

La prevenció dels trastorns del comportament alimentari (TCA) a través dels mitjans de comunicació: Un especial èmfasi en el mitjà televisiu

Josep Maria López Madrid

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

FACULTAT DE PEDAGOGIA
DEPARTAMENT DE TEORIA I HISTÒRIA DE L'EDUCACIÓ

**LA PREVENCIÓ DELS TRASTORNS DEL
COMPORTAMENT ALIMENTARI (TCA) A TRAVÉS DELS
MITJANS DE COMUNICACIÓ: UN ESPECIAL ÈMFASI
EN EL MITJÀ TELEVISIU**

Tesi doctoral presentada per
JOSEP MARIA LÓPEZ MADRID

Tesi dirigida per

Dra. MARIA ROSA BUXARRAIS ESTRADA

Programa de Doctorat Educació i Democràcia
Bienni 2003-05

Per optar al títol de
Doctor per la Universitat de Barcelona

Barcelona, febrer de 2010

CAPÍTOL VI

ESTRATÈGIES PER A PREVENIR ELS TCA

El objetivo de la prevención es evitar el sufrimiento. La desorganización de la vida personal, el considerable padecimiento personal y el impacto en ocasiones irreversible que sufren las familias y las comunidades en que viven quienes padecen de algún trastorno mental nos obligan como sociedad a dedicar recursos sustanciales para prevenirlos.

Munoz, Mrazek i Haggerty (1996)¹¹¹

En realitat, més de la meitat del que som és el fruit de la imitació.

Lord Chesterfield (1694-1773)¹¹²

¹¹¹ Citat a Striegel-Moore i Steiner-Adair (2000, 13).

¹¹² Citat a Myers (2005, 336).

CAPÍTOL VI: ESTRATÈGIES PER A PREVENIR ELS TCA

6.1 LA PREVENCIÓ DELS TCA

6.1.1 La necessitat de prevenir

El mot prevenció deriva de la paraula llatina “*praevenire*”, que vol dir abans de que vingui, anticipar, o detenir. Així doncs, la prevenció en aquest context transforma el coneixement –teoria, dades i conviccions– en polítiques i pràctiques socials multidimensionals dissenyades per mantenir a grups grans o bastant grans d’infants i adolescents sans i estalvis de desenvolupar problemes d’imatge corporal i trastorns alimentaris (Albee i Gullotta, 1997 a Levine i Smolak, 2001, 237).

Caplan a 1964 (a Romano i Hage, 2000, 739) portà claredat al món de la prevenció gràcies a la seva proposta conceptual que es bastia en tres dimensions: prevenció primària, secundària, i terciària, per referir-se als esforços preventius que intenten aconseguir que baixin el nombre de noves incidències d’un trastorn. Baixant el percentatge de prevalència d’un trastorn, adreçant-se a aquells en risc o aquells que es troben en les primeres fases del trastorn, o fent disminuir els efectes nocius provinents de la existència d’un trastorn, respectivament. Alguns consideraven que la secundària i la terciària no eren prevenció sinó remei, i d’altres que la terciària era el tractament. En canvi també s’ha argumentat que la terciària també pot ser prevenció si prevenen la reaparició o les conseqüències significatives d’aquest trastorn (*id.*). Però bé, en definitiva tal com afirmen Striegel-Moore i Steiner-Adair (2000, 23), el que pot constituir prevenció primària segons la definició d’“inici” que adopti un investigador, de fet pot ser prevenció secundària d’acord amb una altra definició .

Posteriorment, Gordon al 1987 (a Romano i Hage, 2000, 739-740), també basant-se en trastorns físics, la qual cosa també dificulta la seva translació al terreny psicològic i social, proposà un sistema alternatiu de classificació de les intervencions preventives: universal, selectiu i indicat. La primera va adreçada a

la població en general, com l'ús del cinturó de seguretat, una correcta nutrició o exercici físic. La segona es indica quan només hi ha un individu o subgrup de la població en risc de contraure aquest trastorn, com podria ser la grip en gent gran. I la tercera, s'adreça a aquells que estan en alt risc de contraure una determinada malaltia o trastorn però que no tenen cap símptoma present, com les mamografies en dones amb una història familiar de càncer de pit.

Una dificultat per aplicar aquesta triada, originalment pensada pels trastorns físics, és l'ambigua i complexa etiologia dels problemes psicològics i socials. D'igual forma, a la pràctica és difícil separar la prevenció primària, de la secundària i la terciària, perquè quan la intervenció es dirigeix a una mostra general dependrà de la situació personal de cada subjecte (*id.*).

Els programes de prevenció primària apunten a reduir la probabilitat d'inici d'un problema com els TCA. Això s'aconsegueix atenuant les pressions que inicien i mantenen la conducta problemàtica, al temps que s'augmenta l'efecte dels factors que *inhibeixen* el desenvolupament de tal conducta. Per exemple, molts programes per la prevenció del tabaquisme tracten de disminuir la influència del grup d'iguals mentre reforcen la idea que no és obligatori fumar per més que altres ho facin (Smolak, Levine i Schermer, 2000, 174). Tanmateix, la prevenció dels TCA implica qüestionar com diferents grups arriben a ser marginats – dones, negres, gent grassa– i què podem i hem de fer per canviar aquest sistema de valors (Irving, 2002, 260).

Tot plegat necessita d'una acció política tant a nivell general com personal en el nostre quefer diari, tant a nivell familiar com professional. La prevenció primària dels TCA es centra en la reducció o eliminació d'aquells factors que originen o contribueixen al desenvolupament del trastorn i en l'aparició o increment dels factors anomenats protectors o de resistència. El terme prevenció, de connotacions més mèdiques, es centra en evitar els trastorns o malalties. En canvi, en el terme promoció de la salut, l'enfocament s'adreça als aspectes positius del foment de la salut, tant a nivell individual, grupal o col·lectiu (Ruiz-Lázaro, 2004).

Existeix polèmica entorn a la necessitat i rellevància de la prevenció vers la primordial importància dels tractaments que defensen altres. Els que defensen

la prevenció ho fan argüint que els tractaments per molt èxit que tinguin, no redueixen la incidència del trastorn, i per tant, tant a nivell econòmic com moral és de rebut intentar reduir la incidència. La controvèrsia sobre la necessitat/transcendència de la prevenció dels TCA tampoc no es lliura de la polèmica prevenció *versus*. tractament. Com que els TCA estan relacionats amb un deteriorament social, psicològic i físic significatiu, qui en defensa la seva prevenció assenyalen que els estudis de resultats de tractaments demostren que la intervenció primerenca és el millor factor de recuperació, i el mètode més econòmic per eludir tractaments d'un elevat cost potencial. Els contraris a la prevenció, ho són perquè consideren que no és eficaç en matèria de costos, ja que la incidència dels TCA és reduïda i la seva inversió en prevenció és desproporcionada i a voltes injustificable. També ho justifiquen pel fet que no es coneix prou l'etiologia dels TCA, i que es massa complexa per aïllar amb eficiència els factors de risc que es poden modificar o eliminar. Al mateix temps, com a part interessada en l'assumpte, en qüestionen la seva efectivitat (Striegel-Moore i Steiner-Adair, 2000, 13-14).

En invocar una dicotomia artificial, la conceptualització de la prevenció primària com si es trobés en contraposició o en conflicte amb el tractament adoleix d'un error de concepte; més bé, sostenim que la prevenció i el tractament conformen un continu d'intervencions, i que la teoria i les investigacions d'ambdues àrees es beneficien de la seva influència mútua (ibid, 16). Aquesta polèmica que ens situen a Estats Units, de fet en major o menor mida es deu donar arreu, si més no a l'Estat, també trobem aquestes postures "científiques" que argumenten que la prevenció no és científica perquè no es pot demostrar, en canvi d'altres en defensen obertament la seva eficàcia i necessitat.

Però no podem oblidar, que de fet la història de la medicina és una història de triomf sobre el control de la malaltia i prevenció (Kiesler, 2000, 38). I com afirma Valentí Fuster (Jano on line i agències, 2006b) la ciència està fracassant per la manca de prevenció i pronostica una difícil sostenibilitat econòmica. Fuster, president del Centro Nacional de Investigaciones Cardiológicas, considera que encara que la investigació ha aconseguit perllongar la vida de la ciutadania tractant la malaltia, emperò a expenses d'un gran cost. Fuster reclama en el

camp de les patologies cardiovasculars un major impuls en la prevenció perquè és una patologia que comença cap als 15-20 anys.

Segons l'estudi de l'associació Protégeles per al Defensor del Menor fet públic l'any 2005 (pag. 23) és necessari realitzar programes de prevenció dels TCA per quatre motius fonamentals:

1. Les dades de prevalència i incidència. Existeix un increment sostingut en les últimes dues dècades de prevalència.
2. Ésser una patologia greu i amb gran impacte sobre les famílies. Presenta risc de cronicitat i mortalitat, causant danys familiars i elevant el risc de desenvolupar la malaltia en altres membres de la família.
3. Es té més gran coneixement de la població de risc: dona jove, adolescent, que realitza dietes per aprimar-se amb altres factors de risc i en la que apareixen factors desencadenants.
4. Resulta ser una patologia "contagiosa": la malaltia sembla transmetre's entre les nenes, actuant algunes d'elles com vectors, i perpetuant-se per la pressió social per aprimar-se i fugir de l'obesitat.

Malgrat tantes evidències les actuacions preventives segueixen sense estar exemptes de polèmica. Com que els esforços preventius exitosos requereixen coneixement dels processos etiològics dels trastorns alimentaris (Mussell i Binford, 2000, 766), hi ha qui considera que no en sabem prou sobre les causes dels TCA, àdhuc dels factors de risc, per dissenyar intervencions efectives. Entenen que és prematur tenir pressa en invertir en costosos programes de prevenció que no tenen una suficient justificació teòrica i empírica. L'enfocament preferit és seguir investigant en factors de risc, d'aquesta forma, entenen que podrem identificar quins adolescents i infants són més vulnerables als desenvolupament d'un TCA (Wilson, Black i Heffernan, 2003, 710).

Les dificultats metodològiques inherents a la prevenció dels TCA són un dels seus handicaps. El problema estadístic és més preminent en les intervencions de caire universal, i encara més per trastorns mentals com els TCA amb una incidència relativament baixa de casos amb síndrome complet, la mostra

estadística hauria de ser tant gran que la fan quasi impossible d'avaluar (Cuijpers, 2003, 1386).

El principals contraris a la prevenció dels TCA són el personal investigador que treballa amb un model mèdic basat en les ciències "exactes" i aconsegueixen gran èxit en aconseguir suport pel seu punt de vista. *Compten amb informació científica per defensar la seva postura: amb les investigacions dutes a terme fins els present no pot demostrar-se l'eficàcia dels programes preventius. Els investigadors també controlen el procés de revisió dels organismes públics de finançament i, per això, poden detenir qualsevol esforç per efectuar els estudis necessaris a fi de provar que té sentit desenvolupar programes preventius. Que la prevenció compti amb un recolzament considerable de part de la població en general (el que pot traduir-se amb el finançament de programes la validesa científica dels quals encara no ha estat establerta), junt amb el fet que molts investigadors s'oposen a la prevenció, reforça la trista idea que la prevenció "no és professional ni científica"* (Striegel-Moore i Steiner-Adair, 2000, 15).

Encara que es conservi l'esperança que en un futur sigui possible identificar amb prou exactitud les causes dels TCA i els individus en risc per dur a terme una prevenció individual. De totes maneres, no podem esperar, com defensen Børresen i Rosenvinge (2000, 102) que arribi tal coneixement, ja que aquesta carència és una trista excusa per ignorar l'obligació de treballar i actuar d'acord amb els coneixements que tenim en un moment determinat.

Malgrat tot, la tasca sobre la prevenció acostuma a rebre moltes lloances en els discursos polítics que posteriorment no es tradueixen en accions concretes. La qual cosa fa pensar a vegades que la prevenció és el desig de tothom però la prioritat de ningú. En un món de recursos econòmics limitats i gran patiment humà, la solució "fàcil" és gastar diners en la curació i no esperar els efectes "silenciosos" i a llarg termini de la prevenció (*ibid.*, 101).

Els costos per a la societat de les conductes alimentàries desordenades en termes d'assistència mèdica, productivitat i pèrdua de potencial humà són enormes, a sobre, el tractament és costós, llarg i complicat (Levine, Piran i Irving, 2003, 423). I és que els desordres alimentaris són molt costosos de tractar, àdhuc amb un equip multidisciplinar, per tant, la prevenció és l'únic

enfocament raonable per tractar els TCA com un problema d'assistència sanitària (Levine i Smolak, 2001, 238).

El que seria ideal per demostrar els "efectes de la prevenció" seria un estudi longitudinal en el qual el grup experimental amb posterioritat desenvolupés una significativa baixa taxa de nous casos. A més, en un estudi ideal el personal investigador hauria de demostrar que els factors de risc individuals i els contextuals pel grup experimental romanen baixos o han estat reduïts, i que els factors individuals i contextuals coneguts per promoure la resiliència han estat incrementats (Levine i Smolak, 2001, 238).

El fet de ser uns trastorns relativament nous en el camp de la nomenclatura psiquiàtrica i la seva relativa història recent és traduït en el fet que alguns dels principals buits romanguin en les càrregues personals, socials i econòmiques associades a ells. Els costos econòmics i socials dels TCA haurien de ser reduïts fent baixar la seva prevalència –a través de la prevenció de l'inici o reduint la duració del trastorn–, disminuint el percentatge de complicacions secundàries i desenvolupant tractaments més efectius pel que fa al seu cost. El cost del tractament no està ben delimitat tampoc (Striegel-Moore i Franko, 2005, 400).

Els costos dels trastorns subclínic són encara més difícils d'esbrinar, del que ja és fer-ho amb intervenció i tractament. A més, els costos socials i psicològics és probable que siguin ignorats en un anàlisi estricte dels costos. De fet, s'hauria de calcular el dany en vida social, salut, relacions familiars, estudis/feina, finances o perspectiva sobre la vida (Piran, 2005, 398).

Queda clar doncs, que si es volgués realitzar un càlcul de costos per valorar quina via és la millor, els costos d'intervenir i de no intervenir amb individus seleccionats que mostren nivells subclínic de pes corporal i preocupacions per la figura haurien de ser inclosos en els càlcul de costos (*ibid.*, 399). Com afirma Turón (2003, 449) es diu que a sanitat no hi ha millor inversió que l'aplicada en la prevenció de les malalties psíquiques i la promoció de la salut mental. El patiment, desorganització de la vida personal i familiar, així com la repercussió d'alguns trastorns a nivell social "demanen" la necessitat de la prevenció.

Fins i tot quan la prevenció no estalvia diners, pot ser una valuosa inversió per una millor salut, i això –no el cost d'estalvi– és el criteri en el qual hauria de ser jutjat (Rusell, 1986 a Rosenstock, 1990b, 416), fet que ineludiblement ens condueix al concepte de qualitat de vida individual i comunitària, el qual clarament es veu afavorit per les intervencions preventives.

Com es senyala des d'altres àmbits de prevenció com en el cas de la prevenció dels maltractaments infantils i les seves posteriors conseqüències, malgrat que no es coneguin tots els lligams, els esforços que s'han de destinar a la seva prevenció, no poden esperar (Miller i Mancuso, 2004, 162). Òbviament, com més es coneguin els agents que causen, precipiten i cronifiquen una determinada tipologia de trastorns, més capacitació es tindrà per prevenir-los.

A més, podem parlar que tenim un deure ètic amb la necessitat d'educar per la salut als individus i als grups que componen la societat, ha de ser un drets pels infants el tenir accés als coneixements i habilitats que poden permetre-li conservar i millorar la seva pròpia salut i la de la comunitat en la qual viu (Castillo, 1998, 36).

6.1.2 Models preventius

Levine i Smolak (2006, 102) consideren que malgrat l'existència de diferents models multidimensionals explicatius dels TCA, la seqüència de cadena d'efectes, com per exemple, la que porta a insatisfacció corporal i llavors a fer dieta i després a símptomes com la purgació i llavors a trastorns alimentaris clínics, roman pobrament definida.

Diferents models preventius s'han anant postulant, encara que l'etiologia dels TCA és encara incerta. Un és el *disorder-specific continuity model* en el qual s'enfoca des d'un enfocament psicosocial o d'aprenentatge social, ja que veu el desordre alimentari al llarg d'un continu i suggereix que hi ha moltes similituds de banda a banda de la "línia", com pot ser la preocupació pel pes (Menassa, 2004, 11).

Als programes de prevenció solen assistir els pares i mares, mestres, entrenadors i altres adults significatius en la vida de les noies per ajudar-les a

eliminar els factors precipitants, com per exemple la dieta, imatge corporal negativa, exercici físic excessiu..., i d'incrementar en les noies les habilitats generals per resistir l'atracció d'aquests factors precipitants (Levine, 1999 a Menassa, 2004, 11).

El *Health Belief Model* (Breinbauer i Maddaleno, 2005, 49) va ser un dels primers en adaptar les teories conductistes als problemes de salut, i encara roman avui com un dels més ben considerats per tractar els afers de salut. El model va ser inicialment desenvolupat a la dècada dels cinquanta del propassat segle, per un grup de psicologia social al servei de salut pública dels Estats Units, en un esforç per explicar l'ampli fracàs de la gent en participar en programes per prevenir o detectar malalties. Posteriorment el model, va estendre la seva aplicació, entre d'altres usos, per abordar al comportament en resposta a una malaltia diagnosticada (Rosenstock, 1990, 39).

El *Health Belief Model*¹¹³ prediu que els individus es mouran per protegir-se, analitzar o controlar malalties si (Breinbauer i Maddaleno, 2005, 49):

- Es consideren a si mateixos com a susceptibles de patir-la.
- Creuen la condició de que pot tenir greus conseqüències.
- Creuen que les accions que tenen a l'abast poden ser beneficioses en la reducció tant de la seva susceptibilitat com la seva gravetat.
- Creuen que els costos d'actuar estar més que superats pels beneficis.

Una de les dificultats amb les quals topa el *Health Belief Model* és que a la gent li costa creure en la possibilitat de tenir una patologia en absència de simptomatologia (Rimer, 1990, 141).

Tanmateix un enfocament diferent anomenat el model *Non-specific Vulnerability Stressor*, ha adoptat una perspectiva més àmplia de prevenció dels trastorns, que promou la salut individual i comunitària (Levine i Smolak, 2006, 134-137). Aquest model en primer lloc, es basa en el fet que un ampli

¹¹³ Per exemple, el *Health Belief Model* suggereix que per incrementar la prevenció del SIDA, la gent s'ha de sentir susceptible de contraure'l (Glanz, Lewis i Rimer, 1990b, 22).

volum de recerques mostren que similars fonts d'estrès i vulnerabilitat són part dels camins per a múltiples formes de psicopatologia, com els TCA, la depressió, abús de substàncies, i trastorns d'ansietat. Els trastorns mentals, problemes de conducta i mala salut en general afluïren quan la gent té massa estrès, massa poc respecte per ells mateixos i pels altres, massa poques relacions significatives amb massa poc suport social, i massa pocs recursos personals, socials i físics per satisfer les seves necessitats. En segon lloc, emfasitza en la importància de les correlacions genèriques de desenvolupament positiu i no específiques fonts de resiliència, per tant, els programes de prevenció seran més eficients si es dissenyen per influir en factors de risc genèrics.

Per altra banda, trobem el model feminista, dissenyat no tan sols per proveir d'informació sobre els mitjans, imatge corporal, dietes..., sinó també per *empower* noies i dones a canviar (crear-se) elles mateixes i els seus entorns (*id*).

De totes formes, segons Levine i Smolak (2001, 240) els diferents models preventius tenen trets comuns com:

- a) L'atenció a l'entroncament entre la natural diversitat de pesos i figures corporals, vers els estrets i perniciosos valors culturals sobre feminitat, bellesa i moderació.
- b) Consciència del fonament sociocultural i del desenvolupament per la prevenció.
- c) El valor de l'entrenament en "alfabetització" cultural per augmentar l'habilitat dels estudiants per comprendre, criticar, i resistir a missatges insaludables provinents dels mitjans de comunicació i altres "influències socioculturals".
- d) Promoció de la resolució de problemes, presa de decisions, assertivitat, comunicació, i altres "habilitats de vida" que tot sembla indicar que enforteixen la resiliència enfront els efectes negatius, baixa autoestima, manca de seguretat social i altres potencials contribuïdors a una imatge corporal negativa o a algun trastorn alimentari.

Ja fa temps que l'enfocament feminista sobre la prevenció dels TCA pren molta força. Aquesta perspectiva vol que analitzem les conductes tenint en compte un sentit ampli la cultura en la qual s'insereixen. La perspectiva feminista es centra en la desigualtat social i la forma en què les diferències de poder entre els homes i dones poden afavorir el desenvolupament dels TCA. Les seves principals idees són les següents (Striegel-Moore i Steiner-Adair, 2000, 18-19):

1. "Allò que és personal és polític", és a dir, és necessari oferir una comprensió dels TCA que tingui en el centre del seu raonament una crítica de les normes i valors socioculturals que propicien el context cultural en què es donen els TCA (un exemple ens el situen en el fet d'ensenyar les habilitats de comprensió crítica dels mitjans de comunicació que possibilitin considerar els TCA com un aspecte de la justícia social).
2. S'han de considerar les diferències de gènere que mostren les dades de l'epidemiologia des d'un enfocament polític.
3. La prevenció hauria d'incloure la possibilitat de resistir de forma activa i d'oferir vies per expressar els desacords contra les possibles fonts del problema (com pot ser escriure una carta a una revista per adolescents o començar una campanya anti dieta al col·legi).
4. Ensenyar història d'altres èpoques en què els valors culturals pel que fa a la bellesa i altres qualitats femenines produïen malalties diferents a les dones (com per exemple la histèria a l'època victoriana).
5. Els TCA es consideren un mitjà per fer front a les dificultats i s'ofereixen mètodes alternatius més saludables per superar-les.
6. S'han d'examinar els sistemes en què viuen les nenes, escola i llar, i que requereixen que el sistema es modifiqui de forma que s'ofereixi recolzament a la salut de la nena.

Al mateix temps, els enfocaments feministes sobre prevenció dels TCA defensen que el disseny curricular es basi en el desenvolupament psicològic de les nenes i les seves formes d'aprenentatge, utilitzant enfocaments relacionals, interactius i cooperatius, així com emprant mentors intergeneracionals (*id.*).

Per la prevenció dels TCA és necessària adoptar una postura ecològica que reforci la participació activa de la gent, analitzant, identificant i transformant els seus propis contextos. Per tant, cal construir múltiples contextos i sistemes interconnectats que redueixin els factors de risc i incrementin la resiliència (Levine i Smolak, 2001, 248). Per tant, la perspectiva *Empowerment*-relacional és un camp prometedori en el desenvolupament d'accions preventives de TCA (*ibid.*, 249).

En general, els diferents plantejaments per la prevenció primària dels TCA es poden englobar en dues categories principals. En la primera, es troben els programes destinats a anul·lar els factors causals dels trastorns; en la segona, trobem els que procuren "enfortir a l'hoste" amb la finalitat de protegir-lo de l'impacte de les influències nocives (Striegel-Moore i Steiner-Adair, 2000, 17).

La major part dels principis bàsics i suposicions d'una aproximació de desenvolupament a la prevenció (Levine i Smolak, 2001, 247) ens resulten d'utilitat orientadora:

- La transició entre vulnerabilitats personals i estressors psicosocials configuren un risc per trastorns alimentaris.
- Períodes de transició com el pas de la infància a l'adolescència, constitueixen moments d'alt risc i períodes de reorganització de la gent i sistemes cap a la resiliència.
- Els pares i mares són una important font d'influències negatives (risc) i positiva influència (resiliència) en el pas de la infància a l'adolescència, mentre que els iguals arriben a ser cada vegada més importants en la infància tardana i l'adolescència.
- Comprendre i canviar l'ecologia multisistèmica dels infants i adolescents és un element crític en la prevenció dels problemes amb el menjar.
- L'etiologia i prevenció dels problemes alimentaris necessita ser situada en el context de la relació entre socialització de gènere, etnicitat, i risc (o resiliència) per ansietat, depressió, i altres motius emocionals.

- La infància és especialment idònia per la prevenció perquè “l'esquema de primor”, prejudicis envers la gent grassa i el greix, i els processos de comparació social encara no s'han consolidat.

Així doncs, en la base per una prevenció universal dels problemes d'alimentació i els trastorns alimentaris ha de situar-se una postura feminista i una perspectiva ecològica (Levine i Smolak, 2006, 68).

Com que la nostra vida d'un entorn ecològic fa que aprenem de diferents contextos socials, bona part de la prevenció dels TCA ha emprat la teoria de l'aprenentatge social de Bandura, o la teoria cognitiva-conductual (Levine i Smolak, 2006).

Durlak (1997 a Levine i Smolak, 2006,136) trobà cinc àmplies categories d'elements protectors:

1. Normes socials saludables dins de la comunitat, per exemple sobre fumar cigarretes o beure alcohol.
2. Polítiques socials efectives, per exemple, reforçant les lleis que prohibeixen l'accés a tabac o alcohol a menors.
3. Bona relació pares-fills.
4. Competències personals i socials.
5. Suport social directe per nens i nenes o pels adults significatius de les seves vides.

D'igual manera, i de forma consistent amb el model ecològic, s'ha trobat que les variables que es mantenen com a positives, era l'alta qualitat de les escoles, models d'iguals positius, i autoeficàcia individual.

Les teoria de l'aprenentatge social continuen oferint moltes eines útils per l'educació i el canvi de comportament, però es necessita ser transformada en una perspectiva de desenvolupament feminista, amb sensibilitat ecològica, i per la disposició dels adults per canviar en la forma que estem demanant a la joventut que canviï (Levine i Smolak, 2001, 256).

Principals conceptes en teoria d'aprenentatge social i implicacions per la intervenció (Perry, Baranowski i Parcel, 1990, 166):

Concepte	Definició	Implicacions
Ambient	Factors que són físicament externs a la persona	Proporcionen oportunitats i suport social
Situació	Percepció de la persona de l'ambient	Corregir malpercepcions i promoure normes saludables
Capacitat de comportament	Coneixement i habilitat per desenvolupar un determinat comportament	Promoure domini de l'aprenentatge a través de l'entrenament d'habilitats
Expectatives	Els valors que la persona posa en un determinat resultat, incentius	Presentar els resultats del canvi que tenen sentit funcional
Autocontrol	Regulació personal envers el comportament dirigit a l'objectiu o duta a la pràctica	Proveir oportunitats per auto-monitoreig i la contractació
Aprenentatge observacional	Adquisició conductual que succeeix mirant les accions i resultats del comportament dels altres	Incloure <i>rols models</i> creïbles del comportament seleccionat
Reforços	Respostes al comportament d'una persona que incrementa o decreix la probabilitat de reaparició	Promoure recompenses d'autoiniciativa i incentius
Autoeficàcia	La confiança de la persona en dur a la pràctica una determinada conducta	Enfocament de canvi de comportament en petites passes; buscar l'especificitat del canvi proposat
Fer front a les respostes	Estratègies o tàctiques que	Proporcionar entrenament

emocionals	són emprades per una persona per tractar amb els estímuls emocionals	en resolució de problemes i maneig de l'estrès, incloure oportunitats de practicar habilitat en situacions que despertin emocions
Determinisme recíproc	La interacció dinàmica entre la persona, conducta i l'entorn en el qual la conducta és realitza	Considerar múltiples vies pel canvi conductual incloent canvi ambiental, d'habilitats i personal.

Alguns models de prevenció de TCA poden ser aquells encaminats a produir programes d'ordinador o altres tipus de mesura dirigida a un augment de l'autoestima, ensenyant habilitats per enfrontar-se i promovent coneixements positius relacionats amb la negociació del poder i control i al significat de la relació individual amb l'ambient (Nasser i Katzman, 1999, 39).

6.1.3 Orientacions generals per a la prevenció

La promoció de la salut per l'OMS inclou millorar l'accés a la salut, desenvolupar un ambient que condueixi a la salut, enfortir xarxes socials, promoure un comportament saludable positiu i un increment del coneixement (Mayall i altres, 1996, 49).

Romano i Hage (2000, 740-741) conceptualitzen les intervencions preventives en aquelles que tenen una o més de les següents cinc dimensions:

1. Atura –preveu– un problema de conducta abans de que succeeixi. Aquest és el tradicional significat de la prevenció primària, que és més apropiat per malalties físiques que per problemes psicològics o socials. Per Romano i Hage, restringir el significat de la prevenció només en la prevenció primària és una noció massa estreta per les problemàtiques de salut mental.

2. Endarrerix l'inici del problema de conducta. Alguns esforços preventius, especialment aquells dissenyats per infants i adolescents, tenen l'esperança d'endarrerir l'inici del problema, ja que és irreal esperar eradicar per complet els comportaments inadequats com el fumar cigarretes. En aquest cas, com més s'eviti el consum de tabac, més s'avanci en el temps sense el seu consum, més probabilitats tindrà de no arribar a ser adicte.
3. Redueix l'impacte d'un problema ja existent de conducta. En termes tradicionals aquesta seria la prevenció terciària. Si es pretén reduir o aturar l'addicció al tabac es pot considerar que parlem de prevenció terciària, però si canviem de perspectiva, una fita del programa pot ser prevenir malalties cardiovasculars o del pulmó en anys propers, el programa també ha de ser considerat de prevenció primària.
4. Enforteix el coneixement, actituds, i comportaments que promouen un benestar físic i emocional. Són aquells programes que ensenyen habilitats de vida o estratègies per fer front a l'estrés. Aquests programes i estratègies estan dissenyats per inocular contra els estils de vida perjudicials i potencialment destructius.
5. Suport institucional, comunitari, i polítiques governamentals que promouen benestar físic i emocional. Són les intervencions sistèmiques que canvien els entorns on viu la gent, treballa o aprèn per prevenir problemes de conducta. Aquest punt, posa l'èmfasi en el canvi institucional més que en l'individual. Un exemple pot ser la prohibició d'anunciar alcohol o la promoció de la salut a escoles i llocs de feina.

L'abril del 2000 el National Institute of Mental Health (NIMH) dels Estats Units va reunir a diferents experts en una taula rodona per debatre al voltant de la prevenció dels TCA, així com analitzar l'estat de la qüestió i efectuar recomanacions. Es remarcà la necessitat d'aprendre de la prevenció sobre altres trastorns mentals o d'abús de consum de substàncies. Al mateix temps, s'ha comprovat que és millor intervenir sobre grups de subjectes que sobre individus aïllats (Pearson, Goldklang i Striegel-Moore, 2002, 236).

Algunes de les recomanacions de la taula d'experts per poder desenvolupar més recerca sobre la prevenció foren les següents (*ibid.*, 237-238):

- Desenvolupar definicions comunes sobre símptomes, síndromes, factors de risc, i resultats per avaluar millor el progrés en proves d'epidemiologia i prevenció.
- Encoratjar la integració d'investigació de ciència social bàsica en enfocaments de prevenció, com per exemple, avaluant els efectes del màrqueting de normes socials per reduir els factors de risc.
- Desenvolupar directrius per avaluar el mèrit científic de les proves de prevenció dels TCA, emprant línies guia desenvolupades per proves clíniques per altres trastorns, com l'abús de substàncies, com a model.
- Encoratjar la recerca en biologia, trets de personalitat, família i grups socials, i normes socials i valors, tots els quals influeixen en el desenvolupament dels TCA.
- Incrementar el coneixement sobre que els TCA són un problema de salut pública i que es necessiten els esforços en la seva prevenció. Pot ser útil unir-se a col·lectius amb interessos similars. Per exemple, la fita d'aconseguir un comportament alimentari saludable pot ser compartida amb els qui treballen en l'increment de la pràctica d'exercici físic i la prevenció de l'obesitat.
- Adoptar un enfocament que consideri l'impacte sobre la salut pública d'aquests trastorns. Analitzar percepcions, actituds i polítiques que contribueixen a la estigmatització dels desordres alimentaris.

Les característiques psicoevolutives dels nens i nenes fan que el professorat i les famílies puguin més fàcilment influir en ells al voltant de l'acceptació de la natural diversitat de pesos i figures corporals, al temps que descoratgen la comparació a imatges superprimes confeccionades des dels mitjans. Per tant, a aquesta edat es tenen destacades oportunitats per fer veure als infants que poden tenir interessos i establir amistats de diferents formes en les quals res té a veure el pes o la figura; que els homes i les dones amb una varietat de cossos i figures corporal tenen vides interessants, amb felicitat i plenes de

sentit. Així la més baixa organització de l'autoconcepte dels nens i nenes com el seu alt grau de flexibilitat situacional en l'autopercepció proporcionen una oportunitat per desenvolupar l'ego, les relacions, i altres interessos de formes que contraresten el poderós "esquema de primor" actual (Levine i Smolak, 2001, 248).

La prevenció dels comportaments alimentaris desordenats és una tentativa interdisciplinària que requereix implicació, entre d'altres, de psicologia, antropologia, salut pública i ciència mèdica. Els programes de prevenció han de ser sensibles al fet que la imatge corporal, control de pes, i hàbits de menjar estan influïts per molts factors socioculturals que inclouen, però no estan limitats a, etnicitat, orientació sexual, classe social i variacions regionals en normes i valors (Levine, Piran i Irving, 2003, 426).

Compartim plenament la perspectiva de prevenció de Levine i Smolak (2006, X), que entenen que el millor camí per facilitar la prevenció és mesclant el coneixement del camp dels trastorns alimentaris amb recerca, teoria i experiència d'altres camps del saber com psicologia comunitària, salut pública, educació per la salut, dietètica o treball social. Ja que com afirma Kiesler (2000, 51), ara és científicament indiscutible que els factors psicològics i ambientals són importants per la promoció i manteniment de la salut mental i en la prevenció, diagnòstic i tractament dels trastorns mentals. Si bé, és certa l'advertència de Bandura (2000, 300) sobre que hem de vigilar les desconexions teòriques, el fraccionament de predictors i la redundància que es pot produir en aprofitar diferents teories en una mena de conglomerat amb una connexió més aparent que real.

Històricament els experts en la prevenció dels TCA i l'obesitat han recomanat missatges de salut conflictius i contradictoris al públic (Barr, 2005, 7). Part de la controvèrsia (*ibid.*, 8) està relacionada amb moltes diferents definicions que circulen al voltant de què és fer dieta, un factor de risc pels TCA, però també un component necessari de la regulació saludable del pes. En realitat excepte pels que estan obesos o en un alt risc de sobrepès amb complicacions de salut relacionades amb l'obesitat, les recomanacions per "sobrepesos en risc" són

similars, principalment adoptar pràctiques saludables per regulació, incloent menjar àpats de forma regular, exercici regular...

Malgrat les evidències que apunten que una intervenció universal aconseguen efectes més petits que les adreçades a la població amb alt risc de contraure TCA. S'atribueix a que aquesta població pot estar més motivada a implicar-se en programes de prevenció ja que veuen que poden treure's més beneficis, no així en el cas dels de baix risc (Stice, Shaw i Marti, 2007, 209).

Si es pretén canviar pautes de conducta, dinàmiques familiars, relacions interpersonals i valors socials, totes les forces de diferents estaments de la societat s'han d'unir a una per actuar en totes les direccions possibles, ja sigui a través de l'activisme, la crítica o l'enfrontament amb els grans interessos econòmics que es mouen al voltant del *body bussiness* (Turón, 2003, 461). Per tant, necessitem accions preventives generals per canviar les actituds, s'ha d'ensenyar al jovent a descodificar els missatges culturals negatius i promoure la salut mental en general (Børresen i Rosenvinge, 2000, 102).

El nostre contacte amb joves ens causà sorpresa per la seva falta de coneixement al voltant de, per exemple, el desenvolupament puberal, tant físic com emocional. Per desgràcia, hi ha massa docents que també semblen mancar de dits coneixements. El més important és "desmitificar" el greix corporal explicant el seu vincle amb el desenvolupament de la pubertat. No obstant, sembla que la inseguretat i el sentiment d'inutilitat creixen al mateix temps que el cos, el que tal vegada plantegi un problema a les adolescents que desenvolupen característiques sexuals secundàries abans que les seves amigues (...) (ibid., 102-103).

