Reacció d'irritabilitat i malestar davant els suggeriments perquè ingereixi porcions o quantitats més grans.
- > Obsessió per pesar-se diverses vegades al dia o després dels àpats.
- > Tendència a fer exercici físic excessiu, sobretot després d'haver menjat.



- > Tendència a realitzar rutines diàries respecte dels propis horaris i a reaccionar amb respostes de negació i d'irritabilitat enfront dels canvis proposats.
- > Tendència a voler fer diverses activitats extraescolars, sobretot les relacionades amb activitats físiques o esportives (dansa, gimnàstica, ball...).
- > Tendència a adoptar una actitud perfeccionista amb l'objectiu que totes les activitats que realitza (escolars, extraescolars...) resultin exitoses.
- > Tot i que, almenys durant alguns períodes de temps, les diverses activitats que realitza poden resultar satisfactòries, la persona afectada s'expressa amb insatisfacció.
- > Tendència a negar-se i a negar davant dels altres diverses sensacions, com ara: sentir-se fatigat, passar gana o altres complicacions físiques associades (en el cas de les noies, la pèrdua de la menstruació).
- > Tendència a aïllar-se tant de la família com dels amics i a evitar situacions de socialització com poden ser festes familiars, celebracions, etc.



2.6. BULÍMIA NERVIOSA

Les característiques essencials d'aquest trastorn són:

- > episodis periòdics d'afartament;
- > comportaments compensatoris inapropiats i periòdics per evitar l'augment de pes; i
- > la percepció del propi cos es veu indegudament influïda pel pes i la constitució corporal.

Ja hem dit que l'afartament és la ingestió en un període de temps determinat d'una quantitat d'aliments superior al que la majoria de les persones ingeriria en un període de temps similar i en circumstàncies semblants. També que en alguns casos els afartaments poden ser planificats.

El fet d'anar picant contínuament durant el dia en petites quantitats no es considera un afartament.

Durant l'episodi d'afartament, s'ingereix una quantitat notable d'aliments, i fins i tot determinats aliments que en altres circumstàncies s'evitarien. Els desencadenants d'un afartament poden ser diversos: sentiments previs de malestar, factors estressants, restricció de la dieta alimentària, avoriment, etc.



El fet d'anar picant contínuament durant el dia en petites quantitats no es considera un afartament.

L'episodi d'afartament no es limita només a un únic entorn. Per exemple, la persona afectada pot començar en un restaurant i continuar menjant quan arriba a casa. Durant l'afartament, pot experimentar una sensació de manca de control, que no pot deixar de menjar, i que majoritàriament només es pot controlar si una altra persona, inesperadament, entra a la mateixa estança.

Les persones malaltes de bulímia nerviosa se solen sentir avergonyides i intenten amagar-ne els símptomes. Per això els afartaments se solen produir al més discretament possible.

Per que fa als comportaments de purga, es refereixen a l'ús recurrent que fa la persona bulímica d'accions inapropiades per prevenir l'augment de pes. Vomitar, per exemple, és un comportament compensatori freqüent i les persones afectades poden utilitzar una gran varietat de mètodes per provocar-se el vòmit. Un altre comportament de purga és la utilització incorrecta de laxants i diürètics. També poden fer dejuni un o més dies o practicar exercici físic excessiu amb l'objectiu de no guanyar pes.

Les persones amb bulímia nerviosa concedeixen molta importància a factors com ara el pes o la constitució corporal, que afecten la seva autoestima, atès que solen autoavaluar-se en un alt nivell d'insatisfacció. No totes les persones afectades pateixen sobrepès; moltes, en funció de l'índex de massa corporal (IMC), poden estar dins dels límits adequats.

La bulímia nerviosa se sol iniciar en l'adolescència i també és més prevalent en noies que en nois. Genèricament, els comportaments d'afartament solen començar durant o després d'haver fet un règim per aprimar-se. En la majoria de casos, aquests comportaments poden persistir durant anys, amb períodes de remissió que s'alternen amb episodis d'afartament.