Un nombre considerable d'escolars de primària i molts adolescents adopten els valors culturals sobre la glorificació de la primor i els horrors del greix de tal forma que resten insatisfets amb el seu pes, figura, el seu jo, i en conseqüència es veuen abocats a comprometre's en formes de menjar i control del pes insaludables. A més, la transició de la tardana infància a l'adolescència és un període d'alt risc, especialment per les nenes, pel desenvolupament d'insatisfacció corporal i de pràctiques disfuncionals de control de pes. Per tant, per a Levine i Smolak (2001, 238-239) els esforços preventius necessiten ser

concentrats en els contextos culturals, especialment per nenes, abans dels 13 anys, incloent les formes en les que els nois i els homes són socialitzats de pensar sobre la conducta, sobre els cossos i els rols de gènere. Per això, es necessiten canvis culturals importants, alguns exemples mostren la viabilitat d'un massiu canvi cultural, com els que s'han obtingut en l'augment de la participació femenina en l'atletisme i la reducció del percentatge d'homes que fumen cigarretes.

És lògic convenir que en els trastorns del comportament alimentari la prevenció primària només pot basar-se en l'anul·lació de les actituds i conductes que condueixin a les dietes restrictives en funció del desig d'aprimar-se. Atès que estem parlant de comportaments i valors profundament arrelats en la nostra cultura, la prevenció només pot consistir en una autèntica revolució cultural, encara que només fos de caràcter sectorial. Les intervencions sobre els altres factors de risc (personalitat, família, etc.) han de ser considerades positives i inclòs necessàries, però tenen un caràcter inespecífic (Toro, 1996, 325).

Uns reports centrats en la prevenció de trastorns mentals conclouien que les intervencions preventives han d'anar encaminades a reduir riscos biopsicosocials i a promoure factors protectors biopsicosocials. Entre les accions que es destaquen a nivell preventiu es troba el fet d'ajudar els pares i mares a desenvolupar millors habilitats per tenir cura dels infants –un factor de risc per delinqüència i abús de substàncies– i programes psicoeducacionals que millorin la qualitat emocional de l'ambient familiar i una comprensió per part de la família dels trastorns mentals –un factor protector contra la recaiguda en esquizofrènia– (Kiesler, 2000, 173).

Les intervencions preventives donen millors rendiments si es perllonguen en el temps, independentment dels possibles factors de risc psicològics, familiars o biològics (Børresen i Rosenvinge, 2000, 108-109).

Seguint l'exemple d'altres prevencions, està ben aconsellat que els programes preventius es dirigeixin a influències mesonivell, com per exemple, la pressió social per la primor, reforç de la pèrdua de pes, actituds anti grassos i burles relacionades amb el pes; factors macronivell, com normes culturals d'apariència en que les dones haurien d'estar primes; com també els més

tradicionals micronivells, factors com les cognicions negatives o la preocupació pel pes i la figura (Irving, 2002, 260).

Una història de trauma o de negligència és un factor de risc important a tenir en compte a l'hora de desenvolupar intervencions per prevenir els TCA, com també d'altres problemes psicològics (Mussell i Binford, 2000, 770). Tal vegada, ens sigui més fàcil i còmode educar al jovent sobre els perills de les dietes que tractant d'aconseguir el canvi social necessari per rehuir els casos de victimització sexual i física; no obstant això, el que acabem de comentar potser sigui més eficaç per disminuir la incidència dels trastorns alimentaris, com d'altres formes de psicopatologia femenina (Striegel-Moore i Steiner-Adair, 2000, 31).

En el cas dels TCA les recomanacions són molt més relatives en comparació amb altres problemes de salut pública, no es tracta de dir "no fumis", sinó d'educar en "menjar correctament", "mantenir un pes normal" o "no et deixis influir per la moda i la publicitat", etc. En conseqüència, l'acció preventiva o terapèutica ha d'estar encaminada no a erradicar una conducta com en el cas del tabaquisme o l'alcoholisme, ni a recomanar revisions periòdiques com podria ser el cas del càncer, la prevenció dels TCA *ha de modificar, normalitzant, conductes fisiològiques* (Turón, 2003, 451).

Tècnicament la fita de la prevenció pel que fa a la imatge corporal és ajudar els infants i adolescents a evitar una col·lecció de percepcions relacionades amb el cos com veure's a si mateix gras; sentiments del tipus "no m'agrada el meu cos perquè sóc grassa"; i creences com "és molt important per mi estar prim" que motiven comportaments poc saludables, així com poc saludables nivells d'ansietat, desesperança, i retraïment social (Levine i Smolak, 2001, 239).

Atès que són un model molt important per l'alumnat de Primària, que exerceix una gran influència sobre l'alumnat, els mestres s'han de presentar com a models positius pel que fa a les dietes, conductes en relació amb el pes o la imatge corporal, l'autoestima, etc.

Levine i Smolak (2006, 63) consideren que com a especialistes en la prevenció hem de perseguir que els infants, adolescents i gent adulta desenvolupin:

- Una imatge corporal positiva: sostinguda pel respecte i apreciació de la diversitat de mides corporals i figures humanes.
- Un estil de vida actiu: que impliqui caminar o anar en bicicleta en comptes de conduir o emprar ascensors; relativament poc temps gastat en un estat sedentari, picant davant del televisor. I on sigui possible, exercici moderat regular que es fa per diversió i afició.
- Bons hàbits alimentaris, incloent un increment del consum de fruita, verdura i fibres, i una disminució, que no supressió, del consum de carn vermella, greixos saturats, sal, sucre i refrescos.
- Menjar que satisfà la gana: proveeix energia per la salut, creixement i benestar, i no està regulat per dietes amb restricció calòrica i altres regles externes imposades, sinó per la gana i la sacietat.
- Menjar comunitari, trobar maneres d'assegurar que la família i les amistats seuen per compartir un àpat de forma amigable, en un ambient distès.
- Abstenir-se de fumar cigarrets i consumir altres drogues com supressors de la gana.
- Habilitats vitals per fer front a l'estrès i satisfer les pròpies necessitats de formes que no incloguin passar gana i/o anestesiar sentiments amb grans quantitats de menjar o abusant de les drogues.

Si ens atenem a un canvi social multidimensional, sembla més que clar que els mitjans de comunicació poden jugar un paper fonamental en augmentar el coneixement i motivació pel canvi, i col·laborar en la creació de normes escolars/comunitàries que no "reforcin" actituds i conductes perjudicials per la salut (*id.*). Tanmateix, Levine i Smolak (*ibid.*, 102) consideren que és possible que la influència dels mitjans de comunicació, com en el cas de la preocupació pel pes només afectin en presència d'altres.

L'àrea d'alfabetització sobre els mitjans de comunicació continua sent una prometedora via per adherir els infants i adolescents en aprendre sobre la relació entre els factors socioculturals i la imatge corporal, incrementant les "habilitats de vida" pel pensament crític, la presa de decisions, i els discurs

clars; i adoptant un sentit d'*empowerment*, com a grup i com a individus, de parlar clar contra el que es percebut i sentit com injust, com els prejudicis contra la gent grassa o la discriminació de les nenes i dones (Levine i Smolak, 2001, 251-252).

Per Corral (1997, 139) les claus educatives que s'han de treballar per prevenir l'anorèxia nerviosa es divideixen en individuals i familiars. Pel que fa a les primeres inclou l'autoestima, autoimatge, comunicació interpersonal, assertivitat, autonomia personal, integració social, judici crític, rol femení, perfeccionisme. I pel que fa a les segones, s'ha de considerar la sobreprotecció, la comunitat, l'afectivitat, els valors i el control dels mitjans de comunicació. De totes les variables emprades en estudis prospectius, les que es basen en la insatisfacció corporal, i preocupacions sobre ser o arribar a ser massa grassos són probablement els predictors més fiables de TCA i els seus components (Levine i Smolak, 2006, 102-103).

Alguns dels factors exitosos dels programes en prevenció primària i programes en promoció de la salut mental han incorporat una perspectiva ecològica del desenvolupament (Bond i Carmola, 2004, 204 i següents):

- Han de tenir clarament definits els propòsits i les metes.
- S'han de basar en teoria i recerca científica tant en el seu contingut, estructura i implementació.
- Consideren forces existents, competència, benestar i factors protectors així com riscos i dificultats dels individus i sistemes.
- Incorporen avaluació en el seu disseny.
- Són estructurats, transferibles i traslladables.

Tanmateix, també existeix el perill que es faci més mal que bé com ha passat en algunes intervencions de prevenció primària i secundària. Al mateix temps, s'ha d'anar amb compte que més que avisar sobre els perills dels TCA, no s'ensenyi com ser un existós trastornat, alimentàriament parlant. Børresen i Rosenvinge (2000, 110-111) veuen que donar informació sobre nutrició sana també pot ser contraproductiu, atès que els consells per part de personal expert sobre els aliments necessaris per dur una vida saludable acaben preocupant a

les nenes i soscaven el seu control i confiança en l'alimentació. Potser sigui cert, en part, allò que diuen perquè aquest tipus de consells semblen contenir un missatge moralista encobert. Així que paradoxalment aquest tipus de consells funcionen com les pressions socioculturals, si els adolescents reben aquesta classe d'informació conjuntament amb dades sobre els trastorns alimentaris, el resultat final pot ser potencialment negatiu, o si més no confús. Per tant, amb els efectes negatius en ment, aquests coneixements s'han de transmetre en un context "normal", no com part de "llicions especials sobre els trastorns alimentaris".

Una de les raons dels fracassos sobre la prevenció dels TCA per produir canvis de comportaments, per Franko i Orosan-Weine (1998, 470) tenen a veure amb el buit que hi ha entre el poder de les forces culturals i el limitat abast de les habituals presentacions didàctiques. Consideren que és possible que les representacions culturals com Barbie o els anuncis de les revistes siguin una força massa poderosa per superar-la en vuit llicions breus impartides durant un curs escolar, i a més, tenint en compte la discrepància que es dona entre coneixement i conducta.

Ara com ara, les accions destinades a prevenir l'obesitat tampoc no han estat gaire efectives. Una de les raons per aquest fracàs és que no han estat capaços de vèncer els següents mites que abunden als Estats Units (Levine i Smolak, 2006, 61-62):

- Estar prim és saludable, bo i maco; estar gras és poc sa, dolent i lleig.
- Fer dieta, acompanyat d'una mentalitat de dieta que emfasitza classificar els menjars en "segurs" i "perillosos", és una bona manera per la gent de gestionar el seu pes i arribar a ser més prims.
- La gent grassa no està sana, és lletja i responsables de la seva condició per causa de la seva manca d'autocontrol o de tenir altres problemes psicològics.
- A qualsevol mida, el teu pes és molt important i un clar marcador del teu estatus de salut, i àdhuc els més petits increments de pes són perillosos.

Aquests mateixos obstacles que provenen d'aquests missatge erronis esdevenen impediments per a la prevenció dels problemes d'alimentació, per tant, la controvèrsia aparent entre prevenció d'obesitat o TCA s'evapora, evidenciant que els i les especialistes han de trobar un paradigma que aglutini els interessos comuns que són molts, com el promoure menjar de forma sana, l'exercici saludable i una imatge corporal positiva (*ibid.*, 62).

Davant la pregunta de per què no funcionaven les accions preventives no acaben de funcionar, M^a Carmen González (a Matey, 2005), coordinadora de l'Associació en Defensa de l'Atenció de l'Anorèxia i la Bulímia (ADANER), aseverava *fins ara estàvem fent campanyes directes a les escoles a nens de 12 anys, però ens hem adonat que s'ha de començar abans. De fet, els casos s'estan elevant molt entre els petits de sis, set o vuit anys. Per altra banda, s'ha de seguir conscienciant als pares que certs hàbits són nocius pels menors. Menjar veient la televisió a la que contínuament apareixen imatges de cossos perfectes associats a l'èxit és perjudicial. I tot amb un bombardeig de notícies esborronadores de guerres, atemptats... quin tipus de societat estem ensenyant? No és d'estranyar que s'esfondrin davant un futur que sembla desencoratjador. I aquest factor psicològic, que abans causava més depressió o ansietat, està precipitant els trastorns alimentaris perquè també entren en joc els factors socioculturals.*

Com que cada assumpte té les seves pròpies especificitats l'educació per la salut ens proporciona idees –a vegades molt adaptables– que ens són de gran utilitat, emperò, és imprescindible considerar les característiques intrínseques segons el que es pretengui prevenir. Així doncs, exemples com el tabac, en que les actuacions més efectives contra el seu consum han estat l'augment del seu preu, la prohibició de publicitat sobre tabac, la prohibició de fumar en espais públics o prohibir la venda a menors d'edat (Macfarlane, 2005, 4) ens poden servir parcialment atesa la seva impossible translació al camp dels TCA, ja que, els trastorns alimentaris podríem dir que es mouen sovint en el límit de conductes socialment admeses. Ara bé, si parem la vista enrere, moltes de les actuals mides que estan aconseguir disminuir el consum del tabac, feia unes dècades eren impensables. Tal vegada la via punitiva, hagi de ser un recolzament necessari si es vol aconseguir una major efectivitat en la prevenció

dels TCA, com per exemple pot ser-ho el que hagin prohibit desfilars en algunes passarel·les a models per sota d'un IMC saludable, però resulta clar que s'ha de canviar el discurs dominant, si més no poder oferir un discurs alternatiu al de ser maques i primes.

Respecte a la via legislativa en sentit estricte, un exemple és la proposició no de llei que Esquerra Republicana de Catalunya efectuà al Congrés dels Diputats per a que es restringís la venda de laxants i diürètics, es regulés la publicitat dels productes saciants i es suprimís la imatge del pes ideal a la publicitat adreçada a adolescents (Terra Actualidad, 2006).

Les recomanacions del CAC de l'any 2007 sobre el tractament de l'anorèxia i la bulímia nerviosa als mitjans de comunicació audiovisual inclouen els següents punts:

- La publicitat de productes destinats a la pèrdua de pes no ha de ser enganyosa. Per tant no s'haurien de presentar com a miraculosos, no atorgar-los propietats nutritives que no tinguin, com tampoc no presentar-los com imprescindibles.
- En horari protegit, no incloure publicitat sobre productes per perdre pes perquè poden generar confusió i/o imitació entre els infants i joves.
- La publicitat de productes alimentaris ha d'anar avalada per professionals de la dietètica.
- La publicitat de productes alimentaris tipus barretes, snacks, etc., no pot presentar-se o suggerir-se com a substituïts dels àpats habituals.
- S'aconsella incloure als productes destinats per perdre pes una advertència com la del tabac, del tipus "aquest producte emprat de forma abusiva pot conduir a un TCA".
- Seria necessari elaborar un codi d'autoregulació de la publicitat dels productes o serveis per perdre pes.
- Diversificar les fonts informatives i demanar assessorament a persones expertes en TCA.

- Cal evitar la banalització i simplificació d'aquests trastorns. Per això, quan es presentin s'han d'explicar el seu context, tant simptomatologia com conseqüències.
- Presentar situacions en les quals es promoguin hàbits saludables derivats d'una alimentació correcta.
- Les empreses audiovisuals, en la mesura de les seves possibilitats, han d'afavorir i incentivar la formació de les persones que hagin d'abordar els TCA.
- Parlar de les persones afectades de TCA de forma digna, com referir-se a la persona i no denominar-la per la malaltia o incorporar prejudicis en l'afrontament dels trastorns.
- Evitar quan s'abordi directament el tractament morbós i sensacionalista en les imatges i en el contingut.
- Tenir molta cura amb la informació que es proporciona per l'efecte contrari que pot provocar, especialment en el col·lectiu d'alt risc, per tant millor no oferir noms de medicaments per perdre pes, no facilitar adreces pro Ana i Mia, no donar a conèixer llistats de mètodes per aprimar-se, ni de dietes.
- Evitar les dietes en els programes per menors de 18 anys, i en cas d'adults que siguin elaborades per experts, dins de seccions de salut clarament identificades.
- Respectar el dret a la intimitat de les persones afectades de TCA i els seus familiars, tal com recull el codi deontològic del periodisme.
- Reforçar la fase de documentació per elaborar guions i consultar a persones expertes en TCA. Si algun personatge presenta algun d'aquests trastorns, s'ha de presentar com el que és, com un problema de salut greu i que necessita ser tractat per un equip multidisciplinari. Tanmateix, s'ha de parar atenció al possible efecte imitació.
- Defugir els cànons de bellesa extremadament prim.

- A la televisió evitar els cossos extremadament esquelètics de les malalties, ja que les conseqüències no són tan sols físiques, també en té de greus a nivell psicològic.
- A la ràdio, tenir molta cura amb el llenguatge, evitant imatges mentals que puguin dur a l'error i a la confusió.
- És necessari aprovar un codi ètic per internet que inclogui el tractament de malalties com els TCA.

6.1.4 Experiències concretes

Contento, Balch i Bronner (1995 a Casazza i Ciccazzo, 2007, 74) suggereixen tres components per a tenir èxit en intervencions sobre la dieta: la cognitiva, l'afectiva i la conductual. El component cognitiu es centra en proveir informació pertinent i concurrent sobre missatges de salut. El component afectiu es dirigeix a les creences, actituds i percepcions associades amb un estil de vida saludable. Emprant per aquesta aproximació, trucs i estratègies per canviar conductes ofertes. El component conductual es centra especialment en el procés de canvi, definició d'objectius, adquisició d'habilitats, incentius i disponibilitat. Aquesta aproximació (re)força els individus a ser responsables de les eleccions que ells fan. Els participants creen accions encaminades a un estil de vida saludable, incloent: millora de la dieta, incorporació d'activitat física i control del pes.

Els esforços preventius que apuntin a evitar els problemes d'alimentació a la infància haurien d'animar les habilitats paternes que convidin a la varietat i la moderació, al mateix que temps que, aquells que ajuden als infants a fer eleccions raonables sobre què i quant consumir. D'igual mode, la prevenció no tan sols s'han de centrar en la qualitat de les eleccions que els infants fan sinó també en la qualitat global de les eleccions que es posen a l'abast de les criatures. S'han de proporcionar suficients oportunitats en les quals els infants puguin experimentar i consumir els aliments que haurien de ser consumits en més gran proporció, com fruita, verdura i fibres, però per això és molt important el model que ofereixin els progenitors als seus fills i filles, incloent en el mateix

la varietat d'aliments, especialment fruites i verdures i menjar amb moderació àpats d'alta densitat energètica (Fisher i Birch, 2001, 34).

Segons Neumark-Sztainer i altres (2000, 1466) diferents investigacions han suggerit que la prevenció és més efectiva si s'evita l'inici de comportaments poc saludables, més que intentar aturar-los. Per tant, veuen adient adreçar-se a les noies pre-adolescents, ara bé, s'ha de tenir molta cura que la intervenció transmeti realment el que es pretén, i que no generi preocupacions pel pes, o en sentit oposat, manca de preocupació envers el pes excessiu i les seves conseqüències per la salut. Una de les vies que proposen és desenvolupar el sentit crític dels mitjans de comunicació.

La suggestió de símptomes pot resultar contraproductiu, atès el risc existent d'una possible imitació de les conductes de risc. A més, si no proporcionem actituds i conductes, la mera transmissió de contingut més conceptual, informació, no resulta eficaç perquè només es modifiquen els coneixements. A més no s'ha de posar l'èmfasi en els aspectes negatius, s'ha d'enfocar l'actuació de forma positiva. D'igual mode, els programes de prevenció són més eficaços quan s'apliquen de forma continuada, no en forma campanyes aïllades i descontextualitzades, i quan es dirigeixen a edats infantils i juvenils (Ruiz-Lázaro, 2004).

Per tal que un programa psicoeducatiu escolar tinguin èxit, és a dir, obtingui resultats positius, Børresen i Rosenvinge (2000, 110) consideren que és convenient motivar l'alumnat perquè duguin a terme un paper actiu en la crítica de l'alimentació, la cultural de la primor i els factors de risc dels TCA.

El conreu de pensament crític sobre l'"aparença" als mitjans pot no resultar en una més gran satisfacció corporal, per això, ensenyar als individus a ser més crítics de les imatges externes pot no traduir-se en una major acceptació de diferents figures corporals i del propi cos, en particular. Per aquesta causa, s'ha suggerit que els programes per promoure pensament crític sobre l'aparença als mitjans es beneficiarien d'adoptar un enfocament feminista, un que anés més enllà d'augmentar la consciència sobre els *media* a *empowering* els participants a actuar i rebutjar normes culturals a un nivell personal i polític (Irving, 1999, 71).

Una sessió de presentació que emfasitzi els detalls lúgubres i perills dels TCA no només és inefectiva, sinó que a més pot transmetre pràctiques no saludables com purgues i control de pes (Levine, Piran i Irving, 2003, 426). Més aviat, diferents investigadors aposten per canviar l'ecologia dels infants i adolescents com a pas ineludible per a la prevenció dels TCA i altres problemes socials i de salut (Barr, 2005, 10).

Les recerques han mostrat que en comparació amb la població adolescent, els infants tendeixen a tenir un sentit de control percebut més gran sobre les seves característiques personals i accions, o sigui, que és menys probable que atribueixen influència a contextos socials, en conseqüència, és més probable que puguin ser assertius i segurs de si mateixos en la cerca dels seus interessos i defensar el que creuen. L'assertivitat d'aquest tipus, com un component del desenvolupament de la pròpia actitud, hauria de ser potenciada en les nenes com una part d'una saludable del rol de gènere femení (Levine i Smolak, 2001, 248).

Com que la influència del model estètic imperant és present a edats molt primerenques, amb l'afegit que el començament dels TCA és més freqüent que es doni a l'adolescència, han fet que diferent personal investigador consideri convenient actuar entre els 9 i els 12 anys. Així mateix, es creu convenient que en la prevenció primària, sembli més adequat centrar-se en temes associats amb habilitats socials, resolució de conflictes, autoestima, imatge corporal, publicitat i mitjans de comunicació i hàbits alimentaris (Solano-Pinto i altres, 2004).

També com suggereixen Levine i Smolak (2000, 69) és molt important que sigui possible que les dones es subministrin mútuament recolzament social per abandonar els cercles viciosos d'una imatge corporal negativa, les dietes i l'augment de pes. De totes maneres com diuen el citats experts, és probable que l'activisme econòmic i polític que afecti els comptes de les grans empreses siguin tant important o més que el poc probable augment de la promoció de la salut a través dels mitjans, que van plens de tants missatges perniciosos referits al pes, la silueta, l'alimentació, els rols de gènere, etc. Un exemple és de 1988 quan l'associació ANAD, dirigida per la doctora Vivian Meehan,

organitzà una campanya de petitoris i cartes per protestar contra una campanya publicitària que tenia un eslògan gens saludable, “ningú és massa ric ni massa prim”; o bé, el d’un grup de professionals del camp dels TCA que protestaren contra un anunci en què una nena de cinc anys es negava a menjar una porció de pastís d’aniversari perquè “s’aniria directe a les meves caderes”, aconseguint que més tard l’empresa retirés la publicitat.

L’activisme conté dos grans objectius propis de la prevenció. En primer lloc, destaca la possibilitat d’educar les empreses sobre les conseqüències socials i econòmiques dels missatges publicitaris perjudicials per la salut; en segon, ofereix als infants i adolescents un exemple del poder de la col·laboració entre dones lluitadores i homes respectuosos (*ibid.*, 70).

Els primer intents per prevenir els TCA van intentar fer-ho des de l’escola, però els inicis foren un xic decebedors perquè, si bé augmentaven el coneixement dels joves sobre l’entramat que envolta el món dels desordres alimentaris, no aconseguien modificar la seva conducta (Carter i altres, 1997, 167-168). Aquest és el gran dilema, augmentar coneixement és relativament fàcil, però fer-ho al temps que s’aconsegueixen canviar comportaments o valors és una missió que revesteix de molta més dificultat. A l’estudi de Carter i altres (1997, 171), obtingueren bons resultats a curt termini, però després de sis mesos semblava que tot plegat havia estat contraproductiu, ja que es recuperaren, i fins i tot amb algun augment, els nivells inicials respecte a les característiques dels TCA. El seu programa anà adreçat només a noies d’entre 13-14 anys, integrat al currículum, i durant vuit setmanes en sessions de 45 minuts, treballaven diferents temes com la pressió sociocultural cap a les dones perquè facin dieta i tinguin una figura determinada, imatge corporal i autoestima, control del pes i efectes de les dietes, el desenvolupament dels trastorns alimentaris i les seves conseqüències, etc.

El poc èxit inicial dels programes de prevenció de TCA, des de la perspectiva feminista es considera que succeí per tres grans motius. El primer, que estaven centrats en els problemes alimentaris i actituds individuals i negligien el context en el qual aquestes actituds i comportaments es donaven. El segon, que estaven enormement estructurats i en conseqüència, no eren sensibles a les

necessitats de la població amb la qual s'actuava. I el tercer, que adoptaven més aviat la visió de "malaltia" més que una aproximació de "benestar", centrant-se en la patologia més que en el *empowerment* i la resiliència (Irving, 2002, 256)

També és possible com diuen Striegel-Moore i Steiner-Adair (2000, 27) que els esforços de prevenció fins al moment hagin fracassat no tan sols perquè passin per alt el context social, en el qual circulen missatges com "és terrible tenir una cintura ampla" o "ningú és massa ric ni massa prim". No menys important és que ignoren classes senceres de factors de risc que contribueixen al desenvolupament dels trastorns alimentaris però que els programes de prevenció no prenen en consideració. D'igual mode, els programes que apunten a eliminar una alimentació pertorbada potser no vegin que aquest desordre pot ser utilitzat com un mecanisme de superació en resposta a un gran nombre de dificultats i tensions.

Una intervenció preventiva de prometedors resultats fou la duta a terme per Kater, Rohwer i Levine (2000 a Levine i Smolak, 2001, 243): a través de deu lliçons a l'escola elemental nens i nenes d'entre 9 i 12 anys, classificades en tres categories de continguts. En una d'elles s'ajudava als infants a comprendre "què no poden i no haurien d'intentar controlar": els canvis en el seu desenvolupaments produïts per la pubertat, l'impacte de la genètica en la talla i figura, i els impactes a curt i llarg termini de la restricció calòrica a través de dietes. En la segona, ensenyava les criatures "què poden controlar", és a dir, desenvolupament d'una identitat multifacètica, moderació i varietat en la nutrició i l'exercici, i selecció de *role models* reals i ecoratjadors. I en la darrera, les lliçons es centraven en el desenvolupament de la resiliència enfront missatges corporals insaludables sobre primor i control de pes, amb un especial èmfasi en el pensament crític sobre els mitjans i sobre la història de les actituds culturals pel que fa a la imatge corporal.

L'anàlisi de Cuijpers (2003, 1385) ha mostrat que alguns programes de prevenció en salut mental són capaços d'enfortir els factors protectors, com les habilitats socials, habilitat per resoldre problemes, habilitat per fer front a les situacions estressants, comportament pro-social i suport social, i que aquests

programes poden reduir les conseqüències dels factors de risc, símptomes psiquiàtrics i abús de substàncies, i per tant, poden tenir efectes econòmics positius. Una de les principals raons per les quals la prevenció de nous casos de trastorns mentals s'ha examinat poc és el gran nombre d'individus que es necessiten per aconseguir dades estadísticament significatives.

Neumark-Sztainer i col. (1995 a Mussell i Binford, 2000, 777-779) basaren el seu programa de prevenció en la teoria de l'aprenentatge social de Bandura. Neumark-Sztainer i col. recomanaven que els programes de canvi haurien d'encarar factors ambientals, personals i conductuals així com la relació entre ells, atès que els canvis en un sol factor és esperable que reforcin els canvis en altres factors. Les principals fites del seu programa foren:

1. Modificar coneixements, actituds i comportaments pertanyents a la nutrició i al control del pes.
2. Millorar imatge corporal.
3. Facilitar una millora de l'autoeficàcia per combatre la pressió social relacionada amb el pes i les qüestions alimentàries.

L'enfocament del seu programa dut a terme a l'institut fou molt participatiu, l'alumnat havia de compartir pensaments i debatre tant en petits grups com en grans, i crear pòsters, normes de classe, etc. Al mateix temps, el professorat va rebre una formació específica per tal que poguessin ser competents en les converses informals amb l'alumnat com per exemple en assumptes relacionats amb les seves preocupacions pel pes. Els resultats d'aquesta recerca foren força optimistes, ja que havien augmentat els coneixements nutricionals i oferien un model d'àpats més regular dos anys després d'haver rebut la formació en comparació amb el grup de control. A més, la intervenció va ser associada com a preventiva de l'inici del trastorn per afartament i de fer excessives dietes. Igualment, el programa resultà de gran ajuda per les noies amb sobrepès. També és important que el programa fos molt ben valorat pels estudiants com per tot el personal que hi participà.

Les recerques sobre la influència dels mitjans de comunicació suggereixen que ens hem de centrar intensament en perspectives teòriques per comprendre els

efectes dels mitjans. A més, el treball preventiu treballant els mitjans ha de ser una prioritat (Thompson i Heinberg, 1999, 344). Els programes que han augmentat la consciència sobre els mètodes dels mitjans i les habilitats per rebutjar les manipulacions mostren uns inicials resultats positius (*ibid.*, 350).

Els pares i mares, com a responsables de l'educació dels fills, han de fomentar l'esperit crític davant els mitjans de comunicació i sobretot davant dels cànons estètics de primesa extrema en infants, adolescents i joves, ja que es considera col·lectiu de risc (CAC, 2007, 9).

És clar que el treball sobre la publicitat és important, és a dir, la seva comprensió crítica. S'ha de fer pensar sobre la mateixa, fent veure que és un gran negoci i totes les imatges estan prèviament molt estudiades i elaborades.

Hi ha anuncis que es fan utilitzant fotografies de parts del cos de diferents noies i que es presenten com si fos una sola imatge. D'altres prometen una cara sense arruga, però el que fan en realitat es posar com a model una noia de quinze anys maquillada com si fos gran (i, és clar, als quinze anys és molt difícil de tenir arrugues!) (Raich, 2002, 132). De fet, la lògica tan infantil de molts anuncis, així com la seva estructura narrativa fa que siguin uns bons objectes d'estudi per a infants de Primària.

Als nens i adolescents se'ls ha de reduir riscos i promoure la seva competència; ensenyar a acceptar un ampli rang de siluetes corporals, guiar el desenvolupament d'interessos i habilitats; dotar de competències; clarificar valors; educar en una alimentació saludable emfasitzant no saltar-se àpats i realitzar com a mínim algun àpat diari amb la família, ensenyar eines d'assertivitat per resistir les bromes i la pressió social dels iguals, a ser empàtics, a tenir una conducta prosocial, educar sobre el desenvolupament corporal i l'afectivitat-sexualitat per evitar ansietats durant les crisis de l'adolescència, treballar la seva autoestima i autoconcepte; entrenar-los en habilitats socials, de comunicació i de maneig de l'estrès; ensenyar-los a gaudir del temps de lleure amb un oci saludable sense necessitat de recórrer a tòxics (Ruiz-Lázaro, 2004).

Pel que fa a la prevenció, la família pot proporcionar l'ajuda necessària perquè els infants aprenguin hàbits saludables amb el menjar, actituds saludables

sobre el pes i qüestions corporals, fomentar la comunicació... Chandy i altres (1995 a Steinberg i Phares, 2001, 138) varen identificar uns factors protectors rellevants de cara al treball amb les famílies. Centrant-se en els adolescents, apuntaren que els que tenen progenitors que no fan un ús erroni de l'alcohol, així com els que oferien suport i no empraven comentaris negatius en relació al cos, semblava que protegeixen els seus nans de desenvolupar un TCA.

Des de l'escola també es pot actuar de diferents maneres, intentant canviar determinats trets de la cultura escolar com l'assetjament sexual, bromes i comentaris sobre el pes o els models d'insatisfacció corporal que pot oferir el professorat (Piran, 1995 a Smolak i Levine, 2001, 57).

Intervencions a escoles d'alt risc, com les escoles residencials de dansa, s'han centrat en protegir els i les estudiants que estaven en procés de creixement i desenvolupament. Per exemple, en la duta a terme per Piran (1999, 85) en nois i noies de 10 a 18 anys els estudiants rebien freqüents i consistents missatges sobre la importància d'un creixement saludable sense interrupcions i sobre l'acceptació de diferents figures corporals i diferents trajectòries de desenvolupament.

Sembla prou clar com s'ha dit i alguns programes han dut a terme, que la prevenció ha de tenir caràcter pluridisciplinar. Un cas el trobem en Piran (*ibid.*, 87) –el seu programa afirma que aconseguí canvis consistents en l'actitud i el comportament–, dins el seu programa preventiu a una escola residencial de dansa, va incloure àrees que típicament no han estat incloses en els programes de prevenció de TCA: es va introduir a l'alumnat com molt rellevant l'impacte de l'assetjament sexual, els desequilibris entre gèneres i altres prejudicis sobre la imatge corporal. Piran també destaca que el seu programa seguia un model participatiu.

La televisió ja ha estat un mitjà emprat, conjuntament amb el material didàctic per l'aula, per produir estratègies preventives. Es va produir una sèrie de 13 capítols –*Freestyle*– i una sèrie de materials curriculars adjunts. Els episodis estaven dissenyats per promoure conceptes més saludables sobre els rols de gènere en nens i nenes de 9 a 12 anys, fent èmfasi en les activitats protectores cap als nens i en les de coneixement de mecànica, ciència i atletisme entre les

nenes. L'avaluació del programa mostrà un increment de les actituds positives cap als homes i les dones que duen a terme rols i tasques no tradicionals (Levine i Smolak, 2000, 68).

Com és obvi part de la filmografia habitual també ofereix missatges positius de caire inespecífic que inciten a la comprensió crítica del món, i fins i tot al *empowerment* femení, en oferir dilemes morals, o situacions controvertides en les quals es poden trobar les noies en un món que els hi té atribuït uns rols molt tancats¹¹⁴.

En la seva intervenció preventiva sobre població adolescent, Solano-Pinto i altres (2004) es plantejaren els objectius següents:

- Transmetre estratègies als adolescents per fomentar el desenvolupament d'un concepte positiu de si mateixos i dels altres.
- Reaccionar correctament davant els sobrenoms i les burles.
- Desenvolupar crítiques sobre la pressió sociocultural dels cossos primers.
- Adquirir els coneixements bàsics de nutrició i comportaments adequats per una alimentació equilibrada.
- Reforçar i/o desenvolupar habilitats socials.

En el taller els continguts estructurats per sessions proposaren els següents encapçalaments:

1. Alimentació equilibrada.
2. Creences errònies associades a l'alimentació equilibrada.
3. Habilitats socials: recolzant en un problema. Afrontant burles.
4. Autoestima.
5. Publicitat i valors.
6. Sessió interactiva: pensaments.
7. Pensaments, emocions i habilitats socials: expressió de l'ira.

¹¹⁴ Un dels tants exemples el podem trobar a la pel·lícula "Vull ser com Beckham", on es presenta una adolescent d'origen indi que viu a Anglaterra que lluita per poder fer la seva en el món del futbol, un espai que a priori per motius ètnico-culturals li apareix vetat, posant així en qüestió una idea preconcebuda de feminitat.

El programa que avaluava el grau d'incidència dels missatges de prevenció d'insatisfacció de la imatge corporal en noies adolescents de Durkin i altres (2005, 383) s'establia al voltant de sis missatges clau.

1. Les imatges dels mitjans no són reals.
2. Les imatges dels *media* no representen la varietat de figures i talles de les dones reals.
3. Aparença no equival a quan vals.
4. La primor no equival a atractiu.
5. Canvis corporals durant la pubertat.
6. L'aparença física de cada persona està determinada pels seus gens.
7. L'ideal d'imatge corporal canvia al llarg de la història i entre cultures.
8. No caiguis en la trampa de la comparació.
9. Parlar de greix provoca que totes les que noies s'acaben sentint malament amb el seu cos.
10. Definició d'insatisfacció corporal, pot ser voler pujar de pes o voler baixar de pes, pot tenir moltes vessants.

Els que més credibilitat aconseguiren foren els 1,7 i 8.

En els materials elaborats per joves de 12 a 16 anys a l'Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia (ACAB) per Carretero i altres (2004), per tal de contribuir a la prevenció inespecífica dels TCA, s'estructuraren en quatre mòduls:

1. Alimentació i nutrició: conceptes, bona alimentació, nutrients dels aliments i racions normals.
2. Autoestima i habilitats de comunicació: concepte, condicions per al seu desenvolupament.
3. Imatge corporal: concepte, distorsió imatge corporal i els cànons de bellesa i la seva evolució històrica.
4. Valors: la salut i el benestar, el respecte i l'elegància, la responsabilitat i la llibertat.

López Madrid i Sallés (2005, 28-29) recullen diferents mites que circulen al voltant dels TCA, com ja s'ha esmentat el mer coneixement conceptual no és suficient però sí necessari en molts casos. Si ens atenem a la població objecte de la nostra acció preventiva, semblen pertinents que els mites es treballin en l'entorn ecològic dels infants perquè no circulin idees errònies al voltant dels mateixos que puguin entorpir la prevenció, o una possible detecció dels mateixos.

Mites	Realitats
Només les noies adolescents de classe mitja alta poden patir un TCA.	Són el fragment de població més representat, però s'amplia als nois i a altres edats.
Les persones amb TCA estan molt primes.	Les persones amb TCA poden tenir molts pesos diferents, l'extrema primesa només succeeix en el cas d'una fase d'anorèxia. Inclòs una malalta pot oscil·lar molt de pes.
No pot ser anorèxica una persona que menjar quan ha de fer-ho. Si menjo tres àpats al dia (o menjo molt al llarg del dia) i mai em purgo ¿Com puc tenir un TCA?	La restricció de menjar i calories es pot fer de diferents formes: desdejuni, saltar-se àpats, prohibir-se aliments, no menjar uns dies per menjar "normalment" altres, etc. Les carències poden ser de calories o nutrients bàsics, no de menjar en si.
Menjo xocolata/dolços/entrepanes... és impossible que sigui anorèxica.	Encara que gent afectada de TCA s'autoprobeixi aliments, altres malaltes utilitzen aquests aliments en els seus afartaments. A més, poden ingerir menjar de baix valor nutritiu com el menjar escombraries perquè els proporciona una falsa sensació d'energia i els calma la gana.
Jo no em provocho el vòmit o uso laxants, no puc tenir bulímia.	Hi ha altres mètodes de "compensar" la ingesta que la persona creu excessiva com fer molt exercici, eliminant àpats o aliments...

<p>Prenc suplementes de vitamines/minerals. No em pot passar res.</p>	<p>Els suplementes poden retardar l'aparició de certes infeccions, però no protegeixen davant a les greus seqüeles físiques, psicològiques o la sensació d'estar atrapat/da pel seu propi problema.</p>
<p>No em puc morir d'això.</p>	<p>Els TCA són, potser, els únics trastorns mentals que poden conduir directament a la mort del pacient.</p>
<p>El meu fill/a-nebot/da-amic/ga menja bé quan està amb mi. No pot tenir un TCA.</p>	<p>La gent malalta si no pot esquivar un àpat, pot menjar "normal" quan està en companyia, després a soles, és quan efectua les conductes inapropiades: desdejunis, restriccions, purgues, afartaments...</p>
<p>Els TCA són només una qüestió de vanitat i per voler presumir.</p>	<p>Els TCA tenen més a veure amb la manera de fer front a la vida i a un/a mateix/a, que amb voler treure's quilos de sobre.</p>
<p>Això és només una fase...</p>	<p>Els TCA no són una qüestió de "fases". Sempre requereixen d'ajuda, sinó es complicaran i es cronificaran.</p>
<p>Si pogués fer que mengés/ que no s'afartés/ que no vomiti/ ... es resoluria el problema.</p>	<p>Centrar-se en les conductes anòmales respecte la ingesta de menjar és un error, ja que, la persona pacient utilitza el control sobre el cos i la ingesta per la por, o amb l'esperança, de poder controlar altres aspectes de la seva vida.</p>
<p>No et pots restablir completament si has patit un TCA.</p>	<p>La recuperació porta un llarg temps, però amb treball dur i el tractament adequat, una persona malalta es pot recuperar completament el seu trastorn alimentari.</p>
<p>Els homes amb TCA són sempre homosexuals.</p>	<p>L'opció sexual de la gent no té una relació directa amb el fet de contraure una malaltia</p>

	d'aquest tipus.
La gent amb anorèxia no té afartaments ni es purga.	Moltes persones amb anorèxia realitzen afartaments i conductes purgatives.
Les persones amb TCA el tenen per fer mal a la seva família o amistats.	La gent amb TCA es fa mal a si mateixa, a més, normalment es preocupen molt quan veuen la preocupació o mal que causen al seu voltant per culpa de la seva malaltia.
Menjar compulsivament no és un TCA.	És un TCA tan seriós com l'anorèxia o la bulímia nervioses.
Els que mengen compulsivament són només persones vagues.	Aquestes persones empren el menjar com la gent amb anorèxia o bulímia. És una resposta davant els problemes no saben afrontar d'una altra manera.

Perpiñá (2000, 153-154) considera que procurant tenir present els tres nivells de prevenció una política preventiva global hauria de contemplar els següents tòpics al voltant dels TCA:

- Què són.
- Conseqüències físiques.
- Epidemiologia.
- Causes múltiples i models comprensius.
- Mites i idees errònies.
- Formes d'evolució dels trastorns.
- Pes corporal i la seva regulació fisiològica.
- Educació nutricional i de l'exercici físic.
- Conseqüències adverses dels règims i del desdejuni.
- Conseqüències adverses de les conductes purgatives.
- Valors estètics i significat del cos.

- Concepte d'imatge corporal.
- Altres maneres de solucionar problemes.
- El camí cap a la recuperació.
- El paper de la família: què fer.

L'ONG *Protegeles* treballa en la prevenció de problemes i protecció de la infància a les TIC. Posaren en marxa una campanya de prevenció de l'anorèxia i la bulímia a internet amb el títol "Tu eres más que una imagen". L'objectiu de la mateixa era oferir recolzament a les menors que s'estaven introduint en el món dels TCA, emprant les noves tecnologies com a eina preventiva, i fins i tot com a mitjà per oferir una primera atenció personalitzada mitjançant la feina amb professionals de la psicologia especialistes en l'atenció a menors amb TCA¹¹⁵. Més que substituir l'atenció presencial, pretenien aconseguir la conscienciació i disposició de les menors per sol·licitar-lo.

L'Acadèmia pels Trastorns Alimentaris dels Estats Units el 2007 va redactar una sèrie de línies guia per la indústria de la moda. Algunes de les quals malgrat que es centren en la indústria, com que es centren en la imatge corporal ens són de d'utilitat:

- Adoptar una edat lliendar fent que les models tinguin com a mínim 16 anys per reduir la pressió que senten les adolescents envers l'exageradament prim model de bellesa femenina.
- Adoptar un IMC per homes, dones i joves que vagi d'acord amb estàndards saludables.
- Desencoratjar l'ús de tots els mètodes no saludables per controlar el pes com el vòmit, laxants, diurètics o píndoles de règim. Incrementar les mesures educatives adreçades a estudiants de model i models professionals, els seus agents i treballadors per reduir els múltiples riscos de salut dels diferents mètodes insans de control de pes.

¹¹⁵ La denúncia de l'existència de les pàgines web –pro anorèxia i bulímia– formà part d'una campanya anterior de l'ONG del 2004, amb el títol "Anaymia.com" (www.anaymia.com).

- A través d'iniciatives educatives fer adonar a qui treballa en el món de la moda dels perills de estar per sota de pes o de restringir la ingesta alimentària.
- Usar models realistes a les campanyes en funció de l'edat, així com reduir l'irreal millora per ordinador de les imatges de models adolescents o pre adolescents de les campanyes publicitàries.
- Prohibir l'ús de tècniques de manipulació fotogràfica.
- Inclusió de models de diferents mides corporals a les revistes de moda i als catàlegs atès que aquestes imatges –i el missatge que homes i dones de diferents tipologies corporals poden tenir bona imatge de diferents maneres– formen part de la nostra visió col·lectiva del què s'entén per bellesa.
- Promoure la consciència en estudiants, models, i el públic en general sobre les tàctiques de la indústria publicitària, com el retoc informàtic, la costum de falsejar l'aparença i talla real de les models emprades als anuncis.
- Col·laboració amb política, accionistes, i organitzacions que lluiten contra els TCA per desenvolupar codis autoregulatoris per la indústria de la moda.

6.2 APORTACIONS DES DE L'EDUCACIÓ PER LA SALUT

6.2.1 La redimensió del concepte de salut

Òbviament quan parlem de prevenció de TCA estem parlant d'una secció que s'insereix dins el marc global de l'educació per la salut. Aquesta, esdevé doncs, un altre referent important, tant per la seves atribucions, com per posseir una més llarga tradició en assumptes de salut que preocupen des de fa més temps, alguns dels quals, com el tabaquisme han aconseguit avançar molt pel que fa a la seva prevenció. De fet, és més considerable la diferent valoració social del fet de fumar de tan sols fa uns anys, amb l'actual. El canvi ha motivat tota una reacció de la indústria tabacalera que com a tal es resisteix amb cruesa a continuar disminuint la seva rellevància social. De totes maneres, amb el tabac l'avenç ha estat gairebé increïble, a hores d'ara, se'ns fan més que estranys veure, per exemple a personatges públics de fa uns anys fumant mentre posaven a la foto. Un dels motius pels quals la prevenció del tabaquisme ha demostrat més eficàcia que la de l'alcoholisme és que pel que fa al tabac les normes socials han experimentat importants modificacions, fins i tot impensables fa unes dècades (Levine i Smolak, 2000, 58).

Al segle XIX amb els avenços en bacteriologia, posteriorment amb el descobriment de la penicil·lina per part de Fleming, la comercialització dels antibiòtics, la creació del sistema públic sanitari i les campanyes de vacunació, s'obriren perspectives optimistes en quant al risc de les malalties transmissibles. Emperò, aviat es comprovà el caràcter multifactorial de la malaltia, ja que per exemple, les condicions sanitàries deficientes i les carències nutricionals tenien una gran influència en l'aparició i gravetat dels patiments, així com també jugaven un paper destacat els factors psicosocials. Aquestes circumstàncies, en gran mesura, motivaren el canvi conceptual més important que modificà la idea de salut en termes negatius, a una consideració positiva. Així doncs, l'OMS a la seva Carta Magna de 1946 definí la salut com "el complet estat de benestar físic, psíquic i social". Posteriorment sorgiren

nombroses definicions al voltant del concepte de salut, però adoptaren una formulació positiva en la seva redacció (Perea, 2004, 14¹¹⁶).

La millora de la salut humana, tant en el que respecta a la millora qualitativa i quantitativa, es centra més que en la lluita contra la natura, en la modificació de la conducta i d'altres variables socioculturals. Per tant, les persones han de combatre més que les causes naturals de la mort sinó contra els seus hàbits personals (Polaino-Lorente, 1987, 18).

En conseqüència, els darrers anys han presenciats grans canvis en la concepció de la salut humana i la malaltia. S'ha passat del "model centrat en la malaltia" al "model saludable", aquest darrer es centra en la promoció de la salut així com en la prevenció de la malaltia (Bandura, 2000, 299).

El primer gran canvi de la nostra història recent pel que fa a la concepció de la salut, consistí en el canvi de mirada sobre què és la salut i què s'entén per estat saludable. L'organització Mundial de la Salut (OMS) en la seva conferència internacional sobre Assistència Sanitària Primària de 1978 va ratificar-se en què la salut és un estat de complet benestar físic, mental i social, i no tan sols l'absència de malaltia o trastorn, és un dret humà fonamental. La conferència considerà que hi ha una estreta relació i interdependència entre la salut i el desenvolupament econòmic i social d'un país, per tant, necessita de la implicació de tots els sectors socials i econòmics que conformen una societat. Així que sembla obvi que a tothom li hauria d'interessar posar tota la carn a la graella pel que fa a la prevenció dels assumptes de salut mental, i tal com es dirimí a la conferència d'Alma-Ata, la salut no és un assumpte només dels ens i organismes públics, ha de ser causa comuna també dels mitjans i els sectors econòmics. I com és obvi, la salut no es pot abordar tant sols des dels tradicionals àmbits de salut.

Així doncs, ja fa temps que el concepte salut a estaments oficials d'abast mundial s'entén de forma holística. La carta d'Ottawa, el document final de la reunió convocada per l'OMS a 1986, ja precisava el sentit ambientalista de la salut, en considerar la necessitat de la participació comunitària, dels agents

¹¹⁶ Una definició completa ens l'ofereix Perea (1985 a Perea, 2004, 15): «*Conjunt de condicions físiques, psíquiques i socials que permetin a la persona desenvolupar totes les seves facultats en harmonia i relació amb el seu propi entorn*».

socials –educatius i sanitaris– per tal de fomentar i crear ambients saludables (Morón, 1998, a Colom, Pérez i Vázquez, 2001, 2).

Cada etapa històrica, àdhuc cada societat han tingut i té una concepció diferenciada del que és la salut. Això permet prendre consciència de la complexitat inherent al concepte de salut, així com copsar com és d'important d'identificar els múltiples components i factors determinants per poder dissenyar actuacions dirigides a la seva promoció. Aquesta important tasca ens condueix a una definició àmpliament acceptada de salut, ja que la salut té una vessant objectiva i una vessant subjectiva que es sustenta en una sèrie de factors biològics, psicològics, culturals i socioeconòmics. D'aquesta forma senyalen Ewles i Simnet (1993 a Dapía, 2000, 23), les idees que les persones tenen sobre salut “estan conformades per les seves experiències, coneixements, valors i expectatives, així com de la visió del que esperen fer a la seva vida diària i la salut que necessiten per complir amb aquest rol. Tot plegat, ens indica que hem de proporcionar a través dels mitjans una visió assenyada del que s'entén per salut, que si més no, no xoqui frontalment amb la concepció dominant a cada context. Això és molt important en els TCA que compten amb molts malentesos en el conjunt de la població, en part gràcies a la publicitat de la multitud de productes que juguen un paper més o menys destacat en el camp dels desordres alimentaris.

Hi ha una certa opinió comuna que considera que la salut de cadascú és seva –la qual cosa fa que pugui fer amb ella el que vulgui, àdhuc abusar d'ella– mentre les seves malalties –així com el seu tractament– no els pertanyen, sinó que són de la societat i que forçosament ha de carregar amb elles, fins restaurar i tornar la salut que l'individu ha perdut, i així poder continuar fent el que li doni la gana amb ella. Ja que avui es parla molt del dret a la salut, però no del deure a estar sa, un deure que la persona té amb si mateixa i amb tota la societat (Polaino-Lorente, 1987, 150). Tal vegada aquest deure també el podríem fer extensiu, al fet de no contribuir a emmalaltir.

Igualment, la noció de responsabilitat individual pel que respecta a la salut, també ha experimentat alts i baixos al llarg de la història. Els efectes de l'estil de vida sobre la salut van rebre especial èmfasi a l'antiga Grècia i Roma, i la

noció que els individus tenien com a mínim algun control va continuar mantenint-se amb diferents gradacions a l'Edat Mitjana i el Renaixement. La versió dominant avui als Estats Units va emergir a la dècada dels 70 del propassat segle, en resposta a la creixent desil·lusió amb els límits de la medicina, les pressions per contenir els costos sanitaris, i un clima social i polític que emfasitzava l'autoajuda i el control individual sobre la pròpia salut. És una visió que entén el comportament individual com en gran part responsable dels problemes de salut als quals fem front com a societat. Aquest tradicional punt de vista està orientat envers la malaltia i no envers la promoció de la salut (Minkler, 1999, 123).

Crítics d'un enfocament de responsabilitat individual en la promoció de la salut, també assenyalen els efectes limitats d'aquests enfocaments centrats en el canvi de conducta individual (*ibid*, 129). Per això, cada vegada hi ha més evidències que suggereixen que les intervencions a nivell macro o ambiental, basada en nocions de responsabilitat social en la salut poden exercir un poderós efecte per tal de canviar conductes a una escala més àmplia. Un exemple el trobem, en què el sol fet de pujar els preu de tabac va aconseguir reduir el consum dels adolescents (*id.*).

Com afirmen Laura i Heaney (2000, 114) el concepte salut és construït com un procés positiu i dinàmic en el qual un organisme viu, considerat com un sistema integrat, és capaç de respondre adaptant-se a les diferents estats ambientals als quals ha de fer front. Aquests estats ambientals poden abarcar desde episodis d'estrés fins a físics, químics, o fins i tot canvis socials en la integritat organitzacionals del sistema com un tot. Així doncs la salut és dinàmica i canviant, estant tant lligada al seu entorn que no es pot en termes de salut, parlar de salut sense tenir en consideració el context, perquè el que succeeix a l'ambient repercutirà d'alguna o altra forma en els organisme i viceversa.

La relació entre el dret a l'educació i el dret a la salut és un exemple perfecte de la indivisibilitat i interdependència de les obligacions dels drets Humans. Ambdós drets, com molts dels socio-econòmics estan inexorablement lligats (Lundy, 2005, 3). La nova era cultural en la qual ens trobem requereix que amb els problemes de salut s'activi una nova forma de pensar. Ens trobem en un fita

del desenvolupament de la medicina, la investigació i l'educació sense precedents; amb una esperança de vida impensable tan sols fa unes dècades, el problema el tenim en que vivim més temps però no de forma més saludable (Serrano, 1997, 3).

En conclusió, la salut és un concepte relatiu atès que no depèn exclusivament de la situació en la que es trobi el subjecte ja que també contempla altres aspectes objectius i subjectius de caire bio-psico-social, o sigui, que es pot entendre l'estat de salut com una variable que es troba a cavall entre el ser i l'ambient, interactuant entre ambdues variables; és per això que és tan important i necessari ofertar ambients que promoguin oportunitats i condicions que afavoreixin la salut (Colom, Pérez i Vázquez, 2001, 3).

Definitivament, es confirma que han hagut de passar vint-i-quatre segles per recuperar una vella però eficaç perspectiva sobre la salut que ja fou adoptada per Sócrates, i no és altra, que la personalitat i l'estil de vida, d'una banda, i els índex de salut física, d'una altra, estan estretament correlacionats (Polaino-Lorente, 1987, 26).

6.2.2 Educació per la salut

L'educació per la salut, tal com la definí l'OMS al 1983 (Molina i Pastor, 2003, 124), és qualsevol combinació d'activitats d'informació i educació que tendeixen al fet que la persona desitgi estar sana, sàpiga aconseguir la salut, faci el possible individual i col·lectivament per aconseguir-la i busqui ajuda quan la necessiti. Per tot plegat es necessiten actuacions per augmentar el coneixement (ser), modificar actituds (saber ser, saber estar) i adquirir habilitats (saber fer) amb l'objectiu de millorar la salut i la qualitat de vida. Mentre que les sessions informatives i puntuals no han demostrat gaire eficàcia per adoptar comportaments preventius, les actuacions educatives, que incideixen en diferents etapes evolutives de forma continuada, han aconseguit canvis en les actituds i els comportaments. Per aconseguir-ho, la metodologia ha de ser activa i participativa, implicant tant a nivell individual com grupal, adequada a les característiques dels mateixos i centrada en experiències i situacions vivencials pròximes a la població diana. Sota aquesta perspectiva de l'educació

per la salut l'enfocament és positiu i holístic, situant-se en un model comunitari i social, al mateix temps que corresponsabilitza a tota la societat en la salut i en la prevenció de la malaltia (*id.*).

L'educació per la salut és un procés de comunicació interpersonal dirigit a subministrar les informacions necessàries per a un exàmen crític dels problemes de salut i responsabilitzar als individus en l'elecció dels comportaments que tenen efecte sobre el nivell de salut. Per la qual cosa, l'interès sobre la comunicació i la producció de missatges és de molta importància (Serrano, 1997, 107).

Així per Serrano (*id.*) és clar el paper primordial que juguen els processos comunicatius dins l'educació per la salut, però el missatge que arriba és el que de forma instantània desxifra i entén el receptor. El mètode de propugnat per Serrano –*Ver Juzgar Actuar (VJA)*– comença amb el fet de l'experiència que sigui un problema de salut de l'entorn de l'alumnat per tal de que es doni aquesta intersubjectivitat i es compreguin els codis simbòlics dels parlants. Un bon llenguatge informatiu, ens diu Serrano, és una garantia de capacitat i decisió. Per tant, la comunicació es produeix només quan els interlocutors empen els mateixos codis i permeten al receptor desxifrar el que se li ofereix, i superposar en part del seu món, el món de l'emissor (Caprettini, 1976 a Serrano, 1997, 107).

Serrano (1997) proposa una metodologia per treballar l'educació per la salut, basada en tres passes:

- Veure: observar la realitat. Experiència rica de comprendre el món des del món immediat.
- Jutjar: reflexió crítica, formulació de problemes. Treu lliçons de l'experiència.

Cal oferir instruments per elaborar coneixement, tècniques que ajuden a autoconèixer-se millor, tècniques d'autoestima, habilitats comunicatives, discussió de grups, recursos d'aprenentatge, aprendre a manejar els errors.

- Actuar: aplicar allò après. Canvi de comportament, actituds, compromisos personals, desenvolupament d'alternatives d'actuació davant la problemàtica de salut.

Calen objectius personals, utilització d'iguals d'ajuda, establir compromisos que es revisen, discussió general de com aconseguir-ho, *role-playing* anticipant situacions en les quals es posarà en judici les habilitats adquirides, etc.

Mori (a Serrano, 1997, 106) sosté que amb freqüència s'oblida que alumnat té una riquesa de cultural de comportament en el tema dels problemes sanitaris que prové de la tradició, de l'experiència, de l'adaptació, encara que siguin erronis i negatius. Per tant, proposa una revisió cognoscitiva amb la finalitat d'identificar quines motivacions estan en el fons d'una certa forma de comportar-se. Les motivacions que abans es veiem més predeterminades per la tradició avui dia el seu condicionament és principalment social. Tanmateix, per tal que arribi un informació necessària per a canviar actituds i concepcions és necessari que ens assegurem una bona comprensió per part del públic receptor, ja que de no ser així difícilment es podrà dur a terme una comprensió crítica dels problemes de salut, ni aconseguirem grans canvis actitudinals.

Les línies guies que la OMS va definir al 1996 per les escoles que aspiraven a ser considerades com a "escoles promotores de salut" eren les següents:

- polítiques de salut escolars.
- l'ambient físic de l'escola.
- l'ambient social de l'escola.
- relacions escola/comunitat.
- desenvolupament d'habilitats saludables personals.
- serveis de salut escolars.

Habitualment l'educació per la salut s'ha vist circumscrita al context escolar, així que uns "clàssics" objectius per l'educació per la salut (González, 1997, 118) poden ser els següents:

- Descobrir i sentir la vida com una realitat i com un projecte del que s'és protagonista i responsable.
- Capacitar l'alumnat per participar, activa i responsablement, en la creació i en la gestió de la seva salut.
- Conèixer i apreciar el propi cos i utilitzar el coneixement sobre el seu funcionament i sobre les seves possibilitats i limitacions per desenvolupar i afiançar hàbits autònoms de cura i salut personals.
- Descobrir, interioritzar i viure la pròpia realitat sexual i l'exercici de la sexualitat com una activitat de plena realització i comunicació entre persones.
- Reforçar l'autonomia i l'autoestima com realitats personals bàsiques en la construcció d'un projecte de vida saludable.
- Reconèixer críticament situacions i conductes que poden implicar perills i riscos per la salut i tenir la capacitat d'enfrontar-se a elles i a evitar-les amb responsabilitat i amb altres criteris propis.
- Conèixer i interioritzar les normes bàsiques per la salut: higiene, alimentació, cura corporal, etc.
- Despertar i estimular l'interès i el gust per l'esport i per l'activitat física com a mitjà per aconseguir una vida saludable i per el foment del companyerisme, la solidaritat i l'amistat.
- Descobrir i sentir el plaer i la riquesa que ens pot aportar al nostre equilibri i a la nostra salut emocional les relacions interpersonals quan es produeixen en un clima d'afectivitat, confiança, respecte i col·laboració.
- Relacionar l'ecologia amb la salut, i desenvolupar hàbits i capacitats per mantenir un medi ambient saludable.
- Desenvolupar la sensibilitat i la tendresa davant la gent gran i davant totes aquelles persones que pateixen qualsevol tipus de malaltia o minusvàlua física o psíquica.

- Descobrir les situacions personals i socials en les quals manquen els mitjans mínims per la salut o bé no es poseeixen els recursos sanitaris imprescindibles.
- Conèixer i col·laborar, activament, amb aquelles organitzacions o institucions, governamentals o no governamentals que treballen o es comprometen amb la lluita contra la marginació de tipus físic, psíquic o sexual, o en la promoció de la salut i el desenvolupament dels pobles.

En un sentit més sintètic, Fain (2005, 231) entén que els principals propòsits de l'educació per la salut haurien de ser la formació d'un bon caràcter, l'adquisició d'autoconeixement, i l'aplicació d'un bon judici en la conducta de la vida diària. Això, al seu entendre, inclou un sentit cívic de la responsabilitat, valoració de la veritat en l'amistat i seriositat en l'amor. Quan es prioritza la vida saludable, clarament s'estén a considerar els altres, com pot ser reduint les injustícies socials de la pobresa i la guerra, i protegint al medi ambient per nosaltres i la nostra posterioritat.

La intervenció educativa dirigida a la població en general, té com objectius fomentar estils de vida saludables i sensibilitzar i conscienciar a la societat respecte a la implicació social dels problemes de salut actuals i de la importància de la seva participació tant en la seva prevenció com en la integració social (Molina i Pastor, 2003, 124). Atès que els estils de vida no s'elaboren únicament des de la persona perquè tots tenen un context sociocultural on es manifesten, totes les intervencions educatives han de present els individus i el seu context (Serrano, 1997, 78). *No és suficient conèixer que l'alcohol és un factor de risc, això no contribueix a canviar conductes, ni tampoc tenir una actitud negativa envers l'alcohol assegura que no beguis (Triandis, 1977 a Serrano, 1997, 78). Cal situar-los culturalment i buscar alternatives al consum d'alcohol. No és tant mostrar repetidament que l'alcohol és dolent sinó crear noves alternatives, fer desitjables noves formes d'encontre i relació i festa.*

Està arribant a ser força clar que els intents de tractar amb malalties "simplement" amb la introducció a forma de tractament amb remeis als seus signes orgànics (una manifestació bacteriològica potser ella mateixa només un

signe d'una malaltia) sovint proven ser només una mena de cosmètic (Laura i Heaney, 2000, 55).

La major part de l'espectre de malalties que plaguen l'humanitat són resistents a l'arsenal de tècniques i medicaments de que disposen els i les metges. En un meticulós estudi que analitzava tres segles d'estadístiques de salut a Anglaterra i Gal·les, McKeown argumentava que només el 10% de la millora de la mortalitat de malalties infeccioses pot ser atribuït a un enfocament intervencionista sobre la salut, inclòs l'ús d'antibiòtics (*ibid.*, 56).

Com va assenyalar Ivan Illich (a Dapía, 2000, 37) la medicina pot haver arribat a una fase que en la qual no cura, sinó que per mitjà dels seus potents medis de diagnòstic i terapèutics contribueix a emmalaltir la població o com a mínim a fer-la profundament dependent d'ella. Tot i no negar una part de raó als arguments d'Illich, ens estimem més considerar que la medicina necessita ajuda, ella sola no pot abastar-ho tot, necessiten, entre d'altres ajuts, del recolzament pedagògic perquè la promoció de la salut a tots els àmbits socials sigui el més àmplia possible.

Amb nous problemes que apareixen i desigualtats de salut persistent, és un bon moment per encarar noves vies d'acció. El creixent interès del públic pels assumptes de salut vol dir que ara hi ha oportunitats reals per dur a terme pràctiques diferents. La salut està agafant més i més protagonisme a les capçaleres dels diaris, programes de televisió, magazines i converses del dia a dia. La consciència de la gent en assumptes de salut i la seva motivació per canviar vol dir que hi ha molta més probabilitat d'aconseguir un progrés real (*Choosing Health*, 2004, 11).

En l'actualitat, vivim en la societat anomenada del coneixement, per tant com afirma Robert Gallo (a De Benito, 2005), codescubridor del virus de la sida, "*per frenar la sida no tenim prou amb donar més diners, s'ha de donar coneixement*", per tant, una part molt important de l'educació per la salut és proporcionar coneixement, així com les eines necessàries per adquirir-lo.

Els coneixements no són suficients, malgrat que la manca de coneixement pot establir una "bona" base per dur a terme uns mals hàbits, les estratègies no

poden ser merament informatives, han d'incloure actituds i hàbits que ajudin a modificar comportaments (Roset i Viladot, 2003, 23-24).

El coneixement crea el prerequisit pel canvi, però calen autoinfluències addicionals per fer front als impediments d'adaptar nous hàbits de vida i mantenir-los. La creença d'eficàcia és un gran motor per l'acció. A menys que la gent cregui que pot produir els efectes desitjats per les seves accions, tenen poc incentiu per actuar o per perseverar plantant cara a les dificultats. Ja que, bona part de l'estrès humà s'activa mentre s'està aprenent a com exercir control sobre les demandes de l'entorn/ambient i durant el procés de desenvolupament i d'expansió de competències (Bandura, 2000, 300).

L'exercici de control requereix no tan sols d'habilitats, també d'un fort sentiment d'eficàcia per usar-les de forma efectiva i consistent sota difícils circumstàncies. A més, les creences en l'eficàcia actuen sobre altres determinants en la regulació de la conducta. Les creences de la gent en la seva personal autoeficàcia es poden desenvolupar per 4 principals factors d'influència. El camí més efectiu per crear un fort sentit d'eficàcia és a través de dominar experiències, els èxits construeixen una robusta creença en l'autoeficàcia personal. El segon camí, és a través d'experiències vicàries proveïdes per models socials. Veient a gent similar a un mateix triomfant per un esforç sostingut augmenta les creences dels observadors que ells posseeixen també les capacitats de superar l'activitat per triomfar. En tercer lloc, la persuassió social, les persones quan són verbalment animades que posseeixen la capacitat de dominar activitats donades, és més probable que mobilitzin un esforç més gran i el sostingut, gràcies a lloances positives sobre les seves possibilitats, és a dir, l'estat d'ànim també condiona la visió de l'autoeficàcia. I en quart, reduir les reaccions d'estrès de la gent (*ibid.*, 302).

Intrínsecament lligat a la noció d'autoeficàcia, ens trobem la confiança. La confiança és fonamental pel desenvolupament de la personalitat (Erikson, 1965 a Serrano, 1997, 98). Es crea en situacions cooperatives, i d'igual manera, és més fàcilment destrossada en situacions competitives (Fredman, 1967 a Serrano, 1997, 98).

Les bones relacions amb el grup d'iguals ajuden a aprendre a modelar l'agressivitat, a manejar els impulsos violents i reaccionar millor als impulsos agressius (Hartup, 1978 a Serrano, 1997, 98). Aquesta dada és molt valuosa perquè la clau de moltes malalties mentals que acompanyen en el desenvolupament dels TCA o altres conductes antisocials, ja que els trastorns mentals de la infància es caracteritzen per una mala gestió de l'agressivitat i/o l'agressivitat dirigida contra la pròpia persona (Serrano, 1997, 98).

Per Dryfoos (1997, 39) quatre factors han estat habitualment considerats que acullen la resiliència o invulnerabilitat a les conseqüències dels comportaments d'alt risc:

- Unió amb un adult que cuida: el fet millor documentat en les extenses publicacions sobre joventut és la importància del vincle social entre una persona jove i una adulta. L'adult responsable pot ser tant un com els dos progenitors (mares solteres poden representar aquesta funció perfectament), avi o àvia, professor/a o qualsevol altre mentor. Consistència, cura, encoratjament, i manteniment del contacte a la infància i l'adolescència són tots factors importants. L'adolescent que percep una relació afectuosa en les seua vida, plena de sentit, és força resistent, encara que no immune, a les conseqüències negatives de les drogues, el sexe o la delinqüència.
- Independència i competència: aquests dos atributs permeten als infants prendre decisions i solucionar problemes per si mateixos, sembla que tinguin una competència incorporada que els ajuda a superar barreres encara que ells sorgeixin en ambients socials pobres. Durant períodes d'estrès, el jovent resilient sembla ser capaç de distanciar-se a si mateixos de les seves famílies conflictives.
- Altes expectatives: els registres autobiogràfics contribueixen a comprendre com el somiador arriba a ser l'autor, per exemple, del jove desavantatjat que vol convertir-se en un científic i esbrina com aconseguir la seva fita a molt curta edat. Habitualment, un adult està involucrat ajudant a convertir les aspiracions en realitat.

- Escoles efectives: una escola recolzadora i desafiant pot actuar com una significativa influència en la vida del jovent desavantatjós. L'accés a l'escola quan altres variables com l'estructura familiar falla o el nivell socio-econòmic és desfavorable, pot actuar de forma pal·liativa.

El programes d'educació per la salut haurien de ser el reflex d'una provada teoria i recerca sobre prevenció. A l'actualitat, el currículum més efectiu està basat en tres apropaments teòrics importants: teoria de l'aprenentatge social de Bandura, teoria normativa de l'expectativa i teoria del comportament problemàtic adolescent (Dusenbury i Falco, 1997, 53).

- a) Teoria de l'aprenentatge social: el comportament generalment s'aprèn observant *rols models* importants, especialment quan es premien per les seves accions. Els adolescents miren les seves amistats, les iguals, les més grans, i figures dels *media*. El currícula basat en aquesta teoria en gran part inclouen programes d'entrenament d'habilitats de resistència que ajuden els jovent a reconèixer les influències de l'ús de drogues i els ensenya com resistir i al mateix temps mantenir les amistats.
- b) Teoria d'expectativa normativa: reconeix la percepció de poder sobre les accions i opinions d'altres tenen en el comportament de formació. Els programes que es situen en aquesta teoria són denominats educació normativa, inclouen activitats dissenyades per corregir sobrevaloracions sobre la prevalència de fumar, beure, i consumir drogues i/o activitats dissenyades per ensenyar als adolescents que la majoria dels seus iguals i adults no pensen que el tabac, l'alcohol, i el consum de drogues és *cool*.
- c) Teoria del comportament problemàtic dels adolescents: promou l'autoestima i ensenya els adolescents com mantenir i aconseguir unes fites realistes, prenent decisions competents, fer front a l'estrés i ansietat, comunicació eficaç, fer amistats, i tenir un comportament assertiu. Sovint aquestes intervencions són realitzades dins els contextos més amplis d'habilitats socials i personals, i existeix evidència que aquest amplis programes grupals aconseguen una resistència

una mica més gran al consum de drogues que els que entrenen de forma individual.

Nies i altres (2004, 443) ens ofereixen un argument molt favorable per aconseguir la fita que es proposa aquesta recerca: els programes de salut que empren les ja existents xarxes de confiança han demostrat un èxit considerable. La confiança pot provenir del veïnat amb el qual es comparteixen trets ètnics o de l'església. En funció de les particularitats d'una determinada comunitat la influència "decisiva" pot venir de diferents fonts. Atès que la nostra proposta es centra en la prevenció a través dels mitjans, principalment la televisió, aquesta dada és un punt fort que encoratja aquesta recerca, ja que, malgrat totes les crítiques que rep, la televisió esdevé a la nostra societat la encara frase "ho han dit a la tele", que denota confiança en les informacions oferides a través d'aquest mitjà. A més, el veritable impuls de l'Educació per la salut va venir de la utilització de la publicitat en les campanyes adreçades a determinades malalties o a crear un determinada sensibilitat comunitària envers determinats riscos de salut; obrint-se així, la porta a l'evolució d'una concepció higienista a la de la promoció de la salut (González i García, 1998, 10).

En l'avaluació de diferents programes de prevenció realitzats sobre adolescents i pre-adolescent (Hernán, Ramos i Fernández, 2001, 499) observaren que les estratègies que es basaven en el desenvolupament de competències mitjançant enfocaments interactius eren més efectives que els enfocaments no interactius, encara més si s'emprava l'estratègia dels iguals. No obstant això, també comprovaren que els efectes a llarg termini eren limitats, principalment sinó s'acompanyaven d'altres mesures, com les normatives.