2.6.1.

— FACTORS DE RISC EN LA BULÍMIA

- > **Genètics:** l'obesitat durant la infantesa i un desenvolupament corporal ràpid durant la pubertat poden comportar el risc de desenvolupar aquest trastorn. També hi pot haver transmissió familiar i, per tant, més vulnerabilitat genètica.
- > **Psicopatològics:** les preocupacions pel pes, la baixa autoestima, símptomes depressius i trastorns d'ansietat en la infantesa augmenten el risc de desenvolupar bulímia nerviosa.
- > **Socioculturals:** idealitzar el model de cos prim augmenta el risc de desenvolupar preocupacions respecte del pes.

2.6.2.

— SÍMPTOMES I SIGNES DE L'INICI D'UN TRASTORN BULÍMIC

- > Es produeixen canvis en els costums relacionats amb el consum dels aliments: la nevera i el rebost es buiden més ràpidament. Poden desaparèixer paquets de galetes, cereals, llet, etc.
- > Inicialment, les quantitats ingerides en el context dels àpats familiars poden ser *normals* o no cridar l'atenció.
- > Tendència a augmentar el consum de llaminadures, caramels, xiclets...
- > Tendència a augmentar el consum de menjars ràpids o preparats.
- > Tendència a trobar restes de menjars o d'embolcalls a la seva habitació o camuflats per casa.
- > Tendència a llevar-se a la nit per anar a la cuina o a altres indrets per menjar.
- > Tendència a la solitud: la persona afectada pot estar moltes estones absent de casa o reclosa a la seva habitació.

- > Amb l'objectiu d'eliminar les ingestes excessives, la persona afectada pot tenir tendència a *comportaments purgatius*:
 - >>Voler anar al lavabo immediatament després dels àpats.
 - >>Mentre està al lavabo, obrir repetidament aixetes o tirar de la cadena del vàter amb l'objectiu de dissimular el vòmit.
 - >>Usar laxants per experimentar diarrees amb una freqüència elevada.
 - >>Utilitzar medicació diürètica amb l'objectiu d'eliminar més líquids.
- > Agafar i amagar aliments de casa (de vegades també diners o alguns objectes de valor per comprar-se l'aminadures o menjars específics).
- > Utilitzar cremes reductores i voler gastar diners amb massatges.
- > Tendència a oscil·lacions en l'aspecte corporal (de primesa a sobrepès i viceversa).
- > Tendència a l'exercici físic continuat, sovint extenuant.
- > Tendència a descontrolar horaris i a iniciar o fer diverses activitats a les quals no dona continuïtat.
- > Tendència a l'abús d'alcohol i d'altres drogues.
- > Tendència a pesar-se i a condicionar el seu estat anímic en funció del resultat diari de la bàscula.
- > Tendència a voler sotmetre's a intervencions quirúrgiques per tal de remodelar una o diverses parts del cos (natges, cuixes, malucs...).
- > Tendència a l'avorrimnt, que se sol accentuar en períodes de vacances i de cap de setmana.
- > Tendència a entrar en el cicle afartament-purga, amb la qual cosa es generen canvis en l'estat d'ànim (depressió, tristesa, sentiments de culpa...).
- > Molta sociabilitat, sol canviar d'amics, fins i tot de parelles emocionals.



3. ALTRES TRASTORNS RELACIONATS



3.1. ORTORÈXIA

Aquest trastorn, que pot arribar a ser obsessiu per a les persones que el pateixen, es caracteritza per una preocupació excessiva per una nutrició *sana*, fonamentada a ingerir bàsicament productes naturals. En aquest cas no es tracta de la quantitat ingerida, com en l'anorèxia o la bulímia, sinó de la qualitat. La preocupació per menjar només determinats productes o fer determinades dietes pot arribar fins a l'extrem que la persona afectada decideixi passar gana abans que menjar algun aliment que no forma part de la llista dels que ha decidit que són *saludables*.