Els programes més efectius en la promoció de salut mental a les escoles eren els que involucraven a tota la comunitat, eren multifactorials, intensius i duraven com mínim un any. D'igual mode, bona part encara que no tots, dels programes avaluats per l'OMS, la promoció de la salut entre iguals fou força efectiva comparada amb les intervencions dirigides pels docents, a més aquest enfocament era molt ben considerat pels joves involucrats en el procés. Entre els programes més efectius es trobaven aquells que promouien la salut mental, menjar saludable i activitat física (Stewart-Brown, 2006, 4).

Factors d'èxit per a la implementació de malalties i la promoció de la salut entre infants i adolescents (Macfarlane, 2005, 4):

- Planificació nacional, factors polítics i capacitat.
- Disponibilitat de dades sobre el *target* de població i impactes de les intervencions.
- Influència de factors socioeconòmics i consideracions especials respecte l'edat del *target* de població.
- Amenaça del problema de salut a la societat, família i individus.
- Ús de la intervenció en un escenari multifactorial.
- Estratègies de comunicació a través dels mitjans i escola per arribar als grups vulnerables i minoritaris.
- Compromís de tots els nivells de la societat (des del govern als individus) en el procés.

Segons el model de promoció de la salut, les persones milloren la seva salut en la mesura que milloren els seus coneixements i les seves destreses, fet que depèn de la motivació que es tingui i dels reforços que es rebin. Per tant, la interacció familiar i social són fonamentals (Polaino-Lorente, 1987, 22).

Els programes efectius per reduir les conductes sexuals de risc han de contenir els següents components: estar centrats en conductes de risc conegudes, usar models teòrics de canvi conductual reconeguts, emprar mètodes pedagògics participatius, incloure clarificacions de valors, la resistència a la pressió social i l'entrenament en habilitats de comunicació (Hernán, Ramos i Fernández, 2001, 500).

Per altra banda, les intervencions de promoció de salut que tenen menys probabilitats de funcionar són les que tractes amb qüestions úniques, el missatge és negatiu, i està dut a terme en un sol nivell de la societat (Macfarlane, 2005, 4). Encara que l'educació per a la salut tinguin una funció preventiva i correctiva, demana per part de la persona, la família i altres grups socials els coneixements necessaris per a la prevenció de certes malalties, la seva principal finalitat no està en evitar la malaltia sinó en promoure estils de

vida saludables, agafant així el protagonisme el sentit positiu d'ajuda i potenciació de la persona per la participació i gestió de la seva pròpia salut i poder desenvolupar-se en un procés de salut integral (Perea, 2004, 17).

En definitiva, l'educació per la salut implica una nova distribució social del poder sobre la salut, ja que com a benentès procés educatiu, els educands, la població destinatària dels programes educatius de salut, deixen de ser subjectes passius per reprendre, encara que sigui parcialment i de forma localitzada, la determinació de les condicions que d'acord amb la seva pròpia visió, puguin ser més favorables per al desenvolupament de la seva salut i de la seva qualitat de vida global (González i García, 1998, 15).

6.2.2.1 El tabaquisme

Valentí Fuster (a Yagüe i Gallardo, 2004): *entre els 6 i els 9 anys de vida és quan s'ha de repetir més als nens que el tabac pot perjudicar la seva salut.*

Com diuen Levine i Smolak (2000, 55) l'art i la ciència de prevenir que els adolescents de 10 a 14 anys es facin addictes al tabac ja porta uns anys d'avantatge i per tant en podem aprendre. Els components que es consideren que han de tenir els programes per retardar l'edat d'inici de consum de tabac o per impedir-ho per complet són els següents:

1. Oferir informació al voltant de les conseqüències immediates adverses, físiques i psicològiques del tabaquisme.
2. Ensenyar i fer practicar la resistència a la motivació a fumar impulsada pels mitjans de comunicació, entre d'altres.
3. Ensenyar i practicar habilitats socials que permetin millorar l'autoestima i la capacitat de comunicació i controlar les tensions.
4. Modificar els càlculs de freqüència per mitigar la creença de que fumar és la regla, i reduir la importància de l'aprovació del grup d'iguals.
5. Crear una atmosfera escolar i comunitària en la que els individus en general, i els adolescents en particular, rebutgin el tabaquisme.

De totes maneres, l'exemple del consum de tabac contra el qual s'està actuant de forma molt contundent a l'esfera pública, també ens dóna una lliçó a tenir present, encara que aquesta hi ha qui consideri que pugui ser inevitable. Ens referim al que podem anomenar "orgull de fumador/a", és a dir, a la reacció inversa que ha produït la campanya tant enèrgica que es duu a terme a nivell d'Administració. Tanta reglamentació ha estat vista per una part de les persones fumadores, imaginem que també de les que estan a punt d'iniciar-se, com un retall a la seva llibertat, així que fumant expressen una mena de rebel·lia contra qui els mana explícitament què han de fer, "contra el poder". Per descomptat que a banda de motivacions personals, la indústria del tabac no s'ha quedat de braços creuats, i ha creat, o contribuït a crear el club de la "llibertat del fumador" com a grup d'opinió mediàtica, encarregant-se de donar de forma suposadament asèptica a la població arguments a favor de fumar tabac.

Ara bé, la polèmica al voltant de la publicitat del tabac arrenca de més lluny. Un dels motius pels quals la indústria tabacalera accedí a la prohibició de publicitar els seus productes a la televisió nord-americana en 1971 és que la Doctrina de la Igualtat promulgada pel Comitè Federal de Comunicacions d'Estats Units a 1967, que obligava a oferir oportunitats (relativament limitades) a la publicitat contra el tabac, estava exercint un efecte en extrem negatiu a les vendes (Altman, 1990 a Levine i Smolak, 2000, 66-67).

És obvi que hem d'aprendre de totes les experiències en matèria de prevenció.

De totes maneres, el cas del tabac presenta alguna dissonància amb el nostre objecte d'estudi, ja que malgrat comptar amb connotacions significatives de valors socials que poden determinar el seu consum o no, els TCA es mouen en el terreny dels trastorns ètnics, o sigui, que comparteixen actituds i comportaments que també es presenten de forma normal a la societat, o sigui que poden ser presents sense presentar o desencadenar cap tipus de patologia; a més, al final la plurideterminació dels trastorns alimentaris xoca frontalment amb la decisió final que afecta al fenomen del tabaquisme, com és el fet de fumar o no fumar. Encara que si traslladem aquesta premissa al món dels TCA, tal vegada si que ens sigui d'utilitat amb motiu de les dietes

per motius estètics –encara que també ens podríem trobar amb entrebancs–, però en aspectes més psicològics, la relació pot arribar a ser més llunyana.

Altrament, no ens cenyirem tan sols al tradicional, en el sentit de llarga trajectòria, exemple del tabac, intentem recuperar aportacions d'altres camps de l'educació per la salut que ens aportin estratègies de cara a la prevenció dels TCA. No hem d'oblidar que els TCA, com a trastorns multicausats en els quals intervenen multitud de factors, necessiten d'aportacions transversals per a la seva intervenció de caire preventiu com la que es persegueix en el present treball. A més moltes vegades ens podem aprofitar de la transversalitat dels programes de prevenció. Flynn i col. (1994 a Levine i Smolak, 2000, 56) comprovaren que una *combinació* de l'aprenentatge escolar de la capacitat per resistir-se i d'emissions radials i televisives relacionades amb els components de l'aprenentatge social tenia com a resultat una millor prevenció del tabaquisme en quinxalla de 9 a 12 anys que si tan sols es feia una intervenció escolar.

El guionista de la pel·lícula *Instint Bàsic*, Joe Esterzhas va resumir en una frase la capacitat d'influència dels personatges famosos sobre els infants i adolescents: “*una estrella de cine amb una cigarreta a la mà és com un revòlver apuntant a un xicot de 12 o 14 anys*”. Encara que tot el món sembli estar d'acord en què si els personatges de les pel·lícules fumen es fomenta l'addicció, la indústria es mou amb altres patrons segon diu Samuel Martín, director del programa Cartelera de TVE. Al cinema es fuma més que a la vida real ja que a Estats Units fuma el 26% de la població, en canvi, al cinema el 46% dels personatges de les pel·lícules són addictes al tabac. Segons Martín la visió del tabac a les pel·lícules acostuma a ser benèvola, el 98% de les escenes en què algú fuma ho fa de forma positiva¹¹⁷. Uns dels problemes pel que fa al tabac, és que fa temps s'ha convertit en un potentíssim element narratiu, el qual la versió publicitària del *product placement*¹¹⁸ ha estat una bona al·liada (Sánchez, 2005b).

¹¹⁷ També s'han fet associacions molt notòries del tabac com a element negatiu, com la de la sèrie televisiva “Expediente X”.

¹¹⁸ Col·locar productes amb naturalitat dins d'una escena.

L'epidemiòleg del Servei de Prevenció i Control del Càncer de l'Institut Català d'Oncologia, Fernández (2003), també es feia ressó del poder d'influència dels personatges famosos com actors, actrius i models. Ho exemplificava amb la capacitat de mobilitzar la població contra la guerra promoguda contra la guerra d'Iraq. *Per això, individualment i com col·lectiu seria molt desitjable que també adoptessin una postura de rebuig actiu al consum de tabac, que sota falses premisses de lliure elecció i suposada tolerància segueix matant a un de cada dos fumadors –només a Espanya unes 55.000 morts anuals.*

En la prevenció del tabaquisme o conductes sexuals de risc en joves, les intervencions que tenen més impacte són les que proporcionen informació, espais de comunicació i el desenvolupament de competències personals, ja que faciliten que el jovent trobi solucions als seus problemes, busquin ajuda o siguin capaços de dir “no” (Hernán, Ramos i Fernández, 2001, 492).

Diferents projectes de recerca duts a terme a Estats Units han demostrat que una combinació ben planificada de les campanyes mediàtiques, l'educació pública i els plans escolars basats en les teories de l'aprenentatge social; sumats a l'organització necessària per influir en les comunitats mèdiques i dels negocis, poden fer disminuir la quantitat d'estudiants de secundària que comencen a fumar; augmentar els seu coneixement de la nutrició i les conductes alimentàries favorables a la salut; i millorar la salut cardiovascular dels adults (Levine i Smolak, 2000, 67).

Una estratègia per intentar aconseguir la disminució del tabaquisme ha estat la d'intentar modificar els valors associats al seu consum. Per aconseguir-ho les estratègies són variades, una de les qual ha estat en fer veure els efectes adversos a nivell social del seu consum. A una campanya antitabac al Regne Unit es recorria a la impotència i a la manca d'atractiu com a eixos fonamentals del seu missatge per aturar el tabaquisme entre el jovent britànic¹¹⁹. Els dos eixos temàtics tenien la intenció “d'atacar” on feia més mal a la població jove (16 a 30 anys). Ho feien a través d'imatges impactants i frases col·loquials que

¹¹⁹ Una campanya contra el tabac impulsada per la Unió Europea també transmetia el missatge sobre “com és de ridícul fumar” (Jano on line i agències, 2005).

intentaven posicionar a la gent en contra del seu consum de l'estil "*Fumar et fa dur? No si això significa que no pots aixecar-la*". Per aconseguir la seva fita, la campanya creà dos pàgines web, una per homes i altra per dones on s'oferia informació sobre el tabaquisme, on buscar ajuda i com deixar-ho. Al mateix temps, s'empraren diferents canals de comunicació com la premsa escrita, internet, televisió, ràdio i altres més informals com les enganxines, cartells, etc. I fins i tot, una revista *Ugly* que segueix un estil i format semblant als de les revistes d'adolescents, amb informació sobre com deixar de fumar, incloent un test d'addicció a la nicotina o idees sobre en què utilitzar els diners que s'estalviaran deixant de fumar (Saínez, 2005b).

McAlister i altres (a Perry, Baranowski i Parcel, 1990, 176-177) empraren tres components de la teoria de l'aprenentatge social en la seva intervenció per deixar de fumar. En primer lloc, utilitzaren models variats per mostrar exemples per deixar de fumar així com les estratègies que empraren. Al temps, que ensenyaven com lluitar contra els estressors que inhibien el fet de deixar de fumar.

Gent de la comunitat fou reclutada per demostrar pràctiques en les quals eren competents, i foren disseminades a través de diaris, ràdio, televisió. gràcies a això, la capacitat conductual –com deixar de fumar– i l'autoeficàcia –confiança en l'habilitat per parar de fumar– són modelades per individus que han tingut èxit en canviar la conducta de fumar i així promouen l'aprenentatge vicari d'habilitats per deixar-ho d'altres membres de la comunitat.

El segon component del programa consistia en reclutar personal voluntari per establir una xarxa comunitària que sigui usada per facilitar la disseminació d'informació sobre els *rols models* als mitjans i el canvi conductual. L'equip voluntari no tan sols proporcionava l'estímul per parar atenció al rol dels models que s'oferien als mitjans sinó també servien de reforç social per iniciar el canvi de conducta.

En tercer lloc, s'oferia assessorament individual i familiar per manejar els esdeveniments vitals que dificultin la tentativa.

6.2.2.2 Drogodependència

The Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) dels Estats Units va identificar sis estratègies de prevenció universal que focalitzen en el risc i els factors protectors més associats amb el consum de substàncies pels joves: disseminació d'informació, educació preventiva, activitats alternatives lliures de drogues, problemes d'identificació i relació, intervencions basades en la comunitat i aproximacions ambientals (Brounstein i Zweig, 1999, a Vander Waal i altres, 2005, 300). Una significant part de les investigacions s'ha centrat en l'educació preventiva, fonamentalment a través dels centres educatius. Així com a través de disseminació d'informació – com campanyes mediàtiques -, però Vander Waal i altres (2005, 300) consideren que sabem molt menys pel que fa a la resta d'estratègies identificades pels CSAP, ja sigui de forma sola o combinades.

Tanmateix, com en el cas dels TCA, existeix el consens generalitzat de que alguns programes de prevenció no són efectius, particularment aquells que estan dissenyats per incrementar el coneixement sobre les drogues més que canviar el comportament (Botvin i Botvin, 1992 a Dusenbury i Falco, 1997, 53).

Després d'analitzar 46 programes de prevenció de drogues (Springer i altres, 2004, 192) arribaren a la conclusió que els programes que adopten principis positius tenen una significativa major probabilitat de reduir el consum d'estupefaents entre els joves d'alt risc i els seus efectes tenen una més llarga perllongació en el temps. A més, pel que sembla, quan les associacions dirigides per estudiants participen en la prevenció de l'abús d'alcohol s'han trobat correlacions significants associades a un més baix consum abussiu d'alcohol (Vander Waal i altres, 2005, 312).

Com ja s'ha observat, tant les prohibicions totals d'alcohol i drogues han comportat múltiples efectes negatius no intencionats com la criminalització, exclusió d'amplis segments de la població o complicacions mèdiques. En conseqüència les drogues no poden ser demonitzades ni tractades com un tabú, per això, la intervenció requereix d'un diàleg continu, cooperació i suport dels habituals i potencials consumidors de drogues (Moskalewicz i Swiatkiewicz, 2001, 318).

També de Dusenbury i Falco (1997, 56-57) aprofitem algunes de les seves recomanacions per al disseny d'accions per prevenir la drogaaddicció als centres educatius:

- I. Els programes haurien de proveir informació apropiada segons el grau de desenvolupament del tabac, alcohol i drogues. Els infants i els adolescents estan més interessats en informació concreta d'experiències ara i aquí, que en informacions sobre les possibilitats en futurs llunyans (Mussen, Conger i Kagan, 1979 a Dusenbury i Falco, 1997, 56). Un currículum efectiu conté informació sobre drogues de forma acurada i rellevant –informació que emfasitza conseqüències a curt termini i efectes socials negatius del seu ús—. Proporcionar informació més extensa sobre els tipus i efectes de les drogues no és necessari i pot ser contraproductiu. Els programes efectius de prevenció, a més reconèixer la importància dels iguals i l'acceptació per part dels iguals durant l'adolescència, proporcionen als adolescents entrenament sobre com construir decisions independents i resistir la pressió dels iguals al temps que es manté l'amistat.
- II. Les tècniques interactives són més efectives i promouen més el desenvolupament d'habilitats. Els enfocaments d'habilitats de resistència social i l'entrenament d'habilitats socials i personals més ample, depenen de tècniques d'ensenyament interactives com discussions, activitats en petit grup i *role playing*; a diferència de tècniques més didàctiques com la conferència, les tècniques interactives estan dissenyades per promoure la participació activa dels estudiants. Desafortunadament part del professorat es troba menys còmode emprant tècniques interactives d'ensenyament, per tant aquests és més probable que siguin menys efectius en la implementació de programes preventius prometedors.
- III. Els currículums haurien de proporcionar cobertura adequada i suficient seguiment. Molts programes de prevenció d'abús de drogues tendeixen a ser curts, amb menys de deu sessions en el

primer any i menys de cinc sessions al segon. La brevetat dels programes de prevenció pot ajudar a explicar troballes recents que alerten que els efectes de la prevenció decauen amb el temps.

IV. Els programes haurien de ser culturalment sensibles. Per ser exitoses, les estratègies de prevenció d'abús de drogues han de ser sensibles als rerefons culturals i ètnics del jovent sobre qui actuen.

V. Components addicionals poden millorar l'efectivitat d'un programa. Encara que molta recerca encara resta per dur a terme, components dissenyats per la família, la comunitat, els mitjans de comunicació i poblacions especials, és d'esperar que realcin l'efectivitat de la prevenció de la drogadicció.

Pel que fa a la drogodependència els programes preventius que poden tenir més èxit segon la revisió d'en Bukoski (a March i Orte, 1998, 94) tenen les següents característiques:

- Els programes han de ser integrals, promovent els factors de protecció a nivell personal, familiar, escolar i comunitari.
- Les intervencions han de ser primerenques, és a dir, s'ha d'intervenir quan encara no s'hagin desenvolupat conductes i actituds de risc.
- S'ha d'emfasitzar en les variables que són rellevants en el canvi d'actituds, com pot ser el grup d'iguals.

Per Moskalewicz i Swiatkiewicz (2001, 319) en la prevenció de les drogodependències la prevenció primària té un paper prometedor. Més que generar ansietat i curiositat a nivell local és més possible que s'efectui una prevenció global que no es centri només en la droga. Al mateix temps, la comunitat local pot oferir alternatives d'oci, per això es convenient la descentralització.

Davant la problemàtica amb l'alcohol entre els atletes de la universitat, Williams i altres (2006, 230) consideraven que era necessari emprar el model ecològic que té en compte les diferents dimensions en què es mou l'individu, com que la conducta és multifacètica, amb assumptes socials i ambientals com a

importants factors contribuents, ja que el comportament és afectat i afecta en diferents nivells d'influència perquè en definitiva és clar que només amb l'educació escolar no n'hi ha prou.

6.2.2.3 Conducta alimentària

Com el consum de tabac, les conductes alimentaries són factors de risc modificables que comencen aviat a la vida. Aquests comportaments inadequats són particularment preocupants perquè els models de conducta apresos a la infantesa són predictius de comportaments i factors de risc amb posterioritat a la vida (Perry, Story i Lytle, 1997, 217).

El model que assumeix que l'increment del coneixement sobre nutrició pot aconseguir actituds positives en la conducta d'escollir una dieta saludable no és efectiu, ja que aconsegueix augmentar el coneixement dels estudiants sobre nutrició però no influenciar-los a escollir dietes saludables. Per altra banda, des dels anys 80 l'educació nutricional s'havia bastit amb influències de les ciències conductuals. L'aplicació de canvi conductual directament a través de la provisió d'oportunitats augmentades per escollir aliments saludables, suport ambiental per comportaments dietètics saludables, i una varietat o canvi conductual d'estratègies per modelar, reforçar i proporcionar incentius per fer seleccions saludables. L'educació nutricional que es fonamenta en el canvi conductual, més que en l'adquisició de coneixements, ha tingut alguns sòlids èxits en la millora de les dietes i seleccions alimentàries dels nens i nenes (*ibid.*, 225). Així doncs, en els programes nutricionals per nens i nenes s'hauria de concentrar-se en augmentar l'exposició a aliments saludables a través de l'increment d'oportunitats per tastar, olorar, tocar i preparar àpats. La implicació familiar i el suport per desenvolupar actituds positives cap al fet alimentari, provenint oportunitats de provar nous aliments, i proveïnt de fàcil accés a eleccions alimentaris saludables són importants i influents en els comportaments alimentaris d'aquest grup d'edat (*ibid.*, 227).

Lytle i Achterberg (a Perry, Story i Lytle, 1997, 230) identificaren sis elements clau dels programes d'educació nutricional perquè aconsegueixin canviar conductes:

- Els programes han d'estar conductualment basats i dirigits per la teoria.
- La implicació familiar hauria de ser incorporada als programes dels infants més joves.
- Els programes per secundària haurien d'incloure autoavaluació dels patrons alimentaris.
- Els programes de canvi conductual haurien d'incloure intervencions en l'ambient escolar.
- Els programes de canvi conductual haurien d'incloure intervencions en la comunitat en sentit ampli.
- Els programes haurien d'incloure instrucció intensiva o temps d'intervenció.

La majoria dels programes d'educació nutricional que han tingut èxit en aconseguir canvi conductual o resultats de salut han emprat la teoria de l'aprenentatge social com a model conceptual guia (Perry, Story i Lytle, 1997, 235). D'igual mode, es necessita que per l'educació nutricional es dediqui més temps educant els infants i adolescents en com són influenciats pels mitjans de comunicació perquè puguin resistir la pressió publicitària. Així mateix, una altra lliçó extreta de la prevenció del tabaquisme i de la drogaaddicció és expandir l'ús dels líders d'iguals educadors en educació nutricional per a crear influències positives en els companys/es (*ibid.*, 238).

Si les criatures veuen als pares i mares o qualsevol altre adult de la família emprar el menjar per fer front a l'avorriment, l'estrès, o la frustració, segurament aprendran que menjar és una via per afrontar els problemes de la vida. No podem esperar que els infants aprenguin a menjar de forma saludable i estratègies per fer front als conflictes completament dels llibres de text o de lliçons formals; els nens i nenes aprendran els significats funcionals de les menjars depèn del que signifiquin pels altres el seu ús en el seu entorn físic i social (*ibid.*, 240).

La noció d'individuació pot afectar a múltiples comportaments adolescents, això suggereix que els programes que promoguin que es mengi de forma saludable no poden ser implementats de forma aïllada dels altres comportaments socials

o sense considerar els processos de desenvolupament que són inherents a l'adolescència (*id.*).

Atès l'increment progressiu dels darrers anys de l'obesitat infantil en població adulta i infantil, Sánchez i altres (2006) es van plantejar la possible eficàcia de l'educació per la salut amb un grup de pacients als que havien "educat"¹²⁰ en varies sessions sobre hàbits dietètics saludables, tal com recomana la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, individualment i en grup. El contingut versava sobre generalitats de la composició dels aliments, aportació calòrica, realització d'exercici físic i resolució de qüestionaris en relació amb mescleres d'aliments, dietes "miracle", etc. La seva valoració fou positiva, al mateix temps, consideraven com altres estudis que la prevenció de l'obesitat ha d'iniciar-se a edat preescolar i escolar, incloent tant l'educació dels pares i mares, com l'educació que aquests imparteixen en els seus fills.

Una altra iniciativa de l'associació del cor britànica ha jugat amb imatges contundents, apareixia una noia bevent directament d'una garraga d'oli, per tant, la seva duta a la pràctica no ha estat exempta de crítiques pels fabricants que l'acusaven d'incitar la por. La campanya pretén prevenir el consum de snacks, ja que segons la campanya els infants britànics consumeixen més de cinc litres d'oli l'any pel consum d'snacks, que a més contenen un alt percentatge de sal (Agrodigital.com, 2006).

6.2.2.4 Violència

En el camp de la prevenció dels maltractaments també es considera prioritari focalitzar l'esforç preventiu en evitar el maltractament, força millor que només actuar sobre les conseqüències derivades d'aquesta experiència traumàtica com pot ser l'alcohol o les drogues (Miller i Mancuso, 2004, 163).

També en l'àmbit de la prevenció de maltractaments, es considera que la seva complexitat provoca que cap estratègia preventiva pugui ser considerada com suficient o millor, es necessiten múltiples intervencions (*ibid.*, 165).

¹²⁰ Combinaven farmacologia.

Des del punt de vista de la prevenció del maltractament, i per tant, del subseqüents problemes amb l'alcohol o altres drogues per reduir l'auto-etiquetatge que pot esdevenir a les víctimes de traumes, una major conscienciació i coneixement per part de la població de la prevalència i impacte que en la infància el maltractament pot originar, pot ajudar a defugir l'estigmatització social de les víctimes (*ibid.*, 162).

Per Garbarino i Eckenrode (1999, 263) desenvolupar la consciència social sobre quelcom no és assumpte fàcil, necessari no obstant això, per al creixement de l'individu i com a pas important d'una civilització. Els autors parteixen d'una integració ecològica que partint dels micro sistemes arribi als macrosistemes per evitar l'abús als infants (*ibid.*, 262). Tenint en compte les característiques del maltractament, on bona part dels casos es donen dins el nucli familiar, és cabdal per prevenir els maltractament, l'enfortiment de les famílies a través de l'increment de recursos psicològics i socials per als progenitors, ja que d'aquesta forma, s'incrementa la probabilitat de que ofereixin una cura més apropiada als seus fills i filles (*ibid.*, 283).

La nostra perspectiva ecològica ens diu que les famílies depenen d'altres sistemes socials, els agradi o no. Aquestes connexions han d'operar en favor i no en desmembrament de la família. Aquesta és la idea bàsica subjacent a la nostra proposta d'apertura i de construcció de ponts socials com a manera d'enfortir a les famílies (ibid., 284).

En matèria de prevenció dels abusos infantils dos són els nuclis centrals a tenir en consideració (*ibid.*, 292):

- S'han de proporcionar més respostes comunitàries eficaces enfront el maltractament infantil per interrompre la sèrie dels "adults que van patir abusos quan eren infants".
- S'han de millorar les habilitats socials dels progenitors i la seva descendència, per ajudar-los a navegar per les agitada vides de l'adolescència primerenca.

6.2.2.5 Càncer de pell

El càncer de pell emergeix amb força, tanta que al Regne Unit ja és el més nombrós (Eadie i MacAskill, 2007, 250). Com en tants altres afers de salut, es considera que la prevenció a edat infantil és molt important, no tan sols per la seva major vulnerabilitat, sinó perquè l'exposició inadequada quan s'és petit incrementa molt el risc de futurs melanomes.

Des d'aquesta àrea de prevenció, s'enfronten al problema anteriorment esmentat que succeïa a l'hora de canviar els comportaments nutricionals de la gent, és a dir, que la gent coneix força què és el que ha de fer per protegir-se del sol, però a la pràctica en el seu comportament no hi actuen d'acord amb el continguts teòrics que posseeixen. Al seu estudi, Eadie i MacAskill (2007, 253) comprovaren que mentre els joves i les mares eren conscients de la necessitat d'evitar les cremades de sol, no succeïa així amb el bronzejat. El bronzejat el veien com quelcom saludable i anava associat amb sentiments de millora d'autoestima i d'estatus social. El coneixement sobre com s'utilitzaven les cremes de forma eficaç també era baix (*ibid.*, 255). En els seus resultats (*ibid.*, 258) comprovaren que els missatges negatius sobre els perills de càncer de pell tenen un valor limitat d'acord amb el seu objectiu de promoure protecció solar. En canvi, els missatges que es centraven més en el efectes a curt termini de la sobreexposició al sol com la incomoditat, la vergonya o la interrupció de les vacances semblen tenir major rellevància.

D'igual mode, com el bronzejat té bona premsa, les intervencions destinades a canviar a nivell individual es més probable que siguin rebutjades, d'aquí que dirigir-se als agents que promouen aquestes conductes, especialment la indústria de la moda i els mitjans de comunicació, pot demostrar-se com una estratègia efectiva a llarg termini. A curt termini, l'únic missatge que sembla mostrar-se eficaç, són els missatges que promouen un bronzejat segur, bronzejar-se sense cremar-se. Tanmateix, els avisos sobre l'envelliment de la pell sembla que poden tenir algun pes, principalment en dones. Així que es proposen tres línies d'actuació per a futures campanyes de prevenció. Les campanyes necessiten encarar:

- L'absència de coneixement al voltant de l'ús de cremes: quan, quina freqüència i quantitat.
- La percepció de que les cremes són un ajuda per bronzejar-se millor més que un mitjà per protegir-se.
- L'alt cost del producte, que desencoratja a aquelles amb menys ingressos a comprar en quantitats suficients.

Per una altra banda, com que les mares són habitualment les promotores de la protecció solar a la família, informacions sobre com animar als infants a adoptar mides de protecció contra el sol, en forma d'idees i suggerències poden ser una bona estratègia. Al mateix temps Eadie i MacAskill (*ibid.*, 259) admeten que com bona part de la informació per protegir-se del sol, la gent la treu de forma passiva dels mitjans de comunicació, aquests poden jugar un paper molt important si insereixen missatges de protecció contra el sol en notícies adients i programes d'entreteniment que puguin arribar a les seccions clau del públic.

6.3 ALTRES APORTACIONS PER A LA PREVENCIÓ DELS TCA

L'epidemiologia dels TCA així com de les seves manifestacions subclíniques és preocupant, entre d'altres motius perquè com diuen Guirado i Ballester (2005, 64) és la mateixa societat la que facilita el desenvolupament d'aquest tipus de trastorns, sobretot en criatures d'onze anys, la qual cosa ens indica que quelcom no funciona correctament a aquesta societat i que possiblement cal revisar alguns estàndars socials que cada vegada més es mostren com patògens. Es necessita canviar per millorar la qualitat de vida de la gent, ara bé, la transformació també ha de comptar amb la col·laboració política, sense voluntat política les accions preventives es veuen força limitades, i de fet la ciència en general. Ja que com afirma Bronfenbrenner (1987, 28) la ciència necessita a la política encara més del que la política oficial necessita a la ciència elemental.

*El principi de la interconnexió s'aplica no només dins dels entorns, sinó també, amb la mateixa força i mateixes conseqüències, als vincles entre entorns, tant aquells en què la persona en desenvolupament participa realment, com aquells en què tal vegada no entri mai, però en els que es produeixen fets que afecten al que succeeix en l'ambient immediat de la persona (Bronfenbrenner, 1987, 27). Els primers constitueixen l'anomenat mesosistema¹²¹, i els darrers els exosistemes. Al mateix temps, es considera el complex de sistemes seriat i interconnectats com una manifestació dels patrons de la ideologia i l'organització de les institucions socials comuns a una determinada cultura o subcultura. Els patrons generalitzats s'anomenen macrosistemes¹²². El microsistema és un patró d'activitats, rols i relacions interpersonals que la persona en desenvolupament experimenta en un entorn determinat, amb característiques físiques i materials determinades (*ibid.*, 41).*

¹²¹ Un mesosistema és un sistema de microsistemes. Comprèn les interrelacions de dos o més entorns en els que es participa de forma activa, per un infant poden ser les relacions entre casa, l'escola i el grup d'iguals del barri. Per una persona adulta pot ser la relació entre família, treball i vida social (Bronfenbrenner, 1987, 44).

¹²² Els esquemes de sistemes varien pels diferents grups socioeconòmics, ètnics, religiosos i d'altres subcultures, reflectint sistemes de creences i estils de vida contrastants, que al mateix temps, ajuden a perpetuar els ambients ecològics específics de cada grup (*ibid.*, 45).

6.3.1 Alimentació i exercici

No tenir en consideració els diferents elements que condicionen o influeixen en les preferències alimentàries pot conduir al fracàs d'actuacions en el camp de la salut pública o en l'econòmic, conduint a una inhibició dels organismes públics en relació als continguts de la publicitat dels aliments, fins al punt de fer inútil una política de prevenció sanitària, ja que aquesta entra en contradicció amb determinats missatges publicitaris (Contreras, 1993, 7).

És cert que el fet propagandístic resulta cada vegada més influent amb els comportaments alimentaris. No obstant això, les variables que poden entrar en joc en l'entramat que conforma el camp de la conducta alimentària poden ser enormement variades. Poden ser-ho elements directes i concrets com les dietes, a d'altres d'influència més indirecta com la distància entre el lloc residència i el centre educatiu al qual s'hi assisteix. Un exemple el trobem en l'estudi de Moczulski i altres (2007), que es centra en el final de l'adolescència i principis de la vida adulta, relaciona el desplaçament que han d'efectuar l'alumnat per anar als centres educatius amb el tipus d'alimentació. Si l'escola agafa lluny de casa és possible que es recorri a *fast food* per qüestions econòmiques i d'estalvi de temps amb la conseqüent manca de dieta equilibrada. Al mateix temps, consideren que el medi, en el sentit ecològic, contribueix o pot facilitar que es practiqui més exercici físic o que es mengi millor. Poden condicionar-hi, la disponibilitat d'àpats equilibrats i variats a restaurants i bars o el disposar de transport públic que no et faci dependre del cotxe per a tot. Recerques d'aquesta tipologia poden servir-nos, no tant que també com és obvi, per recordar-nos la importància de l'entorn dels infants per a què puguin menjar en condicions o realitzar exercici, sinó per plantejar reflexions sobre els hàbits de desplaçaments de la població adulta, com a influent o condicionant de la vida de moltes criatures de primària. Quins hàbits es transmeten a través mobilitat?

L'experiència que envolta al fet alimentari és fonamental per a bastir les nocions sobre el què s'entén que "és menjar guai". La *junk food* és un tipus de menjar característica dels adolescents americans que ha de ser considerada dins del context d'una experiència social que inclou música, soroll i companyia;

experiència social que moltes vegades no troben en les seves famílies, que no els proporcionen uns àpats regulars en companyia. De totes maneres, l'adolescència presenta característiques intrínseques que no es poden atribuir per complet a la desregularització dels àpats familiars. Potser una de les solucions nord-americanes passa pel que deia el nutricionista Schuchat (1973 a Contreras, 1993, 10) quan afirmava que només quan “els bars d’amanides” arribessin a ser llocs “de moda” per reunir-se, s’haurien d’esperar canvis més o menys dràstics en els hàbits alimentaris adolescents.

Rozin (1982 a Odgen, 2005, 41) entén que més que qualsevol mida biològica que puguem imaginar, el millor predictor de les preferències, hàbits i actituds alimentaris de qualsevol ésser humà concret seria la informació al voltant del seu grup ètnic. En part, per a els ésser humans l’entorn sociocultural on habiten és transcendental perquè les persones no posseeixen “senyals” físiques precises que l’indiquin quan està saciat, o sigui que els indicadors que anuncien a la gent “ja n’hi ha prou” són dèbils i fàcilment sotmesos a pressions culturals (Douglass, 1979 a Contreras, 1993, 14): “una miqueta més?” “què no està bo?” “un dia és un dia” “pren-te una altra copa” “no m’ho aniràs a mensprear!”, són comentaris prou quotidians i significatius pel que fa a la pressió cultural que limita “escoltar” les respostes somàtiques del nostre organisme. Ja que, és la cultura la que genera el sistema de comunicació que dictamina sobre què és comestible i què no, sobre què és tòxic o sobre quan es pot estar saciat. Així doncs, cada societat disposa d’unes regles, escrites o no, en funció tant de criteris nutricionals, culturals o emocionals; però per entendre aquesta “reglamentació” s’han de situar en el context global de la societat en qüestió (Contreras, 1993, 14).

Mai estar de més recordar que no hi ha dos organismes humans amb les mateixes necessitats nutricionals, encara que tinguin la mateixa edat, sexe i alçada no tenen exactament el mateix metabolisme. Per aquest motiu és molt complicat determinar quantitats adequades dels diferents elements nutritius que s’han d’ingerir regularment (*ibid.*, 23). Així doncs, com afirma Alemany (2002) hem de menjar per nodrir-nos, per això ens hem d’oblidar de moltes recomanacions sobre dietes, que no tenen cap base científica i només persegueixen una finalitat comercial sota un discurs pseudosanitari.

L'antropòloga Margaret Mead (a Gómez, 1996, 148) als anys quaranta ja començà a denunciar que a la nostra societat s'estava començant a substituir el tradicional concepte de pecat referit al sexe pel pecar menjant alguna cosa "que no toca", la qual cosa assentava les bases per una relació incorrecta o inadequada amb l'aliment. Com afirma el doctor Bratman¹²³, la dieta és una eina poderosa i ambigua, massa complexa i emocionalment carregada per ser prescrita de forma lleugera, és massa poderosa per ser ignorada.

Les recomanacions per una alimentació saludable han canviat molt en els darrers anys (Odgen, 2005, 39) i a vegades s'ha tendit cap a extrems poc raonables. Menjar verdures, hortalisses i fruita és molt bo, però no gaire quan esdevenen plats principals, sempre han de ser acompanyants dels àpats principals, però mai substituir-los. A banda que com en gairebé tot un excés pot tenir conseqüències negatives, com per exemple un excés d'hortalisses a la dieta pot provocar dilatació intestinal per fermentació, o un excés de fruita pot ocasionar una sobrecàrrega de sucre similar a la que s'assoliria menjant dolços (Alemany, 2002).

Malgrat que la llet materna contingui tots els nutrients necessaris pels nounats, o sigui és l'aliment més complet que poden prendre, al propassat segle va haver-hi un abandonament massiu de la lactància materna en favor del biberó tant a Estats desenvolupats com en els de en vies de desenvolupament, a banda de les explicacions comercials, una de les explicacions d'aquesta acció contranatura rau en que el biberó fou pres com a sinònim d'estatus social més elevat, considerant-se així que donar el pit era una costum vulgar més pròpia de pagesos que de gent "moderna i civilitzada" (Contreras, 1993, 46).

Tanmateix, evidències de creixement suggereixen que la influència de la nutrició materna en el desenvolupament fetal s'estén més enllà del creixement físic, ja que, inclou efectes en l'experiència dietètica. L'entorn alimentari del desenvolupament del fetus és sensible a canvis en el model de dieta materna i aquesta font d'exposició pot assentar les bases per una acceptació del menjar sòlid dels infants (Fisher i Birch, 2001, 23).

¹²³ <http://www.orthorexia.com>

L'alimentació amb la llet materna és la forma més beneficiosa d'alimentar als nounats, la llet de pit proveeix no tan sols de quantitats de nutrients apropiats sinó també un rang d'altres factors que contribueixen al creixement i el desenvolupament del sistema immunitari i altres òrgans. Per exemple, el ferro a la llet materna és altament biodisponible i és normalment suficient per les necessitats d'un infant completament alimentat amb pit fins a sis mesos d'edat (Robertson i altres, 2004, 50)

A una recerca a gran escala sobre l'elecció del menjar es conceptualitzaren nou factors que influeixen en la motivació a l'hora d'escollir-la. Atractiu sensorial, els costos de la salut, la comoditat en la seva adquisició i en la seva preparació, el control del pes, el coneixement de l'aliment, la regulació de l'humor, el contingut natural del menjar i les preocupacions ètiques relatives a la manufactura i al país d'origen (Odgen, 2005, 41).

S'ha demostrat que la neofòbia és major als homes que a les dones, tant en persones adultes com en infants, ve de família i és mínima en bebès als quals es deslleten amb aliments sòlids, però major en l'època de caminar a gates i en el període preescolar (Birch i col. a Odgen, 2005, 43).

Una hipòtesi explicativa de la influència del contacte amb el menjar consisteix en la idea de la "seguretat apresada" (Kalat i Rozin, 1973 a Odgen, 2005, 43), que sosté que la preferència augmenta perquè el fet d'haver consumit l'aliment no ha produït conseqüències negatives. Diferents estudis han corroborat aquesta idea en què els infants tenien només l'oportunitat de veure l'aliment, mentre que altres el van veure i el van provar. Els resultats mostraren que el fet d'observar els àpats nous no era suficient per augmentar la preferència i que era necessari provar-les (Birch i cols., 1987 a Odgen, 2005, 43). De totes maneres, semblava que les conseqüències negatives s'havien de produir en un curt període de temps després de provar l'aliment. A més, dir als nens i nenes que un menjar nou era "bo per ells" no influïa a la neofòbia, mentre que dir-los que tenia bon gust sí (Pliner i Leowen, 1997 a Odgen, 2005, 43). Per causa de la nostra neofòbia alimentària, s'entén que una criatura la primera vegada que li donem puré el toca, juga amb ell i finalment prova una mínima quantitat, mai el plat sencer. Amb el temps, després d'uns 8-10 contactes deixarà de mostrar-se

suspicaç i determinarà que aquell plat passi al calaix subconscient de les preferències o de les aversions (Lirio, 2004).

Les recompenses poden servir sempre i quan el infant no pensi que se li està oferint un premi per prendre la verdura, entenent a aquesta com quelcom intrínsecament dolent (Lowe, Dowey i Horne 1998 a Odgen, 2005, 49). S'ha d'evitar utilitzar el menjar com a premi o càstig. Si premies menjar l'àpat amb les postres, premiar comportament amb menjar, o retenir-ho emprant-lo com un càstig, el nen o la nena pot arribar a ser incapaç de veure el menjar i el fet d'alimentar-se com un fet social plaenter que l'ajuda a créixer. En canvi, el menjar serà un camí per demostrar poder i per expressar emocions com aprovació, desaprovació, amor o odi. Si se li diu a l'infant que ha de rebre un premi com el postre o permís per veure la televisió, "ell ha de menjar" certs aliments, aprendrà a que li desagradin aquests aliments. Aprendrà a preferir el menjar que és usat com a premi "endrega la teva habitació i podràs menjar galetes o gelat" (Herrin i Matsumoto, 2007, 82).

Les estratègies d'alimentació que restringeixen l'accés als infants al menjar ràpid poden augmentar l'atractiu dels mateixos, encara que a curt termini poden semblar eficaces, ara bé, el problema de la restricció de determinats aliments és que habitualment quan els infants tenen accés als elements restringits acostumen a ser els escollits (Odgen, 2005, 49). No pot tenir lloc la por al greix o contar calories o grams de greix. Si un pare o mare restringeix el seu menjar i es preocupa pel pes i el menjar, la seva angoixa pel que fa al fet alimentari es pot transferir fàcilment a la seva quitxalla (Herrin i Matsumoto, 2007, 81).

És convenient evitar actituds puristes amb el menjar. Prohibir o fins i tot restringir el consum de postres, menjar ràpid o el denominat menjar escombraries pot fer aquests aliments més atractius del que serien si es permetés un accés regular a ells com una part d'una dieta saludable i equilibrada (*ibid.*, 80). Alguns infants poden aprendre a emprar el rebuig al menjar com una arma en relació amb els progenitors. Tot i això, durant l'edat de preescolar i els primers anys d'edat escolar, els nens i nenes acostumen a tenir bona gana, essent doncs, menys freqüents els trastorns alimentaris que a la primera infància o l'adolescència. És de destacar, la importància que

adquireix la figura de l'alimentador –mare, figures parentals, cuidadors– en la mesura en què l'adequada o no adequada resposta a les necessitats de l'infant, no solament nutritives sinó d'un altre caire, condicionarà el seu desenvolupament afectiu i emocional (San Sebastian, 2003, 149). Per tant, és important donar oportunitats a l'infant a escollir menjars, mentre amablement se li anima a menjar bé al temps que s'ofereix un model saludable de menjar i exercici (Herrin i Matsumoto, 2007, 79).

La recerca de Lewinsohn i altres (2005, 217) suggereix que els infants que estan involucrats en lluites de control amb la seva mare als àpats, manifesten més problemes de conducta en general. La selecció extrema d'aliments i el rebuig no van ser correlacionats amb cap dels indicadors d'infància, pes o problemes de conducta, suggerint que aquests factors eren indicatius de comportaments de menjar normals i que no són part d'un model de patologia infantil.

Evitar la regla del plat net, ja que també pot ser perjudicial condicionar-ho a un premi com les postres. Aquesta pràctica ensenya els infants a ignorar sensacions corporals que senyalen plenitud i en canvi, confiar a menjar tot el que està disponible. Els estudis han mostrat que els infants als quals els seus pares exerceixen més control sobre què i quant han de menjar, mostren una habilitat més dèbil de controlar la seva pròpia ingesta alimentària. Al mateix temps, és necessari no etiquetar el menjar com bo o dolent. Estudis han mostrat que pares i mares amb formació tendeixen a restringir l'accés de la seva quitxalla a menjars "dolents" i l'animen a consumir "bons" menjars. De fet, no tan sols restringint aliments resulta en un decreixent del desig d'aquests àpats, així potser menjarà aquests àpats quan els tinguin disponibles encara que no tinguin gana (Herrin i Matsumoto, 2007, 82).

Les influències social poden modificar l'acceptació envers els menjars dels infants a través de l'aprenentatge per observació o bé a través de la interacció directe que proporcionen les experiències socials. Per descomptat els progenitors i les persones que en diferents àmbits s'encarreguen de la cura dels nens i nenes poden servir especialment de principals models de menjar perquè de la seva autoritat directe depenen els menjars que arriben a les

cases, com també de moltes decisions que prenen pel que fa a l'alimentació que afecten els infants (Fisher i Birch, 2001, 29).

En resum, amb els temes alimentaris, sembla prou clar que la idea que ha de ser el rerafons és la següent: el que s'hauria de transmetre és la idea de "menjar de gust i sense passar-se" (Alemany, 2002). Es tracta de convèncer no de vèncer. En aquesta línia un exemple televisiu el trobem al Regne Unit el cuiner Jaime Oliver a través del seu programa de televisió va iniciar una campanya contra l'obesitat infantil, mitjançant el programa intentava millorar els hàbits alimentaris dels infants, tot i el fracàs inicial. Va tornar a la càrrega per ensenyar a les cuineres i als infants a preparar aliments divertits i sans. A més penja a Internet les receptes per facilitar les coses als progenitors (Lantigua, 2006). A casa, nostra el portal www.lamalla.net, també proporciona receptes per tal que la quitxalla les pugui realitzar a casa seva.

Per Lirio (2004) la solució a la inapetència del infants ha d'anar en dues direccions. En una, fomentant la gana a través de plats atractius, vaixella vistosa o menjars encoberts; en una altra, recuperant el circuit normal de gana-sacietat a la criatura estimulants l'exercici, imposant temps curts als àpats i deixant part del control de l'alimentació a la quitxalla, permetent-li que reguli la quantitat de menjar atès que els progenitors controlen l'interval entre preses i el tipus d'aliment.

La dificultat pel que fa al comportament alimentari és un dels temes més freqüents a la majoria de consultes pediàtriques i de serveis d'orientació (Aparicio i altres, 1998, 5). A vegades no hi ha cap problema, senzillament la incapacitat per menjar tot el que se li ofereix té a veure amb el ritme del seu desenvolupament psicomotor, d'igual mode que no totes les criatures aprenen a caminar o a controlar els esfínters al mateix temps, no tots comencen al mateix moment a apreciar la riquesa dels matisos d'una alimentació variada (Lirio, 2004).

Els problemes en l'alimentació dels infants més petits de 36 mesos són habituals, poden incloure rebuig de menjar, manifestació d'afecte negatiu i comportament negativista durant l'àpat, menjar summament lent i tenir enrabiades o esclats d'enuig durant les hores de menjar. El fet que els infants

no mengin pot ser causat per diferents motius. En primer lloc tenim els condicionants psicològics (gelosia del germanet...). en segon lloc, malalties orgàniques (erupció dental...); tanmateix, també es pot observar com els infants més moguts o més intel·ligents tendeixen a menjar poc perquè el fet mateix del menjar els representa una pèrdua de temps en el qual no poden gaudir de la seva insaciable activitat exploradora del medi, ja sigui pel seu ànim d'aprendre o per la seva manca de capacitat per concentrar-se en una tasca (*id.*).

Sovint, darrere de l'aparença d'una gana difícil de satisfer, s'amaguen problemes força diferents, ja que els infants a vegades tenen dificultats per expressar el que els preocupa o desitgen i ho poden compensar amb la necessitat de menjar. El fet de poder discutir de les seves preocupacions amb calidesa molt possiblement atenuarà l'avidesa pel menjar (Falk, Majoros i Tardos, 2001, 24). D'igual mode, també s'ha de tenir en compte que cap als dos o tres anys gairebé tots els nens i nenes passen per una fase de menor gana perquè els seves necessitats energètiques no són tan grans. Aquest fet fisiològic provoca angoixa i desconcert en algunes mares, i el seu desconeixement genera autèntiques batalles a casa a l'hora de menjar (López, 2000, 31).

A l'educació de la conducta alimentària és preferible actuar més amb reforços positius que negatius. A més, s'ha d'actuar de forma prematura per prevenir dificultats majors i més permanents (Aparicio i altres, 1998, 22). Alts nivells de control parental en l'alimentació infantil estan negativament associats amb l'habilitat dels infants per regular l'ingesta energètica, per tant, incrementant el nivell de control patern en l'alimentació provoca que decreixin les oportunitats dels nens i nenes de practicar i desenvolupar un autocontrol en el menjar. Al mateix temps, l'equilibri de control progenitors-infants en l'alimentació sembla tenir una influència formativa en el menjar dels infants; l'habilitat per autoregular la ingesta està determinada, en part, gràcies al fet que els pares i mares proporcionen una estructura menjant mentre alhora permeten a les criatures un cert grau d'autonomia (Fisher i Birch, 2001, 30).

Igualment, una excessiva pressió i restricció per exemple d'aliments alts en greix i sucre, en l'alimentació infantil, pot comportar sense cap mena d'intenció,

paradoxals efectes en l'alimentació dels nens i nenes. La restricció pot enfortir les preferències infantils per una ingesta d'aliments restringits, mentre que les directives paternes per menjar poden resultar en un disgust i rebuig per menjar. Ambós aspectes de control poden generalment fer disminuir les eleccions alimentàries dels nens i nenes, i focalitzar els infants en afers "externs" relacionats amb l'alimentació com la quantitat de menjar deixat al plat; i també devaluen la pròpia gana i sacietat dels infants com a determinants primaris de quan comença l'àpat i quan s'acaba. Així doncs, restringir l'accés a menjars transforma paradoxalment aquest aliments en "aliments prohibits" en l'alimentació infantil. Les preferències de les criatures seran reforçades pels aliments que són oferts com un premi pel compliment d'una altra tasca, per tant, oferir un aliment preferit a la vista, però fora de l'abast, disminueix la capacitat dels infants per exercir autocontrol sobre obtenir el menjar ofert com a recompensa. En conclusió, prohibir els *snacks* incrementa el seu desig, i això sense deixar de banda, la possible autoavaluació negativa que pot inculcar a la quitxalla, ja que una fixació per evitar determinats aliments "prohibits" pot transmetre una exagerada obsessió per la imatge corporal (*ibid*, 31).

González (1999, 34 i següents) considera important precisar alguns tòpics que es diuen sobre els nens i les nenes que poden predisposar a un conflicte l'hora de menjar en cas de no comprendre'ls o no ser coneguts.

- La quantitat que necessita un animal, si no es té en compte la seva feina i el seu creixement, depèn bàsicament de la seva mida. De fet, ens diu, que els infants petits es mouen però no tant i a més no realitzen veritables feines ni aixequen pes. A més, quan més creixement hi ha, més aliment es necessita, però el creixement passa per diferents etapes que afecten a la necessitat d'ingesta energètica. Sense tenir en compte el període intrauterí quan creixem proporcionalment més és durant el primer any de vida. Tanmateix, no creixem perquè haguem menjat, ja que la nostra talla està determinada pels gens, sinó que mengem perquè estem creixent, per tant, l'infant d'un a sis anys que creix més lentament, menja menys que el de 6 mesos o el de 12 anys que està en període de ràpid creixement.

- Quan s'obliga als nens a menjar verdures quan no volen i se'ls castiga quan no ho fan, es donen moltes possibilitats que després les rebutgin al llarg de la seva vida. El motiu rau en la baixa densitat calòrica de les papilles de verdura o fruita amb les quals es pretén substituir el pit o el biberó. Els bebès com que tenen l'estómac molt petit necessiten ingerir aliments amb una alta densitat energètica com la llet materna, no és un problema de gust, si se'ls deixa tranquils els nens i nenes petites no acostumen a tenir una repugnància per les verdures, les solen acceptar en quantitats petites, el problema sorgeix quan en nom d'una pretesa salutabilitat se'ls intenta fer empassar tot un plat sencer que no té el contingut calòric que necessiten en comptes del que sí els proporciona el pit o el biberó.
- Al voltant de l'any –alguns ho fan als 9 mesos i altres a l'any i mig– els bebès “deixen de menjar” per causa de la disminució en la velocitat de creixement, augmenta la necessitat energètica per mantenir-se amb vida perquè s'és més gran, i augmenta la despesa energètica en moure's més, però el descens en el ritme de creixement comporta una baixada espectacular en la necessitat energètica. El resultat és que l'infant necessita menjar el mateix que quan era més petit o menys. El desconeixement d'aquesta característica pot dur a un pensament erroni que relacioni mida amb necessitat energètica, és a dir, si en un any menja x, amb dos menjarà el doble. Habitualment cap als 5 o 7 anys es torna a menjar una mica més. El conflicte acostuma a sorgir quan les famílies esperen que mengi més del que realment necessita.
- Cap a l'any els infants acostumen a travessar una fase en la qual intenten menjar sols i gaudeixen fent-t'ho, si no se l'obstaculitza és probable que continuï així la resta de la seva vida, ara bé, si per evitar que mengin menys, triguin més o es taquin la mare opta per donar-li ella de menjar, això pot crear un mal hàbit que comporti posteriors problemes perquè els infants de dos o tres anys ja no solen mostrar el mateix desig espontani de menjar sols.

- Una de les principals raons per les quals un infant es pot negar a menjar és que un determinat aliment no li senti bé. A més, les al·lèrgies poden arribar a ser perilloses. A vegades un bebè comença a mamar més o menys content, però sembla cada vegada més incòmode fins que comença a plorar i deixa anar el pit. Com expliquen moltes mares “és caure-li la llet a l'estómac, i es posa a plorar com si li fes mal alguna cosa”. En una situació d'aquest tipus es palesa una al·lèrgia o intolerància alimentària a alguna cosa que ha menjat la mare. Habitualment és a la llet de vaca, però també pot ser-ho al peix, els ous, la soia, les taronges, etc. En aquests casos, la mare ha d'eliminar per complet de la seva dieta l'aliment sospitós per comprovar-ho, o bé, eliminar tots els “sospitosos habituals” i anar-los introduint d'un en un.
- Un malentès típic és pensar que la llet materna o el biberó no alimenten prou, la idea errònia prové del seu estat líquid, no obstant això, té un contingut calòric i proteic molt alt.
- Si es vol que l'infant mengi aliments sans haurà de deixar de donar-los “xuxes”. S'ha de limitar a partir de l'any la llet i derivats a mig litre al dia o menys, donar de beure aigua pura –no més llet, suc i encara menys refrescs–, reservant els pastissos i llaminadures per les festes.
- L'horari de la presa de llet materna és un mite. La quantitat de greix a la llet materna augmenta al llarg de la presa, és a dir, la llet que surt al principi té poc greix i la que surt al final té fins a cinc vegades més, o sigui, que un bebè que pren 50 ml de cada pit, no pren el mateix que un que en pren els 100 ml d'un sol pit.
- Els bebès autoregulen la seva dieta a partir de tres variables. En primer lloc, la quantitat de llet que prenen a cada presa, en segon, el temps entre una presa i l'altra, i per últim, el prendre d'un sol pit o dels dos. Quan se'ls impedeix controlar un dels mecanismes, la majoria aconseguixen una dieta adequada maniobrant amb els altres dos. Emperò, el bebè que no pot decidir res, sinó que ha de prendre “el que li toqui” pot tenir problemes si la seva dieta s'allunya massa del que necessita com un pes inadequat, passarà el dia famolenc i plorós.

Segons la teoria dels processos paradoxals del control mental de Wegner (a Odgen, 2005, 133) ha mostrat que suprimir un pensament i el control del mateix poden tenir l'efecte paradoxal de fer més destacats els pensaments que l'individu intenta suprimir. Per exemple, a un experiment es demanava als participants que tractessin de no pensar en un os blanc i que si ho feien piquessin un timbre. El resultat de la prova constatà que els que intentaven no pensar en l'os picaven el timbre amb major freqüència que els que reberen la instrucció de pensar en ell. Així doncs, la decisió de no menjar determinats aliments és fonamental en l'esquema cognitiu de la persona a dieta. És possible que la decisió de posar-se a dieta i no menjar debiliti els intents de perdre pes, atès que en transformar-se el menjar com quelcom que l'individu es nega, l'aliment es converteix en prohibit i en conseqüència com objecte del desig (Odgen, 2005, 134). Així ho palesà l'estudi de Keys anteriorment citat al capítol I, d'igual mode un estudi de Polivy i cols (1994 a Odgen, 2005, 137) que examinà la conducta alimentària d'excombatents i expresoners de la Segona Guerra Mundial, s'arriba a la conclusió que els excessos de menjar eren estranys entre els excombatents, però no era així entre els expresoners que havien experimentat importants pèrdues de pes als camps de concentració.

Aparicio i altres (1998, 7) recomanen que es propiciï un clima tranquil, relaxat, sense interferències (tv, ràdio, animals...) perquè el moment dels àpats sigui sempre plaenter. Per tant recomanen evitar dins del possible:

- Desordre ens els horaris.
- Preparació d'aliments a darrera hora.
- Interrupcions llargues entre plat i plat.
- Els crits, esbracades, correccions constants.
- El menjar massa de pressa.
- Les situacions incòmodes per manca d'espai.

Al mateix temps, s'han d'estimular els bons hàbits mitjançant reforços positius del tipus:

- *Menges com un nen/a gran.*

- *És un gust veure-us menjar.*
- *Demà us prepararé una sorpresa.*

Els nens i nenes aprenen maneres i adopten regles de cuina sobre quan i com s'han de menjar els aliments –ja sigui amb cullera, forquilla...– i els diferents tipus de menjars en quins moments és adient menjar-los. Els infants aprenen que les regles alimentàries canvien en diferents ambients, com per exemple quan passa un dia a casa d'una amiga o amic (Fisher i Birch, 2001, 28).

Uns estudis utilitzaren gravacions de vídeo on es veien nens més grans que consumien amb entusiasme menjar rebutjat, que s'exhibia a criatures amb una història de rebuig cap al menjar rebutjat. Els resultats van mostrar que el fet de veure els vídeos modificava significativament les seves preferències alimentàries, incrementa el seu consum de fruites i verdures (Lowe, Dowey i Horne 1998 a Odgen, 2005, 45). D'igual mode les actituds dels progenitors davant el menjar i l'elecció que en fan també són fonamentals en el procés d'aprenentatge social, tant pel que fa als hàbits (varietat, tipologia), el que compren, preferències...

La influència dels pares en els models de consum dels infants, ja sigui fent que certs productes de menjar estiguin disponibles o a través del propi consum, s'ha vist a diferents estudis, Així doncs, és necessari tenir en consideració aquest fet, quan es desenvolupen intervencions per canviar els models de consum dels infants (Reinaerts, 2006, 346).

Stock i altres (2007) van trobar eficaç que després de rebre formació sobre estil de vida saludable (menjar saludable, ser físicament actius, tenir imatge corporal saludable) els més grans de l'escola feien de mestres –tenien una parella discent– en l'alumnat més petit i observaren canvis positius tant en els grans com en els petits. Aquest tipus de programes poden ser més efectius, tant pel que fa a canvis positius referents al coneixement, actituds i comportament que els que imparteixen mestres.

Com ho palesen recerques com la de Deforche i altres (2006, 567) la tendència sembla ser que demostra que adolescents amb sobrepès i obesos mostren una menor participació esportiva i tenen una actitud menys positiva envers l'activitat

física en comparació amb els seus homòlegs. Per això és necessari que les pràctiques esportives facilitin l'accés a tota mena de "pesos". Això també necessàriament ens condueix a oferir una major varietat esportiva amb la qual tothom pugui trobar-s'hi a gust, ja que ens els indrets com el nostre estat on predomina de forma abassegadora una única modalitat esportiva, en el fons, al nostre entendre, es fomenta la restricció en l'accés a l'activitat física, entesa aquesta com una forma lúdico-recreativa. A banda dels beneficis que podríem anomenar subsidiaris de l'exercici, recentment s'ha cosensuat que es necessiten entre 45 a 60 minuts d'activitat física moderada diària –a la infància i l'adolescència àdhuc més –per prevenir la transició de pes normal a sobrepes o obesitat en adults (*ibid*, 560).

En una actuació en que es pretenia promoure l'activitat física entre joves d'entre 13 i 17 anys, que es definien així mateixos com no interessats en esports o exercici, van optar pels missatges positius que venien l'exercici i l'esport com "divertits i excitants", i adolescents que parlaven a adolescents, per aconseguir un major grau d'efectivitat, que al seu entendre no aconseguirien ni amb pares, mares, mestres o personatges famosos (Cove, 1998 a Arora, Stoner i Arora, 2006, 200).

L'activitat física contribueix a la salut física, mental i social, i millora la qualitat de vida de la gent de totes les edats. Aquests beneficis a més ajuden a reduir els costos socials i de cura de salut. Per tant l'activitat física hauria de ser considerada com un element essencial en la prevenció de les malalties cròniques, com també una part central d'un estil de vida saludable (Robertson i altres, 2004, 40)

6.3.2 Màrqueting

Com a més prominents fonts que ens influencien en el nostre consum tenim a les amistats, parents, professionals de la venda, publicitat, catàlegs, fulletons i les publicacions de consum (Wilkie, 1986, 156). De fet, alguns elements no provenen directament de la indústria, per això, si acceptem que la nostra societat consumista afavoreix els TCA, hem d'intentar actuar sobre el màxim de factors que influencien sobre els nostres comportaments de compra.

L'audiència respon més a la forma com l'argument li és presentat que a les característiques objectives de l'argument (Tversky and Kahneman, 1981 a Arora, Stoner i Arora, 2006, 200).

Tot i que diferents estudis apunten a una major eficàcia dels missatges positius, en altres casos, com en l'autoexàmen dels pits per detectar precoçment un possible tumor poden funcionar millor els negatius. No obstant això, molts són els factors que poden influir com el nivell cultural i el tipus de producte anunciat. Els missatges expressats de forma positiva influencien més a població amb més nivell cultural, en canvi, els negatius afecten més a la de menys. Aquests darrers, poden generar un estat de por i amenaça que mogui als receptors a actuar, per això el nivell d'èxit depèn del nivell de por experimentat pel subjecte. Tanmateix, produir alts nivells de por també pot ser contraproductiu perquè focalitzar en els aspectes nocius desmereix els canvis conductuals recomanats pel missatge (Arora, Stoner i Arora, 2006, 200). Al nostre entendre, el missatge expressat de forma negativa pot ser molt útil per un públic adult, però tot i que mai es pugui descartar emprar-lo per a un públic infantil, el seu contingut pot tenir efectes perniciosos en les ments en creixement de l'alumnat de Primària, amb pors i angoixes innecessàries; al mateix temps, és una estratègia que no s'ha demostrat massa eficaç en la prevenció de les drogodependències.

El màrqueting de salut¹²⁴ és una àrea multidisciplinària de pràctica de salut pública. Aquest innovador enfocament aprofita les teories i principis tradicionals del màrqueting i afegeix estratègies fonamentades en la ciència per prevenir, promoure la salut i protegir la salut. Dissenyant des de camps com el màrqueting, comunicació, i promoció de la salut pública, el màrqueting de salut ofereix un cos de teories, estratègies i tècniques que poden ser emprades per guiar la feina en recerca de salut pública, intervencions, i campanyes de comunicació. Per tant, el màrqueting de salut implica creació, comunicació, i oferir informació de salut i intervencions usant les estratègies centrades en el client i fonamentades en la ciència per protegir i promoure la salut de poblacions diverses.

¹²⁴ <http://www.cdc.gov/healthmarketing/> (23-05-08).

- El màrqueting de salut no és un terme que pretengui excloure altres disciplines fonamentades. En canvi, el màrqueting de salut incorpora les teories, estratègies, i elements clau d'altres disciplines. D'igual forma, afegeix elements a altres disciplines.
- Les seves estratègies i tècniques estan basades en part en les teories de màrqueting tradicionals. Els seus elements bàsics reflecteixen anys d'evidències basades en la investigació que analitzen les necessitats, valors i mètodes d'intercanvi per diferents mercats.
- El màrqueting de salut és una integració de moltes disciplines i funcions per trobar les necessitats de salut de diferents poblacions.
- El màrqueting de salut és una nova àrea de pràctica que era esta sent redefinida per institucions i persones expertes arreu del món.

Stead i altres (2007) ha efectuat una revisió de l'eficiència del màrqueting social, és a dir, de l'aprofitament que es fa de les estratègies comercials per resoldre problemes socials i/o de salut, gràcies a la seva eficiència en el canvi d'actituds. A Estats Units el màrqueting social està en *in crescendo* pel que fa a la seva defensa com eina útil de cara a les estratègies públiques que pretenen influir en estils de vida voluntaris com fumar, consum d'alcohol, ús de drogues i fer dietes (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2005). Els quatre components clau del màrqueting social que no és una teoria en si mateixa sinó que s'aprofita del coneixement de diferents disciplines per comprendre com influir en el comportament de la gent, són (Stead i altres, 2007, 127):

1. Es basa en el canvi voluntari de conducta, no tracta de coaccionar o forçar.
2. Tracta de induir el canvi aplicant el principi d'intercanvi, és a dir, ha d'haver-hi un clar benefici si la persona canvia de conducta.
3. S'empren les tècniques de màrqueting com els estudis de mercat, segmentació...
4. La seva meta final és millorar el benestar individual i social, no beneficiar a les organitzacions que fan màrqueting social.

El màrqueting social és important per proveir informació i habilitats respecte a la necessitat d'alterar conductes dels estils de vida per canviar les condicions de les malalties. Ara bé, a menys que la salut pública es centri en eliminar les condicions de la malaltia i promovent condicions de salut, els nostres esforços per millorar la salut tindran efectes limitats. La promoció als mitjans de comunicació pot ser usada per canviar la mirada, i que els problemes de salut pública siguin vistos com quelcom social, no produït de forma individual, és important tractar amb el concepte de producció social (Wallack, 1990, 384).

El màrqueting de salut es defineix com a creatiu, comunicador i que entrega informació de salut, a través d'intervencions que enfoquen la seva actuació en el client i en estratègies basades en la ciència per protegir i promoure la salut de població diversa¹²⁵.

El màrqueting combinat és un terme emprat per descriure la integració de quatre elements fonamentals en el màrqueting, els quals són sovint anomenats les quatre *P*:

- **Producte:** l'article, producte o servei que serà proveït que comporta beneficis per aquells que el consumeixen; inclou qualitat, *packaging*, disseny i nom de la marca.
- **Preu:** costos monetaris i no monetaris al mercat
- **Punt de venda:** canals i localitzacions on el producte podrà ser obtingut
- **Promoció:** comunicació directa, publicitat i anuncis.

Essencialment, perquè un producte sigui efectiu ha d'estar fet a la mida de les necessitats dels clients, amb un preu realista, distribuït a través dels canals convenients, i activament promocionat als clients.

Un exemple de màrqueting tradicional: una companyia de refrescos crea un nou producte sota el nom de la seva marca. Per publicitar el producte de forma eficient, s'anuncia als diaris locals amb cupons que ofereixen descompte pel producte. La companyia distribueix la nova beguda amb els seus altres

¹²⁵ Centers for Disease Control and Prevention

productes, per tant, està disponible a la majoria de botigues del país. Així és com la companyia utilitza el màrqueting combinat.

- Producte: nou refresc; posat a la venda com a part d'una marca ja existent.
- Preu: preu reduït pel període introductori.
- Lloc: àmpliament distribuït als indrets convenients
- Promoció: anunciat als diaris locals

Un exemple de màrqueting de salut: el Centre Nacional de Salut desenvolupa un test molt ràpid de HIV que proporciona resultat en la meitat de temps que els tests actuals. Per publicitar eficientment el producte, els kits de prova són anunciats pels mitjans nacionals i revistes mèdiques. El Centre Nacional de Salut envia mostres gratuïtes del nou kit de proves a cada departament de salut de l'Estat, els quals els entreguen als departaments locals de salut, dispensaris i hospitals. Així és com el centre utilitza el màrqueting combinat:

- Producte: nou kit de proves per HIV; distribuït per una creïble agència de recerca.
- Preu: gratis per utilitzar de prova.
- Lloc: àmpliament i uniformement distribuït a través dels estats emprant els departaments de salut de l'estat i locals
- Promoció: mitjans nacionals ho publiciten al públic; revistes informen a la comunitat mèdica.

Un dels aspectes fonamentals del màrqueting és el concepte d'intercanvi, els individus paguen un preu per productes i serveis. En el màrqueting de salut, l'intercanvi sovint inclou un preu no monetari, com l'esforç o el temps. Per exemple:

	Preu	És intercanviat per	Benefici
Màrqueting tradicional	Diners		Cotxe nou
Màrqueting de salut	Temps de viatge fins al centre de salut		Revisió de la pressió sanguínia

Als Estats Units van posar en marxa *Verb. It's what you do*, una campanya de màrqueting social de caràcter nacional i multicultural duta a terme entre els anys 2002-06. La iniciativa coordinada pel Departament de Salut i el Centre per la Prevenció i Control de Malalties, aplicà estratègies de màrqueting comercial per influir al comportament voluntari de les audiències seleccionades per tal de millorar el benestar social i personal. Alguns trets de la campanya que pretenia conduir el jovent cap a estils de vida saludables:

- Missió: incrementar i mantenir l'activitat física entre els *tweens* (9 a 13 anys).
- Audiències: la campanya *verb* encoratjava als nens i nenes a ser físicament actius cada dia. Per aconseguir-ho combinava publicitat pagada, estratègies de màrqueting i col·laboracions amb socis per juntant forces arribar a diferents audiències del públic diana. Al mateix temps, altres audiències importants eren els progenitors i els adults amb capacitat d'influir sobre el jovent: professorat, joves *leaders*, professionals d'educació física, la salut i la pediatria, proveïdors d'assistència sanitària, entrenadors/es, etc.
- Fites:
 - Incrementar el coneixement i millorar les actituds i creences dels infants sobre la pràctica regular d'exercici físic.
 - Incrementar suport i encoratjament de pares i mares i adults influents per a què els *tweens* participin en activitats físiques.

- Intensificar la consciència de les opcions i oportunitats pels infants de participar en activitats que impliquin exercici físic.
- Facilitar oportunitats als *tweens* de participar en activitat física de forma habitual.

A més, també tenen la seva pròpia mascota a mode de logo, que entre d'altres accions al web, demanen fotos fetes amb la pilota groga. Com assenyalen, el logo de la pilota groga recorda que jugar és divertit, encén el desig a practicar activitat física alliberant els infants a desenvolupar els seus somnis.

6.4 L'EDUCACIÓ PER LA SALUT ÉS UNA EDUCACIÓ EN VALORS

Els valors, i més concretament l'educació en valors, com no podria ser d'una altre manera ateses les seves característiques intrínseques, resulta fonamental per treballar en el camp de la prevenció dels TCA. El paradigma d'educació en valors dins el qual ens situem és el que ha estat desenvolupat pel GREM¹²⁶, en el qual cada persona ha d'anar construint autònomament la seva matriu de valors. Cal promoure el desenvolupament moral, en tant que procés que porta a la persona a construir racional i autònomament els seus valors (Buxarrais, 1997, 85). Fet que no vol dir caure en el relativisme que exonera a certs valors del seu alt grau, desitjable pel bé social, d'objectivitat.

Cal anar amb compte amb el concepte d'autonomia perquè pot induir a error. De defensar que les persones pensin per si mateixes, que prenguin les seves decisions i que per tant poden emetre respostes diverses, no pot deduir-se que en un context moral no existeixen ni el bé ni el mal objectius (Haydon, 2003, 113). El respecte als valors particulars de les persones o col·lectius han de ser garantits, però sempre que s'atinguin al respecte dels valors universals que ens obliguen a tothom. I és en aquesta dialèctica entre valors particulars i universals que l'educació juga un paper irremplaçable (Elzo, 2006, 24).