Les persones amb ortorèxia tendeixen a donar molta importància a la mida i la forma del seu cos, i a practicar exercici físic continuat i sovint extenuant.

Aquest excés d'inquietud per ingerir aliments sans i, per tant, per aconseguir la perfecció alimentària pot desencadenar trastorns alimentaris com ara l'anorèxia o el trastorn per afartament.

3.2.

VIGORÈXIA (DISMÒRFIA MUSCULAR)

L'Associació Americana de Psiquiatria (APA), en la seva cinquena revisió (DSM-V), suggereix que la dismòrfia muscular, coneguda popularment com a vigorèxia o complex d'Adonis, és una variant del trastorn dismòrfic corporal, que consisteix bàsicament en la preocupació de la persona afectada pel sentiment que el seu cos és massa petit o està insuficientment musculat.

Genèricament, les persones amb aquest trastorn solen tenir un cos normal o fins i tot molt musculat; també poden estar preocupades per àrees o parts del cos com ara la pell, els cabells, etc. La majoria tendeixen a dedicar moltes hores al gimnàs i a fer exercici físic intens, fins al punt que sovint es poden generar lesions. Solen seguir dietes alimentàries específiques i fins i tot autoadministrar-se esteroides anabolitzants androgènics i altres substàncies anàlogues amb l'objectiu d'aconseguir més musculatura i desenvolupament corporal en general.

La vigorèxia és més prevalent en els nois que en les noies, i en general la pròpia consciència de malaltia és escassa.

El trastorn sol estar associat a alts nivells d'ansietat, evitació social, trets depressius, perfeccionisme, dificultats de socialització i baixa autoestima.

Alguns autors (Rodríguez, 2007) proposen semblances i diferències entre la vigorèxia i l'anorèxia:



Vigorèxia

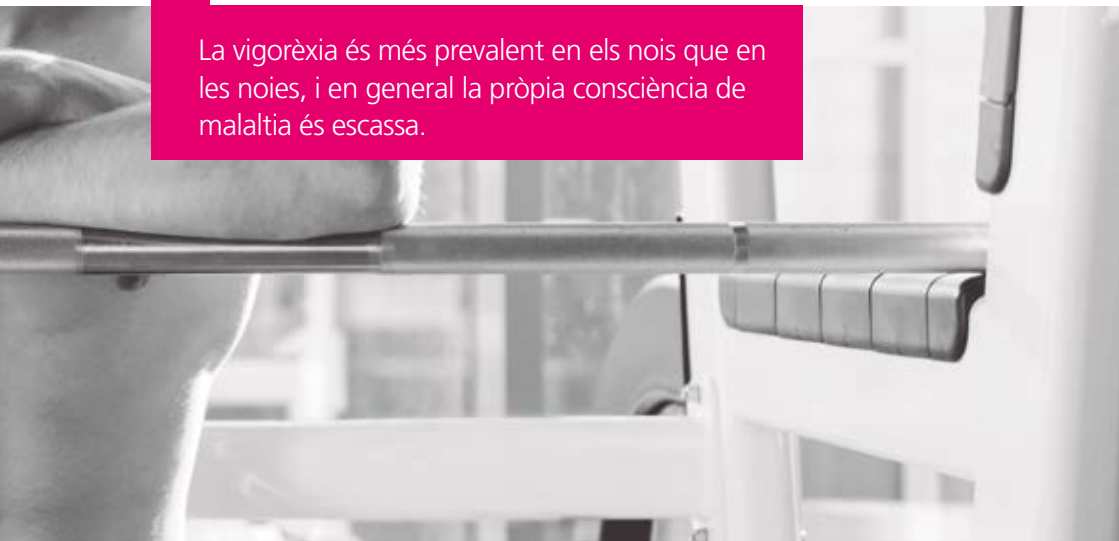
- > Més prevalent en els nois que en les noies.
- > El noi té tendència a veure's a si mateix més prim, dèbil i petit del que és.
- > L'objectiu és guanyar pes.
- > Tendència a una alimentació basada en la ingesta de proteïnes.
- > Se solen utilitzar fàrmacs per guanyar pes.
- > La conducta fonamental és l'excés d'exercici físic.
- > Molt pendents del mirall.
- > Molt pendents de la bàscula.