Al mateix temps, és urgent desterrar la idea que atribueix al mot llibertat la traducció que tothom pot opinar el que vulgui de qualsevol tema sense donar raó del que diu més enllà d'un genèric "segons la meva opinió" que conclou l'intercanvi dialògic en "això creus tu, això crec jo" (*ibid.*, 14).

Una prevenció de TCA necessita partir de l'educació en valors com a campament base. Atès que educar en valors significa trobar espais de reflexió tan a nivell individual com col·lectiu per a què els nens i nenes siguin capaços d'elaborar de forma racional i autònoma els principis de valor, principis que els permetran enfrontar-se críticament a la realitat. Alhora, l'educació en valors permet aproximar els infants a conductes i hàbits coherents amb els principis i normes que hagin fet seus, per tal que les relacions amb els altres estiguin

¹²⁶ Grup de Recerca en Educació Moral de la Universitat de Barcelona.

orientades per valors com la justícia, la solidaritat, el respecte o la cooperació (Buxarrais, 1997, 81).

Aquest procés personal va estretament lligat a l'educació per la salut. L'educació en valors és dinàmica, ja que gestiona els valors controvertits o predominants de cada context, per tant, resulta fonamental per abordar la prevenció dels TCA de manera adient, ja que com he vist, els TCA els podem encabir dins la categoria de trastorns ètnics. Els motius són molts, però en destacaríem el fet que per a la gestió assenyada de la pròpia salut es requereixen les estratègies d'educació en valors com per exemple la comprensió crítica del món que ens envolta i d'altres relacionades amb l'aprenentatge vicari com el *role model*. Cal, com fan els bons programes d'educació en valors, i com defensem al nostre treball, oferir eines, coneixements i mostrar valors que facin possible prevenir els TCA.

Igualment, com succeeix en d'altres vessants de l'educació en valors, cal que els nens i les nenes vivencin l'educació per la salut gràcies, en part, als mitjans de comunicació. Els valors s'aprenen perquè es viuen no perquè et diuen que els has de viure, així com el gaudi alimentari es viu, no s'aprèn verbalment. Oblidar aquestes premisses i no tenir en compte les estratègies d'educació en valors, pot fer fracassar qualsevol acció preventiva que ja no estaria considerant la importància que té el que es valora al context sociocultural en qüestió.

Així mateix, des de l'educació en valors, es fonamenten i basteixen tot un seguit de competències personals que de caire inespecífic ajuden als nens i nenes a ser més competents en el món actual, i per tant, a ser immunes o adquirir més resistència envers els agents causants dels TCA, com d'altres patologies de salut mental.

Bona part del jovent d'avui dia pateix una dissonància entre els valors finalistes i els valors instrumentals: aposten i inverteixen de forma afectiva i racional en els valors finalistes com el pacifisme, ecologia o la tolerància; però al mateix temps, presenten mancances en els valors instrumentals sense els quals els primers corren el risc de quedar-se en el mer discurs formal, ja que palesen manca de compromís, participació, valor de la feina ben feta o del valor de

l'esforç. És per això, que l'educació en valors instrumentals és fins i tot més important que l'educació en valors finalistes (Elzo, 2006, 21).

Parlem d'un món de competències, resumits en la màxima aprendre a aprendre, que ens prepari per a l'aprenentatge al llarg de la vida que suposa, entre d'altres, l'educació per la salut. Cal ensenyar a discernir en el que és creïble, útil i científic, del que és hipotètic, superflu i fals, i com no, el valor de l'adaptabilitat s'ha de plasmar en l'educació, ja que les disciplines de la salut, com la gran majoria, no són estàtiques i tenen un gran dinamisme, que requereix que el valor d'aprendre al llarg de la vida sigui present, no serveixi basar l'educació en l'acumulació de coneixements que poden quedar ràpidament obsolets (Giménez-Salinas, 2006, 72).

Com en tantes altres ocasions, en el camp dels TCA existeix un alt component polític, en el sentit ampli del terme. Per això, cal saber distingir de la tolerància activa de la tolerància passiva, sense oblidar la intolerància necessària. La tolerància passiva equival a la indiferència, en canvi, l'activa implica el respecte profund a la diferència, sense obviar la necessària intolerància davant de determinats comportaments i idees (Elzo, 2006, 21).

Si bé és cert que aprendre a menjar d'una manera variada cal que s'apregui a la família (Amigo i Errasti, 2006, 49), no és menys cert, que com gairebé tot el que es relaciona amb la prevenció dels TCA, és quelcom que es pot abordar mitjançant la televisió. ara bé, si el contingut que s'estableixi es fa de manera massa indeterminada, no hi ha res definit a transmetre, pel contrari si és massa rígid, s'imposen unes restriccions que no es poden justificar en termes de valors que assumiria una societat democràtica (Haydon, 2003, 158).

Mitjançant els continguts televisius s'influència en els valors familiars. Igualment, els progenitors el modelatge en valors que efectuen repercutiran en una o altra direcció en funció de quins siguin els predominants. Seria bo, per tant, fer-los reflexionar sobre la capacitat d'influència que té la reiteració de certes actituds, tant en la seva vessant positiva com potencialment negativa. Per exemple, una escolta atenta i comprensiva de les emocions de la quitxalla, així com l'oferiment d'estratègies de resolució de problemes que afecten a les seves emocions, pot ajudar a evitar un consum exagerat i desendregat

d'aliments altament calòrics (Amigo i Errasti, 2006, 59) i/o d'aliments a totes hores.

Els canvis i transformacions fulgurants en la societat d'avui dia fan difícil distingir que és essencial respecte del que és més accessori. És per això, que la racionalitat¹²⁷ ens és imprescindible per entendre i situar adequadament l'allau d'*imputs* que rebem, analitzar-los, sospesar-los, qüestionar-los, ordenar-los, pensar-los, per llavors poder construir cadascú les seves pròpies escales de valors i tenir el control sobre les nostres vides. Necessitem que qui ha de construir el futur siguin críticament autònoms i que siguin capaços d'avançar cap a un món millor (Elzo, 2006, 10).

Com comentàvem, les estratègies de l'educació en valors són al mateix temps estratègies tan per la prevenció inespecífica com específica dels TCA. El treball pedagògic en l'àmbit dels valors ha de desenvolupar un seguit de dimensions morals (Martínez, 1995 a Buxarrais, 1997, 90):

- Autoconeixement: facilita tan el coneixement de si mateix com la valoració, permetent clarificar-se sobre la pròpia forma de ser, pensar o sentir.
- Autonomia: entesa com a capacitat d'autorregulació que permet una major coherència entre el que un pensa i el que fa, essent la pròpia persona la que estableix el valor i s'organitza per actuar d'acord amb ell.
- Capacitat per transformar l'entorn: formula normes i projectes contextualitzats en els quals es posin de manifest valors relacionats amb la implicació i el compromís.
- Comprensió crítica: suposa adquirir informació sobre de la realitat moralment rellevant, analitzant-la críticament des de diferents mirades.
- Empatia i perspectiva social: permeten a la persona incrementar la seva consideració amb els altres, interioritzant valors com la cooperació i la solidaritat.

¹²⁷ Això no implica oblidar-se de la dimensió emocional, però no se li pot atorgar una valor excessiu a la mateixa.

- Habilitats socials i per la convivència: conjunt de comportaments interpersonals que la persona aprèn i configuren la seva competència social en els diferents àmbits de relació.
- Raonament moral: desenvolupament del judici moral per tal de conduir a pensar amb criteris de justícia i dignitat personal.

Concloent, l'educació moral en tant que condició necessària per l'educació integral (Buxarrais, 1997, 92) ho es també per la prevenció dels TCA. La mateix temps, l'educació en valors proporciona les eines fonamentals per orientar-nos en la societat del coneixement, i per tant, per tenir cura de la nostra salut.

CAPÍTOL VII: CONCLUSIONS

Si l'atenció a la salut es troba bloquejada davant els grans problemes de salut de la nostra època és principalment perquè ella es centra essencialment en la tecnologia mèdica i no té prou en consideració els aspectes educatius, ja que canviar comportaments i crear actituds favorables a la salut és educar, és una tasca educativa (Castillo, 1998, 35).

CAPÍTOL VII: CONCLUSIONS

7.1 LA PREVENCIÓ ÉS POSSIBLE I NECESSÀRIA

Els TCA són universals perquè poden afectar potencialment a qualsevol persona –encara que algunes ètnies semblin estar més protegides–, no respecten classes socials, ni gènere encara que sigui majoritari a les dones i són suficientment comuns perquè tothom conegui algun cas proper. No obstant, compten amb una característica esperançadora: en tant que trastorns ètnics es pot actuar positivament en la seva prevenció, si bé s’ha de lluitar contra diferents interessos econòmics i contra determinats valors socials imperants.

Això sí, la prevenció necessita d’un canvi en el sistema de valors per tal de reduir o eliminar factors que contribueixen i/o propicien els TCA, així com potenciant factors de protecció o resistència.

En la seva estratègia per Europa, l’OMS recorda que les nenes i els nens són la nostra inversió per a la societat del demà, i per tant, la seva salut afectarà la prosperitat i estabilitat dels Estats de la Unió Europea¹²⁸. Així doncs, la nostra recerca circula en paral·lel envers aquesta premissa, i amb un dels principals focus de treball en el camp dels TCA, com és la recerca en l’àrea de la prevenció i intervenció primerenca (Stice i Hoffman, 2004 a Roehrig i altres, 2006, 1).

Les idees que la gent té de la salut estan conformades per les seves pròpies experiències, coneixements, valors i expectatives. És per això, que la problemàtica de salut que se’ns planteja suposa un gran repte pedagògic. Si bé a priori quan hi ha una voluntat consensuada el coneixement sobre salut és de

¹²⁸ La bona salut des de la vida prenatal fins a l’adolescència és un recurs de desenvolupament social i econòmic. El contrari és també veritat, la càrrega de la mala salut i un desenvolupament deteriorat en un nen o nena té multitud d’efectes no desitjables.

hipotètica fàcil transmissió, els canvis en els valors, l'autoeficàcia i els hàbits de salut requereixen d'un gran esforç (Bandura, 2004, 158).

Per tot plegat, és necessari abordar pedagògicament, en la seva vessant més aplicada, problemàtiques de l'àmbit de la salut per col·laborar amb altres professionals de l'àmbit sanitari, ja que com bé és afirmat amb rotunditat per la Llei de Salut Pública catalana, la majoria dels determinants de salut es troben fora del sistema sanitari, és a dir, pertanyen al camp sociocultural.

Les dades epidemiològiques dels TCA no són alarmants percentualment parlant, però la prevenció és més que necessària per la seva gravetat i la seva elevada cronificació, amb tot el que això suposa per la persona afectada i el seu entorn, així com pel molt elevat nombre de trastorns subclínic i de persones que duen a terme conductes inadequades que perjudiquen el seu cos i la seva salut. A més, comptem amb l'agreujant que significa que la població de risc s'estigui estenent, arribant ja a edat molt primerenques com la dels nens i nenes que cursen Educació Primària.

Entenem que s'ha de vetllar per la qualitat de vida de la gent, prevenint i promocionant conductes saludables, encara que no tingui un cost beneficiós envers el tractament, ja que la prevenció es justifica per si mateixa per raons de la qualitat de vida i per evitar el patiment de tota la població (Rosenstock, 1990b, 417), i més encara quan ens adrecem a la de la població infantil que té tota la vida per recórrer. Igualment, és més efectiu evitar que aturar els comportaments poc saludables.

Malgrat no voler entrar en disquisicions pecuniàries, perquè intervenir a través de la televisió no tan sols promou la qualitat de vida per la qual tot servei públic ha de propugnar, sinó que pot resultar econòmicament molt rentable, atès els "limitats" recursos que es necessiten per contribuir-hi¹²⁹. Al nostre entendre, els càlculs de costos són gairebé impossibles de realitzar per la gran quantitat de variables que hi prenen part només en la vida d'una persona malalta de TCA i

¹²⁹ La inclusió dins dels guions televisius, dins la línia argumental, disminueix en bona part el cost de la prevenció, alhora que intervé en un dels nínxols ecològics importants que té capacitat d'influir sobre diferents espais del nostre ecosistema social.

pels elevats costos socials, difícilment mesurables, que generen els trastorns subclínic i totes aquelles conductes anòmales amb el menjar o en relació al cos a les quals moltes persones se sotmeten.

En definitiva, invertir en prevenció és una valuosa inversió. I és que, com afirma Valentí Fuster, la prevenció és la nostra assignatura pendent i cal potenciar-la, entre molts motius, perquè sinó la intervenció mèdica arribarà a nivells insostenibles, atès que els avenços científics i tecnològics aconseguits durant els darrers anys no han aconseguit fer front a les denominades malalties *del progrés* (Bouché, 2004, 49). La salut avui dia es juga en el terreny cultural, per això, si pretenem potenciar-la i prevenir malalties i trastorns com els TCA, cal que incidim en un dels seus principals exponents comunicatius com és la televisió.

La salut va lligada al seu entorn, és un assumpte individual i social, per això és tan important intervenir-hi. D'aquí també, que la comunicació i la producció de missatges sigui molt important. Els infants els han de veure propers i entendre'ls. Per això, cal conscienciar la gent sobre la responsabilitat social que tothom té.

Com s'ha comentat, existeix una gran relació entre la salut i el desenvolupament social i econòmic d'un país, per això ha de ser una causa comuna. No es pot actuar a nivell individual per controlar els factors de risc, com si la major part de culpa tot fos responsabilitat de l'individu, oblidant així, la responsabilitat comunitària per exemple, per no dir l'ampli entorn social en el qual habitem. Evidentment posar tot l'èmfasi en el nivell individual, comporta connotacions morals, fruits del patrimoni moral, que situen la responsabilitat en el nivell personal, la qual cosa no vol dir evidentment, que no n'hi hagi cap responsabilitat individual (Minkler, 1999, 123). Estar malalt no pot mai significar que s'és culpable, amb totes les estigmatitzacions que això comporta, com pot succeir quan es duen a terme campanyes que sobreemfasitzen la responsabilitat individual, centrades en eslògans de prevenció del tipus "no deixis que això et passi" que sovint inadvertidament estigmatitzen a les persones amb discapacitats (*ibid*, 128). Per això és tan important el suport social per la vida de les persones.

La controvèrsia sobre llibertat d'elecció, en la qual el tabac ha centrat bona part de l'atenció mediàtica, també genera a Estats Units demandes contra companyies de *fast food* sota arguments com que "els clients són enganyats de manera intencionada per les companyies que exploten astutament el desconeixement que aquells tenen del que és bo per ells" (Bauman, 2006, 131). No defensem aquesta judicialització de la nostra vida pública al estil estatunidenc, sí una més gran educació i participació social de la ciutadania a l'hora de defensar els seus drets, com el de la salut¹³⁰.

Altrament, els infants tenen dret a tenir accés al coneixement i habilitats per millorar la seva salut i la de la comunitat en que viu. D'aquí que no siguin recomanable els bloquejadors d'informació que fomenten la censura, no tan sols perquè aquesta restricció habitualment només endarrereixi o entorpeixi trobar la informació desitjada, sinó perquè el que realment necessitem és una educació moral que conreï l'autonomia i la responsabilitat, entre d'altres valors.

Malgrat que canviar els valors no és tasca fàcil, no podem negar que gran part de les nostres autodeterminacions personals estan guiades per valors. Per tant, perquè molts comportaments sans puguin implantar-se a la societat, cal que prèviament es clarifiquin els valors sobre els que aquells es fonamenten (Polaino-Lorente, 1987, 91).

El nostre posicionament és més aviat educatiu, està més per educar als infants sobre els món audiovisual que censurar, ja que l'edat no és un obstacle per la comprensió. No obstant això, existeix el dilema entre protegir i educar, part del qual potser s'ha de resoldre a cada família. Nosaltres no podem dirimir certes tensions educatives que tenen a veure amb la ideologia regnant a cada llar. La base de les accions ha de partir del paradigma de l'educació moral¹³¹ com a

¹³⁰ Erikson (a Serrano, 1997, 12) afirma que només existeix un tipus veritablement adult, la persona que té cura de si mateixa, de l'altre, de l'ambient, en definitiva, la persona solidària. Tota la resta, diu que o romanen en l'estat de l'adolescència d'una forma egoista, essent immadurs, o són vells d'esperit.

¹³¹ Atesa la seva dimensió holística cal emprar les estratègies educatives pròpies de l'educació moral, com el modelatge, coeducació, fomentat de l'autoregulació, clarificació de valors, diagnòstic de situacions, etc. Mitjançant una intervenció ecològica mostren formes de fer,

desenvolupament: valors mínims i universals, reconeixement de les diferències i un procediment per considerar-les de mode autònom (Puig, 2003, 19). Cal un compromís de tots els nivells de la societat, perquè precisament la pluralitat coexistent a la nostra cultura, ens obliga a posar-nos d'acord ni que sigui en uns mínims, que com en el cas que ens ocupa, ajudin a dur a la gent la vida tan saludable com sigui possible, i que la salut no es vegi sotmesa a obscurs interessos econòmics del *body system* (Turón, 2003b, 461).

Si bé el terme prevenció¹³² arrossega connotacions més mèdiques i esdevé una noció massa estreta per les problemàtiques de salut mental, per contra, l'expressió promoció de la salut es fixa en els aspectes més positius, té una vessant formativa o educativa; per nosaltres formen un binomi complementari, ja que no tot es pot pal·liar des d'una o altre concepció.

La prevenció universal potser primària, secundària o terciària depenent de la situació personal de cada subjecte, així que si en el nostre plantejament ens acostem més aviat a una idea de prevenció primària universal, la intervenció col·lateralment també pot tenir efectes en la prevenció secundària i terciària.

La investigació epidemiològica (Syme, 1991 a Perea, 2004, 17) mostra que els grans canvis en els hàbits i pràctiques de salut no s'han produït com a conseqüència dels esforços educatius adreçats a conductes més o menys aïllades, sinó més aviat com a efecte de canvis més globals. I és que resulta difícil que es produeixin modificacions en les conductes si al mateix temps, no es promouen els canvis ambientals adequats.

Si bé és cert que la modificació dels hàbits en part depèn de determinades variables ambientals i que, canviant aquestes, els hàbits es modifiquen, la persona té llibertat de moviments que està més o menys condicionada per l'entorn en el qual es mou. En conseqüència, no ens podem limitar a canviar el medi ambient sinó que cal ajudar a la persona a modificar la seva pròpia

d'actuar, de resoldre situacions problemàtiques sense caure en un mimetisme de possibles conseqüències negatives.

¹³² Si bé s'han emprat altres expressions sinònimes, el terme prevenció és el que més hem utilitzat durant la tesi per definir els nostres objectius.

conducta, és per això, que avui dia bona part dels agents perjudicials resideixen dins els éssers humans (Polaino-Lorente, 1987, 18), per tant, és necessari proporcionar coneixement i eines per aconseguir-ho.

Com defensa l'OMS cal desenvolupar un ambient que condueixi a la salut, per això, d'acord amb la tipologia dels TCA, així com el mitjà pel qual pretenem que s'intervingui, entenem que el millor model és el l'ecològic femení que condueix a l'*empower* i actua en els diferents nínxols ecològics que influencien la vida dels infants, i per extensió de la població adulta. Adoptem aquest paradigma des d'una concepció global, la qual cosa no ens porta a descartar les virtuts d'altres models que s'han mostrat vàlids en determinades circumstàncies com el model *Health Belief*.

Al mateix temps, seguint una perspectiva ecològica, com va remarcar la Taula Rodona en Prevenció de TCA (Pearson, Goldklang i Striegel-Moore, 2002, 236), és millor intervenir preventivament sobre grups que sobre individus.

La prevenció ha d'iniciar-se quan els infants estan cursant Educació Primària – entre els 6-12 anys– abans que estiguin arrelades pràctiques antinaturals i que poden ajudar que s'arribi a contraure algun tipus de desordre alimentari entre els adolescents. Molts dels hàbits que posen en perill la salut al llarg de tota la vida es formen durant la infància i l'adolescència. Com ho exemplifica que freqüentment s'iniciï en l'hàbit de fumar de joves, rarament una persona adulta s'inicia. És més fàcil prevenir hàbits de salut perjudicials que després intentar canviar-ho quan està profundament arrelat com una part de l'estil de vida (Bandura, 2004, 157-158).

Així doncs, la infància és ideal per la prevenció perquè els esquemes de primor, els prejudicis contra la gent grassa i el greix, i els processos de comparació social encara no s'han consolidat; i això que ja de bell antuvi es detecten cada vegada més. Igualment, encara que cada cop resulta una afirmació més arriscada, intervenir de forma primerenca és bo perquè encara no s'han desenvolupat conductes i actituds de risc.

Al mateix temps, és a la infància quan els nens i nenes elaboren bona part dels estereotips que els acompanyaran a la vida adulta, com els negatius sobre l'obesitat.

Malgrat que els infants no consumeixin només televisió com a mitjà de comunicació, és el mitjà d'abast més universal i el més consumit de llarg, tant pel que fa al nombre d'hores com en el que respecta a percentatge de la població que la veu. Com mostren les xifres de consum, la televisió permet que les intervencions preventives s'acostin a gairebé la totalitat de la població d'Educació Primària, així com al que podem anomenar el seu nínxol ecològic, la gent que és capaç d'influir en tots els sistemes que formen part de la vida ecològica social dels infants de 6 a 12 anys i que d'una o altre forma poden tenir capacitat d'influència en les condicions de vida dels infants

El màrqueting social és una potent i interessant eina de cara a dotar de coneixements i promoure canvis de comportament en l'àmbit dels TCA i de l'educació per la salut en el seu conjunt. No obstant això, com que la millor propaganda és la no propaganda, la defensa de l'ús dels mitjans de comunicació per prevenir en la prevenció de patologies, alhora que en la promoció de bons hàbits de salut que ens poden conduir a una vida més saludable, van més enllà de la "simple" utilització d'una estratègia aglutinadora com pot ser l'esmentada. Això sí, un captament més global dels *media* també suposa una transformació i una utilització més àmplia i complicada en el seu conjunt.

Vivim en un món audiovisual i com ens assenyalà Orozco, *la televisió és l'arquetip de l'audiovisual*. Si bé la influència que pot exercir la televisió està mediada pel context familiar, social i per la personalitat de l'infant. Però no és menys cert que la televisió i els mitjans ofereixen formació permanent els 365 dies de l'any, i que en bona mesura la gent actua conforme les seves imatges de la realitat, i és la televisió la gran front de les mateixes. Quina altra intervenció podria arribar al seu públic diana amb menys recursos que una intervenció transversal en tota la programació televisiva?

Les narracions audiovisuals, com s'ha pogut comprovar fins i tot amb finalitats polítiques, són una potent eina educativa. Tan gran és la seva capacitat d'influència, que de tant en tant, sentim queixes de professionals davant sèries que no els representen bé o poden transmetre informacions perniciososes.

A més, les característiques del mitjà permeten una adaptació força ràpida a les circumstàncies del moment, com exemplifica que la clàssica sèrie Barri Sèsam als Estats Units ja ha dedicat un capítol a explicar els efectes de la crisi i trucs per estalviar: a l'argument un dels personatges de la sèrie veurà com la seva mare perd la feina, i en conseqüència els seus hàbits de consum han de canviar¹³³.

El coneixement dels riscos i beneficis per la salut crea la preconcepció necessària per al canvi. Ja que si a la gent li manca el coneixement de com el seu estil de vida afecta la seva salut, tenen poques raons per encarar l'esforç de canviar els hàbits perjudicials que duen a la pràctica en el seu quefer quotidià (Bandura, 2004, 144). Això sí, amb contingut conceptual només es pot modificar el coneixement, però no necessàriament les actituds ni els valors.

Els mitjans formen, socialitzen i eduquen a la infància. En els animals superiors, sobretot en els humans, no cal que l'aprenentatge es produeixi a través d'una experiència directa, ja que l'aprenentatge basat en l'observació juga un gran paper. Així, gràcies al procés de modelatge –observació i imitació del comportament– aprenem tot tipus de conductes socials, que ens permeten per exemple, aprendre que no s'ha de jugar amb foc, si veiem que algú altre es crema (Myers, 2005, 336).

Així mateix, els rols també poden tenir un valor molt positiu quan surten de l'estereotip constant. Per anar assimilant els rols de gènere els nens i nenes es basen en la freqüència relativa dels exemples, per la qual cosa, cal que el canvi en l'atribució de rols en funció del sexe, sigui present transversalment a tot el discurs televisiu.

Com a gran font d'influència en els infants, cal remarcar la importància dels adoptadors, els líders socials. Com ens assenyalava Bandura, moltes vegades la televisió mostra el camí, però són els adoptadors els que inciten als seus companys i companyes a actuar.

Mitjançant el modelatge simbòlic la influència es pot augmentar ensenyant actes que aconsegueixen recompenses. A tal efecte, cal aprofitar la força del

¹³³ Font EFE/LAMALLA.CAT. «Barri Sèsam explicarà la crisi als nens». 26 d'agost de 2009. www.lamalla.net

relat per emocionar i transmetre. Cal canalitzar els seus anhels i temors, emprant la identificació, projecció, catàrsis, transferència –associacions amb coses des/agradables–.

L'entorn social és important per determinar la tipologia de programes que es veu. Els nens i nenes tendeixen a mirar els mateixos programes, es cerca l'experiència compartida. No és tan destacat el nombre d'hores, que també pot ser-ho, sinó el tipus de continguts que es consumeixen; alhora sovint té més importància la relació que es té amb el mitjà que el contingut que aquest vehicula.

La pugna de sectors interessats en fer-se un forat a l'espai mediàtic també pot ser un handicap per iniciatives educatives a través dels mitjans, però no hauria de ser-ho tant com a mínim en el que respecta a les televisions públiques. A més, si molt apuréssim, també se li podria exigir a les cadenes privades, ja que aquestes el que fan és gaudir d'una concessió governamental per oferir un servei públic.

Altrament, de la publicitat ens queda força camí per aprendre, com el fet de fer inferències arbitràries, per associar determinats valors als “nostres” productes. Emperò, l'aplicació del màrqueting al camp de la salut necessita de reajustaments, ja que molts “productes” de salut són sovint intangibles. Ara bé, com ens mostra la campanya que posà en marxa del 2002 al 2004 els centre de control de malalties d'Estats Units “Verb: It's what you do” per promoure l'activitat física entre els infants la campanya emprà la premsa, ràdio, televisió com la pàgina web www.verbnow.com, noves idees ja estan aprofitant els coneixements del món de l'empresa. L'objectiu de Verb era transmetre que ser físicament atiu “és guai, divertit i una oportunitat per passar-ho bé amb les amistats”. Per això, entre d'altres temes, proposava idees sobre jocs i activitats que es podien practicar a l'exterior. Segons un estudi després de dos anys, hi havia una relació positiva entre la freqüència amb la que els infants afirmaven haver vist la campanya i els resultats cognitius i conductuals relacionats amb l'activitat física (Saínez, 2007).

Els infants estan exposats a una quantitat d'activitats de màrqueting sense precedents mitjançant una àmplia gamma de canals que s'eixamplen. Com que

els més joves reben un eluvió propagandístic de tot tipus de productes des de cereals als darrers ginys electrònics; travessar el cercle per arribar a ells amb qualsevol missatge, especialment amb missatges de salut, és complicat. Per aconseguir-ho, seguint les estratègies de les grans firmes comercials, la campanya VERB emprà l'anomenat *marqueting d'experiència* –proporciona un esdeveniment vital o experiència que ofereix a la població diana l'oportunitat de veure un producte i provar-lo per ells mateixos– per arribar als *teens* nens i nenes de 9 a 13 anys amb missatges sobre l'activitat física.

El *marqueting d'experiència* situa la base de la seva activitat en el cara a cara, a través d'una experiència personal utilitzant el producte o servei o a través d'una demostració. D'aquesta forma s'afavoreix el record del producte o servei que es ven, ja que es vincula a una experiència significativa del públic al qual s'adreça. D'acord amb l'estratègia vivencial, el *marqueting d'experiència* inclou estratègies com oferir mostres gratuïtes, oferir períodes de prova gratuïts, i organitzant esdeveniments i jornades que permeten als consumidors usar els productes que els són “venuts”.

Les investigacions apunten a que els adolescents que experimenten i proven els nous productes o serveis tenen creences i actituds més positives sobre els productes o serveis en qüestió, que els que són abordats per la via més passiva i tradicional d'exposició (Heitzler, Asbury i Kusner, 2008, 188). Però el que cada cop és més clar, que cap mitjà per ell mateix és suficient, cal trobar la correcta mescla d'estratègies de *marqueting*. Ja que el *marqueting d'experiència* no és cap substitutiu de les emissions o anuncis escrits, és un aliat poderós.

Centrant-se en les activitats (*ibid.*, 192) que agraden als infants, les campanyes de salut exitoses seran aquelles que entenguin com integrar el *marqueting d'experiència* com una tàctica complementària a les campanyes tradicionals de difusió.

En referència als criteris diagnòstics, a banda que els pacients poden oscil·lar molt en els seus trets diagnòstics patològics, els criteris diagnòstics així com les seves modificacions sempre s'han de tenir presents per estar al dia. Ara bé, no ens interessa polemitzar al seu voltant, sinó aprofitar-nos de la discussió

científica i del seu avenç. És per això, que aquestes són unes conclusions amb regust a recapitulació atès que representen una intenció d'ordenar sintèticament els continguts dins els quals ens hem immers en l'elaboració de la present tesi doctoral.

A continuació, recollim unes consideracions de caire genèric a tenir en compte en les intervencions preventives dels TCA, posteriorment n'efectuem una síntesi d'alguns dels principals continguts que hauria de tenir la programació televisiva per contribuir a la prevenció dels TCA. En darrer lloc, apuntem quins són al nostre entendre els límits de la present recerca.

7.2 CONSIDERACIONS DE CARÀCTER GENERAL

- Els programes que s'adrecen a les causes subjacents dels problemes amb què els joves es troben, tenen més probabilitats d'ajudar-los canviar i tenir èxit que aquells que es centren tan sols en una sola categoria comportamental (Dryfoos, 1997, 40).
- La reiteració crea ecosistema, però per convèncer la gent el missatge no pot distar massa del que creu, cal partir dels seus coneixements i creences previs. Per això cal intentar fer programes participatius, en els quals s'intentin recollir els neguits i preocupacions de les persones de tot l'ampli camp relacionat amb els TCA.
- Aprofitar l'efecte ona de la televisió ja que és la que marca bona part de l'actualitat als altres mitjans.
- Importància de models infantils positius. Les persones funcionem més amb els estímuls positius, a més, els càstigs vicaris són menys eficaços. Per això, cal treballar molt els factors protectors que són molt inespecífics, ja que són positius i no afavoreixen la imitació patològica.
- Vigilar sempre de no ensenyar a ser una bona TCA, és a dir, vigilar molt el mimetisme, que no s'aprengui a ser una bona anorèxica o un bon bulímic (pot ser complicat perquè els infants veuen massa televisió d'adults).
- És millor sempre que es puguin oferir missatges del tipus promoció, és a dir, positius –oferint alternatives–, sobretot en la programació dirigida a la població infantil i juvenil, adreçant-nos tant factors de risc específics com d'inespecífics.
- Malgrat que en termes generals per evitar la imitació de símptomes no és el millor intervenir centrant-se en els aspecte negatius, quan es faci cal emfasitzar en les conseqüències concretes a curt termini.
- Remarcar els efectes socials negatius de determinades conductes com fer dieta, perfeccionisme desorbitat, etc.; és necessari mostrar el ridícul de determinades conductes, “atacant on fa més mal”.

- ☛ Si bé és a adient un diferent tractament en públic adult que al infantil, cal vigilar amb el tractament perquè no sigui alarmant. Força famílies mostren una gran angoixa envers qualsevol afer que pugui afectar la salut de la seva quitxalla, i poden arribar a emprendre mides desmesurades davant qualsevol indici.
- ☛ Cal parlar el llenguatge del mitjà: seducció, emoció, etc., per això, cal defugir sempre que no ho demani un format concret, d'un discurs massa racionalista i d'un massa didàctic que oblidí la natura del mitjà televisiu, la forma de comunicar-se ha de ser la pròpia del mitjà. Hem de recórrer a la identificació, projecció, seducció, com ja fan alguns bons programes de divulgació científica.
- ☛ La credibilitat del personatge que comunica és molt important de cara a canviar les actituds de la gent, és a dir a l'hora de convèncer (Arora, Stoner i Arora, 2006, 201), per tant és important que hi hagi persones amb imatge de credibilitat que intentin influir també en el principal agent de socialització dels infants d'Educació Primària com és la família.
- ☛ Dins l'apartat de comunicació, cal fer especial esment a la importància del llenguatge corporal en sentit ampli. Si volem tenir eficàcia comunicativa, els models quan les accions i les paraules són coherents són més efectius.
- ☛ Ajuda a tenir èxit comptar amb la força de la comunitat, és a dir, aprofitar les xarxes socials existents de confiança com molt bé exemplifica el programa que cada Nadal emet TV3: *la Marató*; envers altres iniciatives solidàries amb menys arrelament social.
- ☛ Promoció de la salut entre iguals, i potenciació de gestió de la pròpia salut.
- ☛ Per evitar reaccions adverses que s'han produït, per exemple, amb el cas del tabac, cal anar amb compte amb les reaccions "d'orgull".
- ☛ Com molt bé mostren les marques comercials que malgrat estar al cim constantment es publiciten, les intervencions preventives de TCA han de ser perllongades en el temps.

- Els TCA han d'aparèixer als mitjans amb tota la seva dimensió i complexitat, no només en casos que suscitin morbositat. Així que les produccions haurien d'evitar mostrar imatges dramàtiques de pacients que pateixen anorèxia nerviosa i bulímia nerviosa, i en canvi facin èmfasi en les imatges positives al voltant de l'acceptació i l'estima del cos. Si un programa s'ha d'ocupar dels trastorns alimentaris, s'hauria d'advertir als pares i mares i transmetre'l en un horari o context en el que sigui menys probable que el vegin infants (Levine i Smolak, 2000, 65).
- Evitar els continguts de possible risc televisiu recollit pel CAC en horaris de menors.
- Restringir la publicitat per infants per reduir tanta incitació al consumisme. Al mateix temps, disminuir el % de publicitat que s'emet. A més, qui rep el missatge publicitari ha de tenir clar el seu caràcter comercial.
- Legislar sobre les talles de roba, que es trobin sense fer autèntiques recerques talles de roba per a totes les mides corporals.
- No infantilitzar el públic amb una programació que defugui totalment de la informació objectiva, i de programes que convidin a la reflexió.
- Restringir la venda de laxants i altres productes que poden ser emprats de forma incorrecta per tal d'aprimar-se.
- Prohibir o reduir a la mínima expressió el màrqueting dins els centres educatius.
- Limitar en positiu les talles corporals de les models, així com l'edat mínima amb la qual es pot desfilat.
- Promulgar un consum raonat de televisió. S'ha d'educar a veure la televisió, però el problema no radica tant en el seu consum sinó en les causes d'aquest consum excessiu.
- Com en ocasions s'ha fet, emprar estratègies que moguin a l'acció després de veure un determinat programa, com per exemple que s'aprofitin les línies telefòniques sobreimpressionades i *xats* que assessorin després d'alguns programes.

✚ Cal una major sensibilització/formació sobre TCA pels professionals de medicina familiar i del món educatiu.

7.3 CONTINGUTS I IDEES A INCLOURE DINS LA PROGRAMACIÓ TELEVISIVA PER PREVENIR ELS TCA

- ✎ Ensenyar el funcionament intern de la televisió: com es fan els programes, es seleccionen continguts, etc.
- ✎ Mostrar o desemmascarar els enganys tecnològics que es creen a la televisió o filmografia, ensenyant com es roden les pelis, com ens enganyen amb una perfecció irreal, etc.
- ✎ Ensenyar a comprendre críticament els missatges publicitaris i informatius, aprofundint encara més en la informació ja que es transmeten els estereotips i altres conceptes de manera implícita. I en general, alfabetització sobre els mitjans, ja sigui de forma directa com el programa “Mira’m bé” de TVC o implícitament a través dels fils argumentals de les produccions televisives i cinematogràfiques.
- ✎ Difondre els “trucs” i funcionament del món publicitari, per tal que sigui possible trivialitzar la publicitat.
- ✎ Les famílies poden afavorir la instrucció sobre els mitjans “parlant amb els seus fills sobre els continguts indesitjables dels programes”, expressant la seva oposició o acord en forma activa per mitja de cartes enviades als mitjans, i proposant la coordinació conjunta d’aquesta instrucció entre l’escola i les famílies. De totes maneres, s’ha de vigilar de no efectuar una crítica simplista de les formes de plaer de les persones com les revistes o la televisió, ja que així es pot destruir la seva voluntat de realitzar una anàlisi profunda dels missatges dels mitjans (Worsnop, 1994 a Levine i Smolak, 2000, 63).
- ✎ Transmetre la filosofia del *slow food*, és a dir, menjar sense presses i estrès, gaudint del fet alimentari. Per això, cal que el fet alimentari no es subordini al físic, valorant el menjar i els àpats amb totes les connotacions positives que posseeix.