Anorèxia

- > Més prevalent en les noies que en els nois.
- > La noia té tendència a veure's a si mateixa més grassa del que és.
- > L'objectiu és perdre pes.
- > Tendència a una alimentació basada en el rebuig de la ingesta de proteïnes.
- > Se solen utilitzar fàrmacs per perdre pes.
- > La conducta fonamental és el rebuig d'aliments (no menjar, vomitar...).
- > Molt pendents del mirall.
- > Molt pendents de la bàscula.
- > L'exercici físic és menys exigent.



La vigorèxia és més prevalent en els nois que en les noies, i en general la pròpia consciència de malaltia és escassa.



3.3. OBESITAT

L'obesitat no es considera un trastorn mental. L'excés de greix corporal és el resultat d'un augment del consum energètic en relació amb l'energia que es gasta. Existeixen diversos factors predisposants –genètics, fisiològics, conductuals i culturals– que poden variar entre persones i que poden contribuir al desenvolupament de l'obesitat.

L'obesitat és una malaltia crònica que sol iniciar-se en la infància i l'adolescència. A part de comportar un desordre alimentari, pot ser un factor desencadenant d'un trastorn del comportament alimentari.

En les darreres dècades s'ha produït un creixement significatiu de l'obesitat en adults, seguit més recentment per un augment similar en infants i adolescents, fenomen que ha fet de l'obesitat un dels temes de salut pública més preocupants de l'actualitat.



Complicacions físiques més freqüents

Els efectes més negatius poden generar patologies greus com:

- > diabetis,
- > hipertensió,
- > dislipèmia (increment dels valors de greix a la sang)
- > complicacions cardiovasculars,
- > alteracions òssies i/o articulars,
- > apnea del son,
- > dificultats respiratòries,
- > i fins i tot alguns tipus de càncer, com els gastrointestinals.

Complicacions psicològiques més freqüents

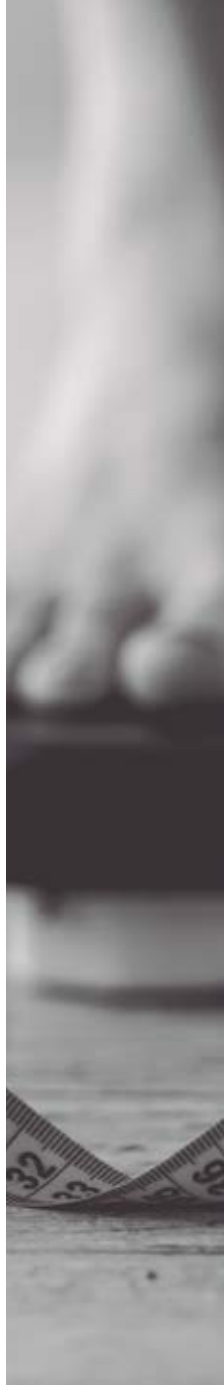
Els adolescents amb sobrepès o obesitat també poden patir complicacions psicològiques:

- > Ser ridiculitzats o rebutjats pels companys o ser víctimes de burla, cosa que els pot comportar una baixa autoestima i els pot portar a l'aïllament i la depressió.
- > Tenir més dificultats per integrar-se en un grup o per trobar parella.
- > Desenvolupar problemes psicològics greus, com ansietat, depressió o trastorns obsessivocompulsius.
- > Mostrar-se tristos i solitaris, o fins i tot agressius i enfadats amb els altres.

Es consideren obeses les persones que tenen un pes un 20% superior al punt mitjà de l'escala de pes segons l'índex de massa corporal (IMC); aquesta escala relaciona la massa corporal amb l'edat, la talla i el sexe de la persona.

Cal remarcar que no totes les persones obeses tenen un trastorn de la conducta alimentària. Però el sobrepès i l'obesitat des de la infantesa augmenten les probabilitats de desenvolupar-ne un en l'edat adulta. En aquest sentit, un programa preventiu del sobrepès ha de tenir en compte factors com ara:

- > educar des de la infantesa en hàbits de nutrició saludables i evitar dietes hipocalòriques;
- > promoure els àpats regulars (almenys esmorzar, dinar, berenar i sopar);
- > no saltar-se àpats ni fer-los a deshora;
- > atendre els senyals que envia el propi cos pel que fa a les sensacions de gana i de sacietat;
- > potenciar patrons alimentaris i hàbits regulars i diversos en els àpats familiars;
- > afavorir l'activitat física i la pràctica de l'esport com un mitjà més d'equilibri saludable;
- > limitar l'accés als menjars ràpids i a les begudes ensucrades.







4.

QUÈ PODEM FER PER PREVENIR ELS DESORDRES I TRASTORNS DEL COMPORTAMENT ALIMENTARI?



4.1.

PER PART DE LA FAMÍLIA

- > Fomentar una dieta sana, equilibrada i variada, que inclogui tots els aliments necessaris, amb limitació de dolços, brioixeria industrial i menjar ràpid.
- > Dissenyar menús diferents que incloguin tots els grups d'aliments: verdures i fruites, cereals, tubercles i llegums i aliments d'origen animal.
- > No definir els aliments com a bons o dolents: tots poden ser nutritius en funció de la qualitat, la quantitat i les combinacions adequades.
- > Potenciar patrons alimentaris i hàbits regulars i diversos en els àpats familiars.
- > Adoptar i mantenir uns hàbits saludables amb la pràctica d'activitat física.
- > Adoptar i mantenir uns hàbits saludables respecte del nombre d'hores de son recomanades.



- > Fomentar la comunicació entre tots els membres de la família, invitar els fills a escoltar i expressar-se per tal que se sentin segurs i capaços de buscar l'opinió i l'ajuda de la seva família quan s'enfrontin a situacions difícils o estressants.
- > Fomentar l'autoestima dels fills per tal que descobreixin i acceptin les seves capacitats i les seves limitacions, i aprenguin a sentir-se bé amb si mateixos.
- > Ajudar els infants i adolescents a no reduir el cos a una qüestió d'aparença, a fer front als missatges sobre estètica, cànons de bellesa i alimentació (com dietes miraculoses i productes dietètics) que bombardegen la publicitat i alguns mitjans de comunicació. L'exaltació del cos prim i les dietes restrictives poden tenir efectes negatius en la salut.
- > No donar suport a la idea que una dieta, un pes o una talla particulars duren automàticament l'adolescent a la felicitat i l'èxit. Cal tenir en compte que en molts casos les actituds sobre el pes i la figura són apreses dels pares i germans. La prevenció hauria de començar amb l'exemple familiar.

4.2.

PER PART DE L'ESCOLA

- > Incorporar un servei de nutrició i dietètica per tal de garantir que s'elaborin menús diferents que incloguin tots els grups d'aliments: verdures i fruites, cereals, tubercles i llegums, i aliments d'origen animal, i informar-ne periòdicament les famílies.
- > Dur a terme activitats preventives adreçades als infants i adolescents, ja que són la població amb més risc de patir aquestes malalties, però també treballar estratègies de prevenció amb les famílies i l'equip acadèmic.
- > Promoure aficions culturals i lúdiques que permetin l'aprenentatge d'habilitats socials per aconseguir que els infants i adolescents considerin aspectes diferents que la imatge o la bellesa com a signe de prestigi o reconeixement social.
- > Potenciar que es valorin prioritàriament entre els alumnes els aspectes emocionals i personals en lloc dels físics i estètics en general.
- > Evitar devaluar o criticar els sentiments, idees, actituds o preocupacions dels alumnes, tot afavorint el respecte i la comunicació mútua.
- > Treballar en valors, procurant modificar aquelles actituds que puguin resultar negatives en relació amb la imatge corporal, com podrien ser els prejudicis cap a les persones amb sobrepès.