- ✎ Promoure una alimentació variada, equilibrada i natural enfront d'una alimentació funcional o vitaminitzada. Ja que el que ha de ser variat i equilibrat és la dieta, no cada aliment.
- ✎ Mostrar els àpats necessaris per un correcte funcionament i desenvolupament de l'organisme. En cap cas, promovent productes substitutius dels àpats. Igualment, la nutrició sana s'ha de fomentar en contextos habituals o normals, no com a part de lliçons específiques de TCA.
- ✎ Controlar que les criatures i adolescents fan els àpats necessaris, i que no s'està picant contínuament davant de la televisió.
- ✎ La cura dels processos d'alimentació animal, així com dels processos industrials als quals es veuen sotmesos.
- ✎ No promoure el seguiment de dietes, mostrant els efectes del desdejuni en la vida de les persones, sinó el menjar que satisfà la gana. La idea de "menjar de gust i sense passar-se".
- ✎ Desmuntar els tòpics de les dietes i veure les seves possibles conseqüències, tot recuperant-ne la idea de que només cal fer-ne per motius mèdics i tan sols un grup reduït de persones, però no per perdre pes per la majoria de la població.
- ✎ Acabar de treure el tòpic que menjar poc és femení.
- ✎ No prendre substàncies que inhibeixin la gana.
- ✎ Aturar el rebuig al greix com quelcom demoníac. Difondre també avantatges del sobrepès.
- ✎ Moderació d'àpats d'alta densitat energètica però posant a l'abast els aliments que s'han de consumir amb més freqüència.
- ✎ Oferir orientacions d'alimentació infantil, ja que l'alimentació dels primers anys de vida sovint genera problemes que s'arrosseguen més enllà, en ser un moment nou i "desconegut" pels progenitors, els quals molts vegades no saben com reaccionar.

- ✎ Evitar emprar el menjar com a premi o càstig, ja que llavors pot ser utilitzat per expressar emocions.
- ✎ Mantenir sempre que es pugui el menjar grupal a casa tant per hàbits com per socialització.
- ✎ Recordar que no hi ha dos organismes amb les mateixes necessitats nutricionals.
- ✎ No restringir aliments, és a dir, no establir elements com a “prohibits” o “dolents”; com tampoc establir de forma estricta la norma del “plat net”.
- ✎ Fer veure la trampa implícita dels productes *light*.
- ✎ Contribuir a disminuir la cacofonia alimentària.
- ✎ Proporcionar bons models de menjar i d'exercici.
- ✎ Informar les famílies sobre allò que es cou a molt gimnasos.
- ✎ Divulgar pràctiques esportives que facilitin l'accés a tota mena de pesos.
- ✎ És necessari que es desmenteixin molts mites que circulen als voltant dels TCA.
- ✎ Ajudar a comprendre els TCA com a trastorns mentals.
- ✎ Fer veure a la població immigrant que només rebent superficialment els valors d'occident pot ser més vulnerable.
- ✎ Informar que els TCA afecten a totes les edats, nens, nenes, els seus progenitors, germans i germanes i no distingeixen classes socials.
- ✎ Proporcionar les pistes per detectar un possible TCA. Aquestes senyals d'alarma de forma més clara per adults i de forma més indirecta per infants.
- ✎ Oferir informació sobre conseqüències dels TCA, tan immediates com sigui possible, físiques i psicosocials.
- ✎ Modificar els càlculs de freqüències per mitigar la creença que certes conductes de risc de TCA són “la norma”.
- ✎ Explicar ben aviat que diferents infants tenen diferents tipus corporals, en comptes de criticar sobre la seva imatge corporal. Així com fer veure

la importància dels gens en l'aparença física de cadascú, ja que la determina i no és quelcom que es pugui manipular per caprici.

- ✎ Acceptar i apreciar la natural diversitat de pesos i mides corporals, recordant que els homes i dones de diferents mides corporals tenen vides interessants.
- ✎ No podem deixar de recordar quan en una activitat que desenvolupàvem puntualment a un centre per copsar fins a quin punt els nens i nenes estaven contaminats d'alguns dels "malentesos" que propicien els TCA, quan es discutia un dels enunciats, sorgí una petita discussió que es va resoldre quan un dels nens de la classe que jugava a futbol va desmentir amb rotunditat que els nens una mica grassonets no corrien gaire, perquè ell que jugava a un equip havia jugat contra nens que no estaven molt primers però que corrien molt. Com acostuma a passar la realitat supera la ficció, que a vegades sembla que ens vulguin imposar. Per això, entre d'altres raons, és molt important que apareguin diferents tipologies d'imatge corporal que defugin els tòpics. A banda que la insatisfacció corporal és un dels elements clau a l'edat infantil i adulta en els TCA, cal foragitar la idea que només es pot practicar esport sota un determinat model de primor, per no dir de gènere és clar.
- ✎ Divulgar totes les dimensions del concepte de bellesa, no tan sols la física. Així, com intentar modificar els estàndards de bellesa.
- ✎ Criticar les normes i valors socioculturals que propicien el context cultural en el que es donen els TCA.
- ✎ Explicar en que consisteix el trastorn d'imatge corporal, alhora que s'explica el seu gran condicionament cultural.
- ✎ Divulgar estudis com que les dones prefereixen els homes mitjanament musculats. Per tant, no presentar com atractives imatges corporals hormonades, a més, sense cap finalitat esportiva.
- ✎ Tractament correcte de l'obesitat, que lluiti contra la seva estigmatització, i contra la incitació als TCA.

- ✎ Alertar sobre els perills de l'infrapès. Alhora que s'ensenya els infants i persones adultes què no poden i què no han d'intentar controlar i què poden controlar dels seus cossos.
- ✎ Advertir sobre els riscos i conseqüències que suposa la cirurgia estètica.
- ✎ Avisar sobre les professions i activitats de risc (a més alguns dels esportistes de risc així com actors i actrius són ídols, és a dir, models socials amb gran capacitat d'influència).
- ✎ Mostrar els efectes sobre la salut dels abusos i maltractaments físics i psicològics.
- ✎ Foment de la resiliència i les competències socials per fer front a experiències estressants, alhora que es fa veure la seva rellevància vital.
- ✎ Fugir d'un esport abocat al *doping* per assolir cada vegada fites més allunyades de les capacitats humanes naturals. Aprofitar els bons valors que comporta la pràctica d'esport.
- ✎ Divulgar la significació social de la moda i el vestit. El paper de la moda en la construcció d'identitats.
- ✎ Donar a conèixer el món de la moda per dins. Intentar *desglamoritzar* la vida de les models, o simplement no fer-les aparèixer com a models de persona constantment als mitjans.
- ✎ Desemascarar la indústria de la bellesa.
- ✎ Comprovar les conseqüències devastadores de determinades "bromes".
- ✎ Augmentar la consciència sobre la importància dels moments vitals com a potencialment desestabilitzadors de la salut.
- ✎ Fomentar la comunicació i relació social, la participació col·lectiva, ja que el suport social és un element protector.
- ✎ Incloure més valors cívics i socials a la publicitat adreçada a infants i adolescents.

- ✎ Encara que han d'haver-hi algunes restriccions, no prohibir anunciar, sinó preparar als nens i nenes per tractar amb el mercat, no protegir-los d'ell.
- ✎ La cultura de l'abundància on tot es susceptible de ser comprat al preu que sigui, esdevé un factor de risc inespecífic, per això, l'anorèxia y la bulímia són trastorns amb un segell característic de la societat de consumidors/es (Bauman, 2006, 128). Per tant, fomentar el consumerisme entès com una actitud crítica, solidària, responsable en les decisions d'obtenció, adquisició o gaudi de serveis, productes o bens (Campillo i del Cerro, 1998, 272). La satisfacció de les necessitats bàsiques es pren massa en relació a objectes, coses, possessions, diners, vestits, cotxes i coses semblants. No obstant, aquestes coses no satisfan per elles mateixes les necessitats bàsiques que, un cop satisfetes les necessitats corporals, es refereixen a la protecció, seguretat, dependència, amistat, afecte, amor, respecte, apreciació, aprovació, dignitat, autorespecte i llibertat per al més ple desenvolupament dels propis talents i capacitats i per a l'actualització del jo. Sovint s'obliden que existeixen necessitats superiors, no-materials, que són també "bàsiques"(Maslow, 2000, 247).
- ✎ Fomentar la comunicació a la família.
- ✎ Acceptació de diferents trajectòries de desenvolupament, la manca de comprensió o de coneixement de les quals es poden derivar importants angoixes i conduir a conductes inadequades, especialment en el període prepuberal o puberal. Per això, cal informar sobre els canvis físics i emocionals que s'experimenten a la pubertat.
- ✎ Divulgar el gran impacte dels assetjaments sexuals en moltes facetes de la vida de les nenes, noies i dones; en part afavorits per la sexualització infantil que denuncià l'Associació de Psicologia Americana. En definitiva, tot plegat ens condueix a un element clau en la prevenció dels TCA, així com altres problemàtiques socials com l'anteriorment esmentada, per això, és summament important dur terme pràctiques coeducadores que serveixin de model com que es s'atribueixin rols i tasques no tradicionals

als dos sexes. Perquè també es necessita una nova manera d'entendre la masculinitat.

- ✎ Elaborar i promocionar jocs i joguines que no promoguin valors sexistes fixats en uns estereotips encarcarats.
- ✎ Plantejar la problemàtica social de la *superwoman*, oferint-ne solucions.
- ✎ Modificar la quantitat de dones que apareixen als mitjans, redistribuint-la, augmentant-la, i defugir de presentacions estereotipants i/o sexistes.
- ✎ No estendre més la idea de que l'aparença equival a quant vals.
- ✎ Disminuir l'ús de cosmètica per apropar-nos a una bellesa més natural.
- ✎ Acceptar envelliment com a quelcom natural i saludable i no difondre imatges irrealistes d'envelliment, o de persones "perfectament" irrealistes per mitjà de la cirurgia o el retoc fotogràfic. En conseqüència, caldrà valorar totes les edats de la vida, no només la joventut.
- ✎ Educar en la comprensió crítica dels productes que se'ns ofereixen, fins i tot en la seva denominació, ja que els noms d'alguns tenen una elevada càrrega simbòlica.
- ✎ Ajudar els progenitors oferint consells i alternatives dins els discursos narratius com explícitament per tenir millor cura dels infants, com per exemple, ensenyar a potenciar l'autoestima.
- ✎ Mostrar habilitats de vida per fer front als moments vitals potencialment estressants: comunicació, assertivitat o també tècniques de resolució de conflictes.
- ✎ Ensenyar altres èpoques en les quals els valors imperants del moment han perjudicat la salut de les dones.
- ✎ Importància dels iguals, més al final de la infància, y del model familiar que poden contribuir a la resiliència o esdevenir influències negatives.
- ✎ Promoure un estil de vida actiu, no sedentari.
- ✎ Estendre la pràctica d'exercici físic per diversió i afició no com a càstig ni mitjà per aprimar-se.

- ✎ Avisar els adults dels potencials perills de no intervenir educativament amb les seves criatures, posant límits, tenint-se l'adient cura, proporcionant-los estímuls, activitats que comportin moviment, etc.
- ✎ Alertar sobre els riscos del perfeccionisme, ajudar a establir metes reals, factibles i a acceptar el fracàs.
- ✎ Ensenyar la importància que els nens i nenes vagin a dormir a l'hora adequada, i no es quedin després de sopar fins les tantes veient programació adulta, fonamentalment, per defugir el mimetisme que es pugui generar en determinats continguts que sí poden ser adequats per adults.
- ✎ Desincentivar la inhibició social, ja que, sense solidaritat no hi ha salut per tothom.
- ✎ Ensenyar a tenir cura del físic.
- ✎ Fomentar un consum realista, ja que aquest guarda una estreta relació amb els valors i el simbolisme social. Per tant, foment de l'estalvi, que implica una altra manera de viure, més reflexiva i menys consumista.
- ✎ Oferir alternatives d'oci saludables que no estiguin sempre centrades en el consum.
- ✎ Criticar l'enveja comparativa que condueix al consumisme.
- ✎ Lluitar contra la despolitització, recuperar una mica l'idealisme, el sentit de ciutadania, més que de consumidors.
- ✎ Defugir d'associar felicitat amb possessió de bens.
- ✎ Potenciar l'autoeficàcia per combatre la pressió social envers el pes, etc.
- ✎ No tan sols desenvolupar la consciència crítica, sinó el concepte d'*empower*, convidar a actuar en contra de la injustícia a nivell personal i social.
- ✎ Activisme econòmic i polític envers els empreses que perjudiquen sense rectificar els infants.
- ✎ Foment dels valors de companyerisme, solidaritat, amista.

- ✎ Ensenyar que les bones relacions amb el grup d'iguals ajuden a modelar l'agressivitat.
- ✎ Vigilar amb determinats comentaris directes dins la llar, així com el modelatge progressiu que s'hi dugui a terme.
- ✎ Oferir un model educatiu que no sigui permissiu ni sigui en excés restrictiu.
- ✎ Vigilar les influències de les germanes o germans.
- ✎ Evitar mostrar persones com a objectes sexuals.
- ✎ Fer pensar sobre el seguiment de les modes.
- ✎ Recuperar el valor del coneixement.
- ✎ Promocionar la construcció de ponts socials per enfortir les famílies en la seva cura.
- ✎ Vigilar els hàbits de mobilitat que transmet la gent adulta, així com els entorns físics que es proporciona a les criatures.
- ✎ Conscienciar sobre el paper que important que la comunicació interpersonal juga a l'hora de matisar, reforçar o contradir els continguts televisius.
- ✎ Com sempre, és important estar alerta de tot, aquí radica una de les grans complicacions del món educatiu, un exemple potser el fet de limitar el nombre de revistes que compres i que glorifiquen el fet d'estar prim, també si agraden es poden deixar a llocs fora de la seva vista. Si es tenen a un lloc públic de la llar, fer-los servir perquè els vegin de forma crítica, també és convenient fer-ho quan veuen la televisió (Herrin i Matsumoto, 2007, 80).
- ✎ Promoure acció social, una ciutadania més implicada en intentar solucionar els problemes que els afecten.
- ✎ Associar idea de salut que es vol vendre a aspectes positius que van més enllà del món de la salut, com l'amistat, etc.
- ✎ Generar somnis, il·lusions.

- ✎ Combatre el relativisme moral.
- ✎ Inclusió física, que no es margini a ningú pel físic.
- ✎ Desmuntar tòpics que circulen al voltant de la cel·lulitis, cremes hidratants, productes “miracle” per aprimar-se o aconseguir una gran figura corproal, etc..

7.4 LÍMITS DE LA RECERCA

Com ja s'ha apuntat un dels límits clars que les recerques que segueixin per ampliar la nostra línia de treball es poden trobar és el que hem anomenat “obstacle publicitari” perquè no tan sols fa referència als interessos econòmics de les marques que s'anuncien sinó als polític-ideològics dels gestors de les societats.

La dependència publicitària dels mitjans pot anar en detriment de la salut. Igualment, les moltes de les principals empreses anunciants són de menjar o imatge. Limitar la publicitat és molt complicat en l'actual funcionament dels mitjans que o bé són sustentats en bona part per la publicitat o directament són propietat de gran corporacions amb indústria interessada en el negoci que propicia/afavoreix els TCA. A més, la informació mundial està en mans de poques mans que són les que les disseminen arreu del món.

Una de les dificultats a les quals s'enfronten les intervencions que promovem amb la nostra recerca, és la difícil avaluació de les intervencions que ja s'ha mostrat complicada en intervencions presencials.

Tanmateix, es necessita un canvi cultural important per aconseguir frenar els TCA, ja que vivim en un món on “tot es pot aconseguir”, però exemples que han experimentat modificacions enormes com el tabac ens fa ser moderadament optimistes.

Un altre límit d'aquesta recerca així com de totes les intervencions de caire preventiu ens l'assenyalà Bandura (1987, 54) amb el fet que sovint els comportaments humans són de difícil predicció atès el poder determinant de les influències fortuïtes, per tant, no es pot concebre amb facilitat el curs específic de la vida d'una persona.

També suposen un límit, la força actual de determinats valors, ja que amb el cos, manipulat o no, encara avui dia s'aconsegueix notorietat i recompenses materials, com havia passat anteriorment durant la història, tal vegada, sigui inevitable que els cossos de moda, atesa la nostra natura, sempre ho

aconsegueixin. El que sí es pot i s'ha d'aturar és aquesta preeminència tan descomunal.

La multiplicitat de disciplines a les quals ha de recórrer l'educació per la salut, deixa al professional amb la tasca de sintetitzar una enorme i variada bibliografia (Glanz, Lewis i Rimer, 1990, 4), per tant, malgrat les abundants referències bibliogràfiques consultades, mai de manera individual es pot arribar a totes les fonts documentals, atesa l'envergadura tan descomunal que es contempla en els TCA.

Aquesta dificultat, així com la natura prospectiva de la nostra recerca, origina que des d'un abordament educatiu sigui fonamental una metodologia interpretativa-hermenèutica que ja en si mateixa pot presentar dificultats de contrastabilitat atès que es tradueix en una interpretació crítica de les diferents narratives que s'imbriquen en la complexitat dels TCA.

Al mateix temps, la metodologia qualitativa presenta limitacions intrínseques i estretament vinculades a la seva metodologia dinàmica i constructiva, a les quals cal remarcar el propi paper de l'investigador com a principal element de mesura, i malgrat els contrastos que han existit, com és natural també trobem limitacions pel que fa al contrast de la recerca.

Igualment, retornant a la situació actual del context sòcio-cultural, trobem un poderós limitador en els problemes socials que tenen les famílies que han de treballar tot el dia i no poden fer-se càrrec dels infants, ja que és molt important el temps de qualitat que es passa amb els infants.

Malgrat les limitacions pròpies de la recerca, entenem, per la qual cosa tenim satisfacció, que hem assolit el nostre propòsit general així com els objectius que ens plantejàvem en iniciar la recerca, com el fet de comprovar que amb la televisió es pot plantejar una acció preventiva global per prevenir els TCA.

CAPÍTOL VIII: PROSPECTIVA

Per fer realitat el somni de transformar els mitjans de comunicació, que avui són “un dels principals factors de risc”, en una “eina protectora i una font significativa de promoció de la salut”, es necessitarà un model nou i més “atrevit” de l’especialista en prevenció, que haurà de ser un científic, un investigador, un activista, un col·laborador, un artista, un crític de la cultura i inclòs un home de negocis (Murria i Ozanne, 1991)¹³⁴.

¹³⁴ Citat a Levine i Smolak (2000, 72).

CAPÍTOL VIII: PROSPECTIVA

Moltes són les línies d'intervenció que s'han d'activar/continuar després de recerques com la nostra, atès que l'actual repte de salut consisteix en construir entre tothom una "cultura de la salut", una cultura que és conseqüència i funció dels estils de vida saludables adoptats pels diversos grups humans i que, en quant estils, són capaços de ser transmesos –d'aquí l'*humus* de la seva implantació cultural– de generació en generació (San Martín, 1984 a Polaino-Lorente, 1987, 25).

Com que és clar, que la màxima efectivitat en el canvi de conducta i la modificació dels estils de vida probablement succeeix mitjançant una combinació d'intervencions educacionals i ambientals, investigacions futures haurien d'identificar l'ideal combinació d'aquelles intervencions sota diferents condicions. Per a l'eliminació d'una conducta considerada com a reprobable calen sancions legals i la modificació dels valors socials que es passi de considerar una activitat com acceptable a ser reprehensible socialment. Com argumenten McLeroy i altres (1988) els canvis apropiats en l'entorn social produeixen canvis en els individus, i el suport dels individus a la població és essencial per implementar canvis en l'entorn. Però cal molt més treball per desenvolupar combinacions adequades d'intervenció educacional i ambiental necessàries per modificar l'entorn i modificar les creences en el que respecta a la salut i conductes en les desitjades direccions (Rosenstock, 1990b, 408)

El màrqueting de salut, amb la possibilitat d'emplaçament de conceptes, obre moltes possibilitats que si bé ja s'estan aprofitant, estem una mica a les beceroles de tot plegat.

Cal continuar amb recerques que aprofundeixin en eines concretes que permetin avaluar la programació televisiva en el que respecta a la salut, en el seu conjunt així com cada tipologia de programa particularment, específicament en el camp dels TCA, sumant sinergies sempre que sigui possible amb altres

intervencions de problemàtiques de salut amb les quals comparteixin elements d'intersecció.

Una altra acció de futur podria ser el fet de millorar la formació del professorat i de les famílies de forma presencial per complementar la tasca que es pugui efectuar per altres mitjans com el televisiu. Els TCA han de deixar de ser vistos per bona part del professorat com quelcom allunyat de la seva tasca docent. Si bé, és cert que es tendeix a sobrecarregar l'escola amb totes les problemàtiques socials que es plantegen, per part dels i les docents cal un major coneixement i formació respecte al camp dels TCA que els ajudaran a prevenir-los o detectar-los en la seva pràctica diària, ja que la seva intervenció gaudeix dels avantatges d'una intervenció inespecífica útil per emprar-se transversalment al llarg del currículum escolar.

A la vegada, es necessitaria definir quina formació específica es necessita per l'assessorament als mitjans de comunicació sobre els TCA i per extensió altres problemàtiques de salut sobre les quals es pot intervenir preventivament.

Així mateix, caldria fer més produccions pròpies de qualitat i encaminar-nos cap a una televisió de més qualitat educativa, en el bon sentit de la paraula, allunyant-nos a la dicotomia educació i entreteniment, ja que aquest darrer, és una de les principals funcions de la televisió, i per extensió dels altres mitjans d'entreteniment electrònic. A tal efecte evidentment es necessiten idees creatives, perquè la televisió augmenti la seva funció educadora, aprofitar que és un aula de formació permanent, l'aula sense parets, elaborant productes no sexistes ni estereotipats.

A banda de mantenir una actitud de coneixement permanent tant del camp més específic dels TCA, d'educació per la salut, com d'altres disciplines –aprofitant també el que es cou al moviment pro ANA i MIA–, ja que molts i molt variats són els coneixements necessaris per prevenir. Cal continuar aprenent d'altres tipus de prevenció, i ajuntar esforços amb altres intervencions preventives com les adreçades a l'obesitat o les malalties cardiovasculars. Per això, cal que persones expertes de diferents camp treballen conjuntament en equips multidisciplinars per dissenyar actuacions més globals que siguin transferibles si traslladables i que per tant, puguin optimitzar recursos i ser més eficients.

Com apunten diferents persones expertes en TCA, fora convenient Investigar més la incidència i criteris diagnòstics en nens i nenes ja que presenten especificitats que els són pròpies i que encara com s'ha vist, no estan prou estudiades.

Així mateix, necessitem estendre la intervenció a d'altres mitjans de comunicació. Com la d'una iniciativa de l'OMS i la FIFA per combatre la discriminació dels seropositius ha estat la creació d'un còmic per repartir a Botswana, Ghana, Sudàfrica, Uganda i Zàmbia per proporcionar al jovent africà informació sobre el SIDA, ofereix informació a través d'una història vehiculada a través del futbol, sobre què és i com es transmet, pretenen al mateix temps, acabar amb els mites i tabús que s'associen al SIDA. La història del còmic que s'inicia quan uns joves no volen jugar amb un company que té el VIH (virus de la immunodeficiència humana) i desenvolupar la malaltia perquè pensen que només per jugar amb ell es poden contagiar. El còmic també ofereix un espai un espai perquè els lectors puguin dissenyar el seu propi pòster per una campanya contra la discriminació dels seropositius i també deixa una plana perquè els joves escriguin les seves idees sobre com millorar la situació de les persones malaltes de SIDA (Lantigua, 2004).

La informació és un element clau, si bé un acurat coneixement és generalment entès com a necessari però no suficient per estimular conductes de salut apropiades, és important entendre com la gent adquireix i usa la informació sobre salut, ja que les persones desitgen informació sobre productes relacionats amb la salut, serveis o règims terapèutics. El processament d'aquesta informació afecta a la seves conductes, a més, si les persones consumidores palesen una manca de coneixement en relació a uns bons hàbits preventius o que els ajudin a mantenir bona salut, és més complicat que les seves accions vagin en la direcció de preservar o promoure la salut (Rudd i Glanz, 1990, 115).

Igualment, entenem que altres actuacions de futur poden ser de molta utilitat per col·laborar en la prevenció dels TCA:

- Concretar en accions concretes els continguts que es presenten en la present tesis, és a dir, elaborar un nivell de concreció més pràctic, amb

fils argumentals que pugui servir de material més pràctic per fer-ne ús en la programació televisiva.

- Indagar més en les pautes de consum entre els 6 i els 12 anys. Ja que és un franja important pel que fa al volum de consum i no està prou reconeguda. Igualment, cal investigar més en els gustos televisius i el per què veuen la televisió els nens i nenes per proporcionar-los programació de qualitat adequada als seus interessos i gustos.
- Formar d'equips permanents d'assessorament educatiu de tota la programació televisiva.
- Cal que els i les professionals que treballem en el camp dels TCA facin sentir més la seva veu, per la qual cosa caldrà més unió.
- Incrementar el nombre de publicacions infantils que es mantinguin l'equilibri entre la diversió i l'entreteniment formatiu.
- Cal recuperar la idea de la comunicació com a servei públic.
- Indagar més en el nivell de comprensió de publicitat a diferents edats.
- Altres estudis de consum televisiu que vagin més enllà del que veu la gent, sinó que intentin indagar en com els afecta.
- "Recuperar" la tasca periodística als mitjans de comunicació.
- Premis per a sèries de televisió, programes o programacions generals que eduquin en salut.
- Incrementar la quantitat de programació infantil.
- Aprofundir l'estudi dels videojocs en el que respecta a la salut.
- Elaborar fitxes informatives pels guionistes sobre diferents aspectes de salut mental.
- Caldria que amb l'arriba de la TDT s'evités la fractura TV de pagament de qualitat i gratis de baixa.
- Dissenyar accions preventives a través de webs i videojocs, ja siguin aquests productes independents o mitjançant l'extensió de programes de TV.

- Incrementar l'ús dels mitjans interactius com els videojocs o el web, ja es tenen experiències de videojocs específicament dissenyats per tal que infants amb asma o diabetes portin millor la seva malaltia gràcies a l'augment de coneixement i habilitat per saber-la gestionar millor.

Per concloure, davant tantes problemàtiques de salut associades als valors socioculturals, ens semblen sintèticament resumidores les paraules de Laura i Heaney (2000, 105): la salut no és possible sense una profund compromís sociopolític en fer la Terra un lloc millor. D'igual forma, Durlak (2001) en un interessant escrit "somia" com seria la societat dels Estats Units d'aquí 25 anys transformada en una societat orientada a la prevenció. En els primers moments del seu somni l'entrenament preventiu era necessari en totes les professions relacionades amb els serveis. Tots i totes els nous graduats en disciplines com la medicina, educació i salut mental, començarien les seves carreres professionals amb coneixements sobre prevenció i amb forts valors personals a favor de la prevenció. Somiem actuant doncs...

CAPÍTOL IX: REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

ABRAÍDO-LANZA, A.F. i ALTRES (2006): «Toward a Theory-Driven Model of Acculturation in Public Health Research». *American Journal of Public Health*. Vol. 96, 8, 1342-1346.

ADELANTADO, G. i altres (2001): *Guia per a educadors i educadores en la prevenció dels trastorns del comportament alimentari. Anorèxia i bulímia nervioses*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

ADKINS, E.C. i KEEL, P.K. (2005): «Does “Excessive” or “Compulsive” Best Describe Exercise as a Symptom of Bulimia Nervosa?». *International Journal of Eating Disorders*, 38, 24-29.

À.G.(2003): «Els metges volen que es reguli la cirurgia estètica per a menors». *El Periódico*, 6 de juny.

Agrodigital.com (2006): «Campanya contra el consum de “snacks” en Reino Unido». 28 de setembre.

AGUADED, J.I. (1995): «La Educación para la Comunicación. La enseñanza de los medios en el ámbito hispanoamericano», a AGUADED, J.I. i CABERO, J. (dir.): *Educación y Medios de Comunicación en el contexto iberoamericano*. Huelva: Universidad Internacional de Andalucía Sede Iberoamericana de la Rábida, 19-48.

ALANDETE, D. (2005): «Comprar a cualquier precio». *El País Semanal*, 24 de juliol.

ALBALAT, J.G. (2003): «Advocades i mares sense descans». *El Periódico*, 4 de novembre.

ALEMANY, M. (2002): «Mistificados consejos alimentarios». *El Periódico*, 29 de setembre.

ÁLVAREZ, P. (2006): «Heidi Klum rep crítiques per dir «grassa» a una concursant del seu programa de joves models». *El Periódico*, 1 de febrer.

American Psychiatric Association (APA): *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders* (second edition).

http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/eating_revisebook_index.cfm

American Psychological Association, Task Force on the Sexualization of Girls (2007): *Report of the APA Task Force on the Sexualization of Girls*. Washington, DC: American Psychological Association.

<http://www.apa.org/pi/wpo/sexualizationrep.pdf>

AMIGO, I. i ERRASTI, J.L. (2006): *!Quiero chuches!* Bilbao: Desclée de Brouwer.

AMIGUET, LL. (2006): «Para ganar elecciones hay que ser mediocre». *La Vanguardia*, 12 de gener.

AMNISTIA INTERNACIONAL (2007): «Videojuegos 2007: Acceder a violaciones de derechos humanos virtuales, un juego de niños». Secció Espanyola d'Amnistia Internacional.

ANG, I. (1996): «Las guerras de la sala de estar. Nuevas tecnologías, índices de audiencia y tácticas en el consumo de la televisión», a SILVERSTONE, R. i HIRSCH, E. (Eds.): *Los efectos de la nueva comunicación*. Barcelona: Bosch Comunicación.

APARICI, R. (2006): «*Petits i adolescents passen més temps en contacte amb els mitjans*», a AAVV: *Les cultures Pedagògiques de la comunicació II*. Barcelona: Comissionat de les Arts Audiovisuales de Barcelona. Els Treballs del Naos, n.8, 13-20.

APARICIO, M.L. i altres (1998): *Orientaciones familiares sobre hábitos de comida*. Pamplona: Departamento de Educación y Cultura. Gobierno de Navarra.

ARANCETA, J. (2008): «Obesidad infantil: nuevos hábitos alimentarios y nuevos riesgos para la salud», a DÍAZ, C. i GÓMEZ, C. (coord.): *Alimentación, consumo y salud*. Barcelona: Fundación "la Caixa"; Colección Estudios Sociales, 24, 216-246.

ARCE, B. (2007): «Gras com una foca». *El Periódico*, 16 de gener.

ARORA, R.; STONER, C. i ARORA, A. (2006): «Using framing and credibility to incorporate exercise and fitness in individuals' lifestyle». *Journal of Consumer Marketing*. Vol 4, n.23, 199-207.

ASTORCH, M. (2005): «Mai havíem tingut aliments tan segurs». *El Punt*, 15 de maig.

http://www.pnte.cfnavarra.es/publicaciones/pdf/comi_dg.pdf .

Avui (2006): «Els menors com a negoci». 22 de gener.

AYATS, M. (2005): «Models i educació». *El Punt*, 1 de maig.

BACH, M. i altres (1999): *El sexe de la notícia*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

BALLESTER, R. i GUIRADO, M.C. (2003): «Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años». *Psicothema*, 4, 556-562.

BANDERA, M. (2003): «Bajo la era delgada y sexy». *Magazine de La Vanguardia*, 16 de març.

BANDURA, A. (2004): «Health Promotion by Social Cognitive Means». *Health Education & Behavior*, 31, 2, 143-164.

BANDURA, A. (2002): «Social Cognitive Theory of Mass Communication», a BRYANT, J. i ZILLMANN, D. (Ed.): *Media Effects. Advances in Theory and Research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 121-154.

BANDURA, A. (2000): «Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory», a NORMAN, P; ABRAHAM, CH. i CONNER, M. (Ed.): *Understanding and Changing Health Behaviour*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 299-342.

BANDURA, A. (1987): *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.

BANDURA, A. (1982): *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.

BARCIELA, F. (2005): «Duelo de titanes en la moda». *El País*, 27 de novembre.

- BARDONE-CONE, A.M. i CASS, K.M. (2006): «Investigating the Impact of Pro-Anorexia Websites: A Pilot Study». *European Eating Disorders Review*, 14, 256-262.
- BARNET, À. (2005): «Mundos virtuales, economía real». *La Vanguardia*, 10 de juliol.
- BARON, R.A. i BYRNE, D. (2005): *Psicología social*. Madrid: Pearson Educación.
- BARR, C. (2005): «Update on the prevention of eating disorders», a WONDERLICH, S. i altres (ed.): *Eating Disorders Review. Part 1*. United Kingdom: Radcliffe Publishing, 1-14.
- BARTHES, R. (1978): *Sistema de la Moda*. Barcelona: Gustavo Gili.
- BAUMAN, Z. (2006): *Vida líquida*. Barcelona: Paidós Estado y Sociedad.
- BEAULIEU, M. (1971): *El vestido antiguo y medieval*. Barcelona: Oikos-tau.
- BEJARANO, J. (2005): «La esposa del presidente de Nigeria muere tras una operación de cirugía estética». *La Vanguardia*, 24 d'octubre.
- BERNABÉ, M. (2006): «Totes putes». *El Punt*, 15 de gener.
- BERNABÉ, M. (2004): «Pollastres sense potes ni bec». *El Punt*, 6 de juny.
- BEUCHOT, M i (1999): *Perfiles esenciales de la hermenèutica*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- BIOT, R. (2001): «El negocio de la belleza goza de buena salud». *El País*, 28 de gener.
- BIRMINGHAM i ALTRES (2005): «The Mortality Rate from Anorexia Nervosa». *International Journal of Eating Disorders*, 38, 2 143–146.
- BISQUERRA, R. (1989): *Métodos de investigación educativa*. Barcelona: Ceac.
- BLACK, B.A. (2001): «Not for women only». *HealthScoutNews*, 25 de juliol a http://www.vachss.com/help_text/archive/not_for.html
- BONET, G. (2003): «Entrevista a Arcadi Oliveres». *Estris*, 131. Barcelona: Fundació Pere Tarrés. Maig-juny.

BOND, L.A. i CARMOLA, A.M. (2004): «Taking Stock and Putting Stock in Primary Prevention: Characteristics of Effective Programs». *The Journal of Primary Prevention*, 24, 3, 199-221.

BØRRESEN, R. i ROSENVINGE, J.H. (2000): «El modelo preventivo escolar noruego: desarrollo y evaluación», a VANDEREYCKEN, W. i NOORDENBOS, G. (comp.): *La prevención de los trastornos alimentarios*. Barcelona: Granica, 101-129.

BOUCHÉ, H. (2004): «Salud y educación en las culturas», a PEREA, R. (Dir.): *Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz de Santos, 21-48.

BOURDIEU, P. (2000): *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

BREINBAUER, C. i MADDALENO, M. (2005): *Youth: Choices and Change: Promoting Healthy Behaviors in Adolescents*. Washington D.C.: Pan American Health Organization.

BROWN, J. i WALSH-CHILDERS, K. (2002): «Effects of Media on Personal and Public Health», a BRYANT, J. i ZILLMANN, D. (Ed.): *Media Effects. Advances in Theory and Research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 453-488.

BRUGUERA, E. (2003): «El futur en videojoc». *Avui*, 19 d'abril.