5.

QUÈ HEM DE FER SI SOSPITEM QUE
ESTEM DAVANT D'UN ADOLESCENT
QUE PATEIX UN DESORDRE O TRASTORN
DEL COMPORTAMENT ALIMENTARI?



5.1.

RECOMANACIONS PER A LA FAMÍLIA

- > No minimitzar indicadors de risc (per exemple: apríament progressiu, aïllament, reiteració de vestits folgats, etc.).
- > Evitar la utilització de càstigs, amenaces o manipulacions. Cal tenir en compte que es tracta d'una malaltia, no d'un comportament que l'adolescent ha triat.
- > No expressar-se sobre el pes dels altres de forma pejorativa, en especial si es tracta del vostre fill adolescent.
- > Evitar fer crítiques sobre el pes i el menjar, potenciant que l'adolescent afectat senti que té el vostre suport.
- > Evitar fer servir els aliments com a premi o càstig, ni fer del menjar un tema de conversa recurrent.
- > Evitar seguir dietes innecessàries o que no siguin prescrites per un especialista.
- > Si es detecta que l'adolescent té dificultats amb l'alimentació, no centrar-se en el menjar, ja que el més probable és que es tracti d'una qüestió més global.
- > Si l'adolescent té un problema d'obesitat, afrontar-lo emfatitzant que el que preocupa és la seva salut i no la seva aparença.
- > Buscar ajuda professional.



5.2. RECOMANACIONS PER A L'ESCOLA

Els centres escolars són un entorn clau per detectar de manera precoç senyals d'alarma en conductes associades a desordres o trastorns del comportament alimentari. En aquest sentit, recomanem:

- > Estar atents als senyals d'alerta que es puguin observar en l'àmbit de l'escola i/o de les activitats extraescolars. A les hores dels àpats, els monitors i responsables dels patis i dels menjadors escolars poden detectar conductes inapropiades, com ara: llençar el menjar, retornar-lo, anar ràpidament al lavabo després de l'àpat... Així mateix, en espais de lleure i de pràctica esportiva es poden observar també aquests comportaments, sigui a través dels monitors o del grup d'iguals.
- > Els companys poden ser fonamentals per a la detecció d'un TCA. L'adolescent afectat per un desordre o trastorn del comportament alimentari acostuma a allunyar-se progressivament del grup d'iguals, ja que la major part de les seves trobades són al voltant d'activitats d'oci i d'àpats. També poden detectar més fàcilment altres conductes, com els vòmits o les autolesions. Per tant, cal fomentar l'ajuda entre alumnes perquè comuniquin a un adult de referència (mestre, tutor, monitor, familiar...) les seves observacions.



Entre tots,
el diàleg és possible.

- > Adreçar-se als companys de l'escola més propers a l'alumne suposadament afectat per tal de conèixer al més directament possible conductes que poden ser subsidiàries d'un desordre o trastorn del comportament alimentari.
- > Si es detecta algun símptoma, o se'n té cap sospita, cal atansar-se a l'alumne suposadament afectat per ajudar-lo a fer-lo conscient del possible problema de desordre alimentari i/o d'algun malestar derivat. En aquest sentit, cal recordar que als adolescents els costa adreçar-se als seus adults referents (pares, mestres, monitors...).
- > Un cop confirmades les sospites, cal adreçar-se als pares de l'alumne i contrastar les observacions realitzades a l'escola amb les que els pares hagin pogut fer en l'àmbit familiar.
- > Cal que l'equip escolar orienti i assessori els pares respecte d'on poden trobar més informació sobre els TCA i on es poden adreçar per rebre atenció professional.
- > Des de l'escola, cal potenciar la col·laboració entre els diferents col·lectius professionals que estan en contacte amb els alumnes adolescents, de manera que puguin actuar com a elements de prevenció i detecció dels TCA (mestres, professors, monitors, entrenadors, psicòlegs escolars, metges, farmacèutics, etc.), així com també la comunicació d'aquests amb les famílies, amb l'objectiu de fer possible el lema d'aquesta col·lecció de guies: «Entre tots, el diàleg és possible».

MÉS INFORMACIÓ



A continuació posem a la vostra disposició una breu selecció de recursos que trobareu a la xarxa amb informació sobre diversos aspectes que hem tractat.

- > *Alimentació i trastorns alimentaris*. Punt Jove
(Departament de Joventut, Ministeri de Cultura, Joventut i Esports, Govern d'Andorra):
<http://www.puntjove.ad/alimentacio-i-trastorns-alimentaris>
- > Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia: <http://www.adaner.org>



- > Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia (ACAB):
<http://www.acab.org/ca>
- > Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire (AFDAS-TCA) <http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr/>
- > Catsalut: *Trastorns alimentaris* (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya):
<http://trastornsalimentaris.gencat.cat/ca/>
- > *Guía Salud: Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. http://www.guiasalud.es/legpc/conducta_alimentaria/completa/
- > Recursos i eines: *Família i escola* (Departament d'Ensenyament, Generalitat de Catalunya):
<http://familiaiescola.gencat.cat/ca/educar-creixer-en-familia/com-ajudar-fill/prevencio-deteccio-trastorns-alimentaris/recursos-eines/>

BIBLIOGRAFIA



- > AGÈNCIA D'AVUACIÓ DE TECNOLOGIA I RECERCA MÈDIQUES DE CATALUNYA (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- > CALVO, R; PUENTE, R; VILARIÑO P. (2008) *Trastornos de la conducta alimentaria. Cómo actuar desde la familia*. Madrid: Consejería de Políticas Sociales y Familia. D. G. de la Familia y el Menor.
- > DIVERSOS AUTORS (2001). *Guia per a educadors i educadores en la prevenció dels trastorns del comportament alimentari*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- > DIVERSOS AUTORS (2006). *Guía de prevención de los trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Juventud.
- > FERNÁNDEZ, L. (2008). *Tiempo de respuestas. Guía de trastornos de conducta alimentaria: anorexia, bulimia y obesidad*. Madrid: Fundación Mapfre.
- > GÓMEZ DEL B., J. A; GAITE, L; GÓMEZ, E; CARRAL, L; HERRERO, S; VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L. (2012). *Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso*. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.



- > PENNA, M; GARRIDO, M. (2008). *Guía de recursos para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y bulimia*. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios.
- > RAICH, ROSA M. (2004). «Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal». *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol. 22, p. 15-17.
- > RODRÍGUEZ, J. M. (2007) «Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación». *Salud y drogas*, 2007, vol. 7, núm. 2, p. 289-308.
- > RODRÍGUEZ, L; ANTOLÍN, M; VAZ, F. J; GARCÍA, M. A. (2006). *Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud*, 2. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo.
- > UNIKEL, C; CABALLERO, A. (2010). *Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria*. Ed. S. Berenzon, J. del Bosque, J. Alfaro, M. E. Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

SI VIVIU ALGUNA SITUACIÓ DE RISC O US CAL MÉS INFORMACIÓ



Podeu adreçar-vos a:

- > **Centre de Salut Mental de l'Hospital Nostra Senyora de Meritxell**
tel.: 871 178
- > **Govern d'Andorra, Ministeri d'Educació i Ensenyament Superior**
tel.: 743 300
- > *amalgama7@amalgama7.com*



Fundació
Crèdit Andorrà