BRYANT, J. i MIRON, D. (2004): «Theory and Research in Mass Communication». *Journal of Communication*, 662-704.

BRYANT-WAUGH, R. (2006): «Recent Developments in Anorexia Nervosa». *Child and Adolescent Mental Health*, Vol. 11, 2, 76-81.

BRYKCZYNSKI, K. A. «Patricia Benner: De principiante a experta: excelencia y dominio en la práctica de enfermería clínica», a MARRINER, A. i RAILE, M. (coord.). *Modelos y Teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier.140-166.

BUCKINGHAM, D. (2002): *Crece en la era de los medios electrónicos*. Madrid: Morata.

BUTRYN, M.L. i WADDEN, T.A. (2005): «Treatment of Overweight in Children and Adolescents: Do Dieting Increase the Risk of Eating Disorders?». *International Journal of Eating Disorders*, 37, 285-293.

BUXARRAIS, M.R. i MARTÍNEZ, M. (2004): «Children's Rights in an Age of Information and Communication Technologies». *Encounters on Education*, vol. 5, 141-159.

BUXARRAIS, M.R. (2000): «Tendencias y modelos de educación moral». *Diálogo Filosófico*. 47, pp. 196-220.

BUXARRAIS, M.R. (1998): «Los medios de comunicación y la educación en valores», a AAVV: *Educación, Valores y Democracia*. Madrid: OEI, 241-270.

BUXARRAIS, M.R. (1997): *La formación del profesorado en educación en valores*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

BUXARRAIS, M.R.; MARTÍNEZ, M.; PUIG, J.M. i TRILLA, J. (1995): *La educación moral en primaria y secundaria*. Madrid: Edelvives-MEC.

BRONFENBRENNER, U. (1987): *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

BRUCKNER, P. (1996): *La tentación de la inocencia*. Barcelona: Anagrama.

CABERO, J. (2002): «Publicidad y educación. Educación y publicidad».

<http://tecnologiaedu.us.es/revistaslibros/18.htm>

CABREJAS, C. (2004): «Vaga de televisors apagats a Itàlia contra la teleporqueria». *El Periódico*, 12 de desembre.

CALVO, R. (2002): *Anorexia y bulimia*. Barcelona: Planeta Prácticos.

CAMPANARIO, J.M.; MOYA, A. i OTERO, J.C. (2001): «Invocaciones y usos inadecuados de la ciencia en la publicidad». *Enseñanza de las ciencias*, 19, 45-56.

CAMPILLO, M. i DEL CERRO, J. (1998): «La interacción consumo-salud en el marco educativo», a GARCÍA, A. (Coord.): *Claves de educación para la salud*. Lleida [Murcia]: DM, 263-283.

- CANTRIL, H. (1985): «La invasión desde Marte», a DE MORAGAS, M. (ed.): *Sociología de la comunicación de masas*. Barcelona: Gustavo Gili, 91-110.
- CAPDEVILA, M. i YAGÜE, A.M. (2004): «El veto de la publicitat va reduir el consum de tabac a França». *El Periódico*, 26 de maig.
- CAPERA, H. (2005): «Més de 6.000 estudiants universitàries tenen algun trastorn d'alimentació». *El Punt*, 13 de desembre.
- CARDÚS, S. (2006): «Menjar ensenya a viure». *Avui*, 3 de març.
- CARDÚS, S. (2000): *El desconcert de l'educació*. Barcelona: La Campana.
- CAROL, M. (2004): «La Bella y la "Bestia"». *Magazine de La Vanguardia*, 6 de juny.
- CARPENTER, J.S. i FAIRHUST, A. (2005): «Consumer shopping value, satisfaction, and loyalty for retail apparel brands». *Journal of Fashion Marketing and Management*. Vol. 9 No. 3, pp. 256-269.
- CARRETERO, C. i altres (2004): *Prevenció inespecífica dels trastorns de conducta alimentària*. Barcelona: ACAB.
- CARRILLO, M.V. (2006): «Control de la publicidad y mensajes a la población», a VAZ, F.J. (Coord.): *Bulimia nerviosa. Perspectivas clínicas actuales*, 153-160. Madrid: Ergon.
- CARTER, J. i altres (1997): «Primary Prevention of Eating Disorders: Might it Do More Harm than Good?». *International Journal of Eating Disorders*, 22, 167-172.
- CASAZZA, K. i CICCAZZO, M. (2007): «The method of delivery of nutrition and psysical activity information may play a role in eliciting behaviour changes in adolescents». *Eating Behaviors*, 8, 73-82.
- CASELLA, I. (2006): «Ansiolítics i analgesics, els més venuts». *Presència*, n.1770, 27 gener a 2 febrer.
- CASTELLS, E. (2006): «Operación figura». *La Vanguardia*, 15 de gener.
- CASTILLO, F. (1998): «Escuela y educación para la salud», a GARCÍA, A. (Coord.): *Claves de educación para la salud*. Lleida [Murcia]: DM, 33-56.

- CASTRO, Á. (2004): «El diseño vende». *El País Semanal*, 17 d'octubre.
- CASTRO, C. (2005): «La Holanda del Sur». *La Vanguardia*, 1 de maig.
- CASTRO-FORNIELES, J. i ALTRES (2007): «Self-Oriented Perfectionism in Eating Disorders». *International Journal of Eating Disorders*, 40, 6, 562-568.
- CATALAN, G. (2004): «Un comité de científicos españoles pide “luz verde” para los transgénicos». *El Mundo*, 12 de novembre.
- CAULFIELD, B. (2008): «America's All-Time Favorite Videogames». 3 de juny. www.forbes.com
- CEBRIÁN, M. (1995): «La televisión como recurso educativo en un contexto iberoamericano», a AGUADED, J.I. i CABERO, J. (dir.): *Educación y Medios de Comunicación en el contexto iberoamericano*. Huelva: Universidad Internacional de Andalucía Sede Iberoamericana de la Rábida, 121-132.
- CEDRÓN, M. (2005): «Cirugía estética». *La Voz de Galicia*. 23 de desembre.
- CHAVARRÍA, M. (2006): «Un “fast food” de hermosura». *La Vanguardia*, 22 de gener.
- CHAVARRÍA, M. (2006b): «La anorexia llama a la puerta de la moda». *La Vanguardia*, 23 de febrer.
- CHOMSKY, N. (1996): «Democracia y mercados en el nuevo orden mundial», a CHOMSKY, N. i DIETERICH, H.: *La sociedad global*. Buenos Aires. Oficina de Publicaciones: Universidad de Buenos Aires, 17-43.
- CHOMSKY, N. (2001): *La (Des)educación*. Barcelona: Crítica.
- CHOMSKY, N. (1995): «El control de los medios de comunicación», a CHOMSKY, N. i RAMONET, I.: *Cómo nos venden la moto*. Barcelona: Icaria-Más Madera.
- Choosing Health. Making healthy choices easier*. (2004). United Kingdom: Department of Health.
- COHANE, G.H. i POPE, H.G. (2001): «Body Image in Boys: A Review of the Literature». *International Journal of Eating Disorders*, 29, 373–379.

COIXET, I. (2006): «Un monstruo que todo lo engulle». *El País Moda*, extra primavera, 19 de març.

COLOM, A.J.; PÉREZ, P.M i VÁZQUEZ, G. (2001): «Calidad de vida, ambiente y educación», a VÁZQUEZ, G. (Ed.): *Educación y calidad de vida*. Madrid: Editorial Complutense, 1-38.

CONESA, M. (2003): «842 milions de famolencs». *El Periódico*, 26 de novembre.

CORACHÁN, J. (2004): «Les tabaqueres van fixar metges per a campanyes». *El Periódico*, 26 de febrer.

CORBELLA, J. (2003): «Contaminantes para todos los gustos». *La Vanguardia*, 21 de desembre.

CONNORS, M.E. (2001): «Relationship of Sexual Abuse to Body Image and Eating Problems» a THOMPSON, J.K. i SMOLAK, L. (ed.) *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth*. Washington DC: American Psychological Association, 149-168.

CONSELL DE L'AUDIOVISUALS DE CATALUNYA (CAC) (2007): *Recomanacions sobre el tractament de l'anorèxia i la bulímia nervioses als mitjans de comunicació audiovisual*.

http://www.cac.cat/pfw_files/cma/actuacions/Autorregulacio/recomanacionsanorxiaibulimia.pdf (darrera visita novembre de 2007).

CONTRERAS, J. (1993): *Antropología de la alimentación*. Madrid: Eudema.

CONTRERAS, J. (2002): «La obesidad: una perspectiva sociocultural». *Formación continuada en Nutrición y Obesidad*, 5 (6), 275-286.

CORRAL, M.I. (1997): «La anorexia y la bulimia, un problema de salud en crecimiento», a Serrano, M^{al}. (coord.): *La Educación para la Salud del siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos, 1997, 123-141.

CUBELLS, M. (2003): *¡Mírame, tonto!* Barcelona: Ediciones Robinbook.

CUÉLLAR, J. (2001): «Un ideal femenino de masas». *Clio*, novembre, pp. 124-125.

CUIJPERS, P. (2003): «Examining the Effects of Prevention Programs on the Incidence of New Cases of Mental Disorders: The Lack of Statistical Power». *The American Journal of Psychiatry*, 160, 8, 1385-1391.

DATAR, A. i STURM, R. (2006): «Childhood overweight and elementary school outcomes». *International Journal of Obesity*, 30, 1449-1460.

DAPÍA, M.D. (2000): A educación para a saúde como reto do século XXI. Vigo: Universidade de Vigo.

DAY, S. (2003): «Sustancias para engañar al paladar». *El País*, 2 de setembre.

DAYAN, D. (2005): «El Papa en Reunión. Hagiografía, *casting* e imaginación». *Revista de Occidente*, 290-91, 7-32.

DE BENITO, E. (2005): «Para frenar el sida no basta con dar más dinero, hay que dar más conocimiento». *El País*, 6 de març.

DE COMINGES, C. (2005): «Un nou festival reflexiona sobre la influència de la moda». *El Periódico*, 1 de novembre.

DE DIOS, M. (2007): «TV-3 promueve la vida sana con el nuevo programa "Salut!"». *El Periódico*, 7 d'octubre.

DE MORAGAS, M. (1985): «Primeros descubrimientos de los efectos de la comunicación, crisis posterior y nuevos planteamientos», a DE MORAGAS, M. (ed.): *Sociología de la comunicación de masas*. Barcelona: Gustavo Gili, 11-21.

DEL POZO, L. (2005): «Del culto al corte del cuerpo». *La Vanguardia*, 24 de juliol.

DE RITUERTO, R.M. (2003): «Bruselas endurece la guerra comercial con EEUU al rechazar la carne hormonada». *El País*, 16 d'octubre.

DEFORCHE, B.I.; DE BOURDEAUDHUIJ, I.M. i TANGHE, A.P. (2006): «Attitude toward psysical activity in normal-weight, overweight and obese adolescents». *Journal of Adolescent Health*, 38, 560-568.

Diario Médico (2004): «Los anuncios de fármacos, más imagen que posología». 24 de desembre.

DÍAZ, C. i GONZÁLEZ, M. (2008): «Industria y alimentación: de la publicidad referencial a los alimentos funcionales», a DÍAZ, C. i GÓMEZ, C. (coord.): *Alimentación, consumo y salud*. Barcelona: Fundación "la Caixa"; Colección Estudios Sociales, 24, 105-129.

DÍAZ, M. i CARRASCO, J.L. (2007): «La personalidad y sus trastornos en la anorexia y en la bulimia nerviosas», a GARCÍA-CAMBA, E. (Coord.): *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Elsevier Doyma, 93-104.

DÍAZ, M. (2004): «Los niños quieren ser ricos y famosos». *La Vanguardia*, 12 de diciembre.

DINGEMANS, A.E.; SPINHOVEN i VAN FURTH, E.F. (2006): «Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms». *Eating Behaviors*, 7, 258-265.

DOMÈNECH, R. (2004): «La policia italiana acusa prop de 4.600 metges d'acceptar suborns». *El Periódico*, 27 de maig.

DRYFOOS, J.G. (1997): «The Prevalence of Problem Behaviors. Implications for programs», a WEISSBERG R.P. i altres: *Enhancing children's wellness*. Estats Units: Sage Publications, Inc., 17-46.

DUBOIS, D.L. (2003): «Self-Esteem, Early Childhood», a GULLOTTA, T.P. i BLOOM, M. (Ed.): *Enciclopedia of Primary Prevention and Health Promotion*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 937-944.

DUFFY, M. i ALTRES (2003): «Net profits? Web site development and health improvement». *Health Education*, 103, 5, 278-285.

DURKIN, S.J. i ALTRES (2005): «How do adolescents girls evaluate body dissatisfaction prevention messages?». *Journal of Adolescent Health*, 37, 381-390.

DURLAK, J.A. (2001): «What Primary Prevention Will Be Like 25 Years from Now». *The Journal of Primary Prevention*. Vol. 21, 3, 313-316.

DUSENBURY, L. i FALCO, M. (1997): «Shool-based Drug Abuse Prevention Strategies: From Research to Policy and Practice», a WEISSBERG R.P. i

altres: *Enhancing children's wellness*. Estats Units: Sage Publications, Inc., 47-76.

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [Associació Americana de Psiquiatria] (1995). Barcelona: Masson.

EADIE, D. i MacASKILL, S. (2007): «Results from an explanatory study of sun protection practice». *Health Education*, vol. 107, 3, 250-260.

EAPEN, V.; MABROUK, A.A. i BIN-OTHTMAN, S. (2006): «Disordered eating attitudes and symptomatology among adolescent girls in the United Arab Emirates». *Eating Behaviors*, 7, 53-60.

EBSTER, C. i KIRK-SMITH, M. (2005): «The Effect of the Human Pheromone Androstenol on Product Evaluation». *Psychology & Marketing*, vol. 22, 739-749.

ECO, U. (1976): «El hábito hace al monje», a ECO, U. i altres: *Psicología del vestir*. Barcelona: Lumen, 7-24.

ELCACHO, J. (2006a): «Els productes no biològics no podran dur la denominació 'bio' o 'eco' a les etiquetes». *Avui*, 4 de gener.

ELCACHO, J. (2006b): «Salut estudiarà si un producte d'Ercros conté radioactivitat». *Avui*, 7 de febrer.

El Periódico (2006): «Zara es veu obligada a tenir a l'Argentina totes les talles de cada peça que ven». 21 de gener.

El Periódico (2006b): «La ministra Salgado demana als modistes que siguin responsables i evitin les talles petites». 24 de febrer.

El Periódico (2004a): «Kylie Minogue presta el seu físic a una nina». 28 de gener.

El Periódico (2004b): «Mango va facturar 1.002 milions el 2003, un 5,4% més que el 2002». 11 de febrer.

El Periódico (2003): «Kidman i Kravitz proclamen el seu amor». 4 d'octubre.

ELZO, J. (2006): «Els pares davant dels valors que cal transmetre a la família», a ELZO, J. ; FEIXA, C. i GIMÉNEZ-SALINAS, E. : *Joves i valors, la clau per a la societat del futur*. Barcelona: Fundació "la Caixa".

ELZO, J. (2004): «L'educació del futur». *Cicle "Debats d'educació"*, juliol. <http://www.uoc.edu/dt/cat/elzo0704.pdf>

ESPIÑO, I. (2008): «Una serie de televisión se estrena pese al enfado de los pediatras estadounidenses». *www.elmundosalud.com*, 1 de febrer.

ESPIÑO, I. (2006): «La "píldora de la obesidad", a punto de venderse sin receta en EE UU». *www.elmundosalud.com*, 24 de gener.

ESTEBAN, J. (2002): *Memoria, hermenéutica y educación*. Madrid: Biblioteca Nueva.

ETXEBARRIA, L. (2005): «Fuera complejos». *Magazine La Vanguardia*, 10 de juliol.

EVANS, D.L. i altres (Ed.) (2005): *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders*. New York: Oxford University Press.

FAIN, G.S. (2005): «School Health Education in the United States: the Law and the Public Trust», a HARRIS, N.S. i MEREDITH, P (Ed.): *Children, Education and Health: International Perspectives on Law and Policy*. Great Britain: Ashgate Publishing, 231-256.

FALK, J; MAJOROS, M i TARDOS, A . (2001): *Menjar*. Barcelona: Rosa Sensat.

FAY, M. i PRICE, C. (1994): «Female Body-shape in Print Advertisements and the Increase in Anorexia Nervosa». *European Journal of Marketing*. Vol. 28, 12, 5-18.

FERNÁNDEZ, J.; JIMÉNEZ, M. i HUERTAS, A. (2008): *L'eficàcia dels emplaçaments de productes entre els infants*. www.cac.cat

FERNÁNDEZ, P. (2004): «McDonald's cambia de menú». *El País*, 26 de setembre.

FERNÁNDEZ, E. (2003): «Cine i moda sin tabaco». *La Vanguardia*, 1 de juny.

FERNÁNDEZ, F. i TURÓN, V. (2001): *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.

FERNÁNDEZ CAVIA, J. i ALTRES (2006): *La publicitat infantil a Televisió de Catalunya*. www.cac.cat/pfw_files/cma/recerca/estudis_recerca/PubliTV.pdf

FERRÉS, J. (2005): «Pedagogia del cinema, pedagogia del somni», a AAVV: *Les cultures Pedagògiques de la comunicació II*. *Barcelona: Comissionat de les Arts Audiovisuals de Barcelona. Els Treballs del Naos, n.7, 13-20*.

FERRÉS, J. (2003): «La raó com a problema, l'emoció com a solució», a AAVV: *Les cultures Pedagògiques de la comunicació II*. *Barcelona: Comissionat de les Arts Audiovisuals de Barcelona. Els Treballs del Naos, n.6, 13-16*.

FERRÉS, J. (2000): *Educar en una cultura del espectàculo*. *Barcelona: Paidós*.

FERRÉS, J. (1996): *Televisión subliminal*. *Barcelona: Paidós*.

FERRÉS, J. (1994): *Televisión y educación*. *Barcelona: Paidós*.

FISHER, J.O. i BIRCH, L.L. (2001): «Early Experience With Food and Eating: Implications for the Development of Eating Disorders», a THOMPSON, J.K. i SMOLAK, L. (ed.): *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth*. *Washington DC: American Psychological Association, 23-40*.

FISCHLER, C. (1995): *El (h)omnívoro*. *Barcelona: Anagrama*.

FLOREZ, J.A. (1995): «Medios de comunicación y psicopatología infantil», a RODRÍGUEZ, J. (ed.) *Psicopatología del niño y del adolescente. Tomo II*. *Sevilla: Universidad de Sevilla, 1283-1296*.

FRAMIS, M. (2001): «Las series de televisión, un eficaz vehículo para la educación sanitaria». www.elmundosalud.com, 20 de gener.

FRANKO, D.L. i OROSAN-WEINE, P. (1998): «The Prevention of Eating Disorders: Empirical, Methodological, and Conceptual Considerations». *Clinical Psychology: Science and Practice, 5, 459-477*.

FRAU MEIGS, D. (2004): «La regulació dels mitjans, autoregulació i educació: desenmascarant alguns mites i reorganitzant alguns paradigmes operatius», a *Forum Mundial de la TV Infantil. Ponències 2003*. *Barcelona: Comissionat de les Arts Audiovisuals de Barcelona, 183-212*.

FUENTES, A. (2004): «Intermón acusa el tèxtil espanyol de collar les fàbriques del Màrroc». *El Periódico*, 11 de febrer.

FUENMAYOR V. (2003): «Imatge en moviment», a AAVV: *Les cultures Pedagògiques de la comunicació II*. Barcelona: Comissionat de les Arts Audiovisuals de Barcelona. Els Treballs del Naos, n.5, 31-44.

FUENMAYOR, V. (2003b): «De la raó teòrica a la raó sensible», (2003), a AAVV: *Les cultures Pedagògiques de la comunicació II*. Barcelona: Comissionat de les Arts Audiovisuals de Barcelona. Els Treballs del Naos, n.6, 69-90.

FURRIOL, E. (2005): «Barbie pierde glamour». *La Vanguardia*, 11 de desembre.

GADAMER, H.G. (2001): *Verdad y Método*. Salamanca: Ediciones Sígueme.

GALÁN, L. (2005): «Bisturí para todos». *El País*, 13 de març.

GALEANO, E. (2002, 7a ed., 1ª 1998): *Patatas arriba. La escuela del mundo al revés*. Madrid: Siglo veintiuno de España Editores.

GALTÉS, M. (2004): «Zannier, líder de la moda infantil». *La Vanguardia*, 19 de setembre.

GANDARILLAS, A. i altres (2004): «Population at risk for eating disorders in a Spanish region». *Eating Weight Disord.*, 9: 179-185.

GALLARDO, À. (2006): «La demanda de cirurgia de l'obesitat es duplica en dos anys». *El Periódico*, 11 de febrer.

GALLARDO, À (2006b): «El 10% dels nens catalans de 4 i 5 anys ja pateixen obesitat». *El Periódico*, 28 de setembre.

GARCÍA, A. (1998): «Educar y promover la salud: dimensiones sociales de las "escuelas promotoras de salud"», a GARCÍA, A. (Coord.): *Claves de educación para la salud*. Lleida [Murcia]: DM, 57-78.

GARBARINO, J. i ECKENRODE, J. (1999): *Por qué las familias abusan de sus hijos*. Barcelona: Granica.

GARCÍA AMILBURU, M. (2008): «La cultura como texto. Hermenéutica y educación», a ESTEBAN, J. (ed): *Cultura, hermenéutica y educación*. Valladolid: Universidad Europea Miguel de Cervantes, 105-118.

GARCÍA, P. (1995): «Educar con televisión», a AGUADED, J.I. i CABERO, J. (dir.): *Educación y Medios de Comunicación en el contexto iberoamericano*. Huelva: Universidad Internacional de Andalucía Sede Iberoamericana de la Rábida, 133-142.

GARCÍA GALERA, M.C (2003): «La realitat sobre els efectes de la violència televisiva en l'audiència infantil», a *Forum Mundial de la TV Infantil. Ponències 2002*. Barcelona: Comissionat de les Arts Audiovisuals de Barcelona, 71-94.

GARCÍA GUTIÉRREZ, A. (2004): «¿Por qué la televisión incumple su misión de servicio público? ». *Red digital: Revista de Tecnologías de la Información y Comunicación Educativas*, n.5.

http://reddigital.cnice.mecd.es/5/firmas/alfonso_ind.html

GARCÍA MONGE, J.A. (1997): «Autoestima y salud», a SERRANO, M.I. (coord.): *La Educación para la Salud del siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos, 83-94.

GERBNER, G. i altres (2002): «Growing up with television: Cultivation Processes», a BRYANT, J. i ZILLMANN, D. (Ed.): *Media Effects. Advances in Theory and Research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 43-68.

GIL, M. (2006): «La obesidad está en el cerebro». *La Vanguardia*, 9 de setembre.

GILES, C. (1996): «"There is no Fat in Heaven": Religious Asceticism and The Meaning of Anorexia Nervosa». *Ethos*, vol. 24, 1, 107-135.

GILLIGAN, C. (1985): *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica.

GIMÉNEZ-SALINAS, E. (2006): «Nous joves, nou saber», a ELZO, J. ; FEIXA, C. i GIMÉNEZ-SALINAS, E. : *Joves i valors, la clau per a la societat del futur*. Barcelona: Fundació "la Caixa".

GINER, S. (2005): «Las masas y su cultura presunta: el fin de una ilusión». *Revista de Occidente*, 290-91, 67-75.

GIRONA, C. (2006): «Más delgadas, más agobiadas y más calvas». *El País*, 31 de gener.

GIROUX, H. (1996): *Placeres inquietantes*. Barcelona: Paidós.

GLANZ, K.; LEWIS, F.M. i RIMER, B.K. (1990): «The Scope of Health Education: Parameters of a Maturing Field», a GLANZ, K.; LEWIS, F.M. i RIMER, B.K. (ed.): *Health behavior and health education*. California: Jossey-Bass Publishers, 3-16.

GLANZ, K.; LEWIS, F.M. i RIMER, B.K. (1990b): «Theory, Research, and Practice in Health Education: Building Bridges and Forging Links», a GLANZ, K.; LEWIS, F.M. i RIMER, B.K. (ed.): *Health behavior and health education*. California: Jossey-Bass Publishers, 17-32.

GLASER, B.G. i STRAUSS, A.L. (1967): *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Nova York: Aldine de Gruyter.

GÓMEZ, P. (1996). *Anorexia nerviosa. La prevención en familia*. Madrid: Primávide.

GÓMEZ MOMPART, J.L. (2002): «El campo mediático y la sociedad de la información», a GARCÍA-ALBEA, J.E.; CATALÀ, N. i DíEZ, J.A. (Coord): *Los límites de la globalización*. Barcelona: Ariel Practicum, 47-63.

GONZÁLEZ, I.; ALEGRE, M.A. i BENITO, R. (2005): *De nens exigents i joves lliures. El corpus normatiu subjacent en la narrativa publicitària*. www.cac.cat

GONZÁLEZ, C. (1999): *Mi niño no me come. Consejos para prevenir y resolver el problema*. Madrid: Temas de Hoy/ Ser Padres.

GONZÁLEZ LUCINI, F. (1997): «Educación en valores y transversalidad: un nuevo reto para la educación contemporánea», a SERRANO, M.I. (coord.): *La Educación para la Salud del siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos, 137-144.

GONZÁLEZ, Á i GARCÍA, A. (1998): «Contexto y tareas de la educación para la salud», a GARCÍA, A. (Coord.): *Claves de educación para la salud*. Lleida [Murcia]: DM, 5-32.

GORMAN, J. (2003): «El mercurio, un lastre para el pescado». *El País*, 30 de setembre.

GRADA, M. (2003): « Menjar molt, menjar poc, no menjar: raons culturals per a l'anorèxia nerviosa», a ISOLETTA, S. (coord.) (2003): *L'anorèxia com a símptoma social*. Barcelona: Ediciones Experiencia, 9-24.

GRAMIGNA, A. (2008): «Estética etnográfica y pedagogía interpretativa: por una poética de la comprensión del mundo», a ESTEBAN, J. (ed): *Cultura, hermenéutica y educación*. Valladolid: Universidad Europea Miguel de Cervantes, 11-22.

GRANT, I.J. y STEPHEN, G.R. (2005) «Buying behaviour of “tweenage” girls and key societal communicating factors influencing their purchasing of fashion clothing». *Journal of Fashion Marketing and Management*. Vol. 9, 4, 450-467.

GRANT, R.W. (2001): «Stress Inventories Used in Clinical and Nonclinical settings», a ROBERT-McCOMB (edit.): *Eating disorders in women and children*. Florida: CRC Press LLC, 147-164.

GRAU, O. (2006): «El 99% de los estudios de nutrición los hacen las empresas interesadas». *Expansión*, 14 de febrer.

GREEN, J. i THOROGOOD, N. (2004): *Qualitative methods for health research*. Great Britain: Sage.

GUILLEMOT, A. i LAXENAIRE, M. (1994): *Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura*. Barcelona: Masson.

GUIRADO, M.C. i BALLESTER, R. (2005): «Relación entre conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud en niños de 11 a 14 años». *Anales de Psicología*, 21, 1, 58-65.

GUBERN, R. (2005): «Del palacio al televisor, pasando por el minicine». *Revista de Occidente*, 290-91, 77-88.

GUZMÁN, L. (1997): «*La enfermedad mental: factores educativos que inciden en ella*», a SERRANO, M.I. (coord.): *La Educación para la Salud del siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos, 1997, 213-224.

HABERMAS, T. (2005): «On the Uses of History in Psychiatry: Diagnostic Implications for Anorexia Nervosa». *International Journal of Eating Disorders*. 38, 167-182.

HALLIWELL, E. i HARVEY, M. (2006): «Examination of a sociocultural model of disordered eating among male and female adolescents». *British Journal of Health Psychology*, 11, 235-248.

HARSANYI, D. (2006): «Sizing up alternatives to fast food». *Denverpost.com*, 26 de gener.

HAWORTH-HOEPFNER, S. (2000): «The Critical Shapes of Body Image: The Role of Culture and Family in the Production of Eating Disorders». *Journal of Marriage and the Family*, vol. 62, 212-227.

HAYDON, G. (2003): *Enseñar valores. Un Nuevo enfoque*. Madrid: Morata.

HEATH, J. i POTTER, A. (2005): *Rebelarse vende*. Madrid: Taurus.

HEITZLER, C.D.; ASBURY, L.D. i KUSNER, S.L. (2008): «Bringing “Play” to Life. The Use of Experiential Marketing in the Verb Campaign». *American Journal of Preventive Medicine*, 34, 188-193.

HERNÁN, M; RAMOS, M. i FERNÁNDEZ, A. (2001): «Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles». *Revista Española de Salud Pública*, 75, 491-504.

HERNÁNDEZ, J.M. (2003a): «Un complejo negocio llamado belleza». *La Vanguardia*, 6 d'abril.

HERNÁNDEZ, J.M. (2003b): «McDonald's, “stop” a los antibióticos». *La Vanguardia*, 22 de juny.

HERRERA, P. (2008): «Aprender a cocinar: entre el bricolaje culinario, la sopa de letras y el guiso audiovisual», a DÍAZ, C. i GÓMEZ, C. (coord.): *Alimentación, consumo y salud*. Barcelona: Fundación “la Caixa”; Colección Estudios Sociales, 24, 192-215.

HERRIN, M. i MATSUMOTO, N. (2007, 2a ed.): *The Parent's Guide to Eating Disorders*. Carlsbad: Gürze Books.

HILL, K. I POMEROY, C. (2001): «Assessment of Physical Status of Children and Adolescents With Eating Disorders and Obesity» a THOMPSON, J.K. i SMOLAK, L. (ed.) *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth*. Washington DC: American Psychological Association, 171-191.

HITE, S. (2006): «Occident no allibera la dona». *El Periódico*, 25 de febrer.

HONEY, A. i ALTRES (2006): «The Influence of Siblings on the Experience of Anorexia Nervosa for Adolescent Girls». *European Eating Disorders Review*, 14, 315-322.

IBÁÑEZ SERRADOR, C. (2003): «La televisió i els nens», a *Forum Mundial de la TV Infantil. Ponències 2002*. Barcelona: Comissionat de les Arts Audiovisuals de Barcelona, 59-61.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2003): *La sociedad española tras 25 años de Constitución*.

IRVING, L.M. (2002) «Prevention of Eating Disorders: Problems, Pitfalls, and Feminist Possibilities», a COLLINS, L.H.; DUNLAP, M.R. i CHRISLER, J.C. (edit): *Charting a New Course for Feminist Psychology*. USA: Praeger Publishers, 255-281.

IRVING, L.M. (1999): «A Bolder Model of Prevention: Science, Practice and Activism», a PIRAN, N.; LEVINE, M.P. i STEINER-ADAIR, C. : *Preventing Eating Disorders: a Handbook of Interventions and Special Challenges*. USA: Taylor & Francis, 63-84.

ISOLETTA, S. (2003): «El fracàs del ritu», a ISOLETTA, S. (coord.) (2003): *L'anorèxia com a símptoma social*. Barcelona: Ediciones Experiencia, 25-60.

ISRAEL, B.A. i SCHURMAN, S.J. (1990): «Social Support, Control, and the Stress Process», a GLANZ, K.; LEWIS, F.M. i RIMER, B.K. (ed.): *Health behavior and health education*. California: Jossey-Bass Publishers, 187-214.

JACOBI, C. (2005): «Psychosocial risk factors for eating disorders», a WONDERLICH, S. i altres (ed.): *Eating Disorders Review. Part 1*. United Kingdom: Radcliffe Publishing, 59-86.

JANÉ, C. (2009): «Els nous televisors s'acoblen a internet per oferir cine i notícies». *El Periódico*, 8 de gener.

JANÉ, C. (2006): «Videojocs per a pares». *El Periódico*, 5 de març.

JANÉ, C. (2005): «El videojoc aposta pel cine». *El Periódico*, 25 de maig.

JANÉ, C. (2004): «El videojuego busca a las chicas». *El Periódico*, 14 d'abril.

Jano on line i agències (2005): «Anuncios en televisión subrayarán lo "ridículo" del consumo de tabaco en la campaña europea que arranca el 6 de junio». 27 de maig. www.doyma.es

Jano on line i agències (2006): «Salgado asegura que se ha conseguido la sensibilización de la sociedad contra la obesidad en corto plazo». 14 de setembre. www.doyma.es

Jano on line i agències (2006b): «Valentín Fuster destaca el fracaso en la Ciencia por la falta de prevención y augura una difícil sostenibilidad económica». 3 de març. www.doyma.es

JANSA, M. (2005): «Iñaki Gabilondo alerta de l'avanç de la propaganda». *El Periódico*, 13 de maig.

JEAMNET, P. (1995): «Psicopatología de la adolescencia», a RODRÍGUEZ, J. (ed.) *Psicopatología del niño y del adolescente. Tomo II*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 977-1016.

JENNINGS, P.S. i altres (2006): «Acculturation and eating disorders in Asian and Caucasian Australian university students». *Eating Behaviors*, 7, 214-219.

JIMÉNEZ, M. (2006): *De l'estereotip publicitari adult a la realitat preadolescent*. Tèsi doctoral.

JIMÉNEZ, A. (2004): «Seducidas por el botellón». *El País*, 21 de novembre.

JUNG, C.G. (1990):): *Las relaciones entre el yo y el inconsciente*. Barcelona: Paidós.

KEEL, P.K., i KLUMP, K.L. (2003). «Are eating disorders culturebound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology». *Psychological Bulletin*, 129, 747–769.

KENNEDY, M.G. i ALTRES (2004): «Increases in Calls to the CDC National STD and AIDS Hotline Following AIDS-Related Episodes in a Soap Opera». *Journal of Communication*, Vol. 54, 2, 287-301.

KIESLER, D.J. (2000): *Beyond the Disease Model of Mental Disorders*. United States of America: Praeger Publishers.

KIM, H.S. (2005): «Consumer profiles of apparel product involvement and values». *Journal of Fashion Marketing and Management*. Vol. 9, 2, 207-220.

KLEIN, R. (1997): *¡Coma grasas!* Barcelona: Edhasa, 1997.

KOLODNY, N.J. (2000): *Cuando la comida es tu enemiga*. Barcelona: Granica.

LANTIGUA, I.F. (2006): «Un chef en el colegio». *www.elmundosalud.com*, 25 de setembre.

LANTIGUA, I.F. (2004): «Un comic para luchar contra la discriminación de los seropositivos». *www.elmundosalud.com*, 20 de desembre.

LARA, L. i RODRÍGUEZ, J. (2001): *Televisión y Derechos de los Usuarios. Estudio de la parrilla infantil*. CEACCU.

LAURA, R.S. i HEANEY, S. (2000): *Philosophical foundations of health education*. Routledge: New York.

LARDELLIER, P. (2005): «Consumo sentimental y sexual de masas en la era de Internet» *Revista de Occidente*, 290-91, 89-106.

“Las series de televisión ayudan a reducir el estigma hacia los enfermos neurológicos” (2008). *www.elmundosalud.com*, 22 d'abril.

LATORRE, A.; DEL RINCON, D. i ARNAL, J. (1996): *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Hurtado ediciones.

LAZARFELD, P.F. i MERTON, R.K. (1985): «Comunicación de masas, gustos populares y acción social organizada», a DE MORAGAS, M. (ed.): *Sociología de la comunicación de masas*. Barcelona: Gustavo Gili, 22-49.

LAVIER, J. (1988): *Breve historia del traje y la moda*. Madrid: Ensayos Arte Cátedra.

LE GRANGE, i ALTRES (2006): «DSM-IV Threshold Versus Subthreshold Bulimia Nervosa». *International Journal of Eating Disorders*, 39, 462-467.

LEIT, R.A; POPE, H.G. i GRAY, J.J. (2001): «Cultural Expectations of Muscularity in Men: The Evolution of Playgirl Centerfolds». *International Journal of Eating Disorders*, 29, 90–93.

LEIT, R.A; GRAY, J.J. i POPE, H.G. (2002): «The Media's Representation of the Ideal Male Body: A Cause for Muscle Dysmorphia». *International Journal of Eating Disorders*, 31, 334-338.

LEN-RÍOS, M.E. *et al.* (2005): «Representation of Women in News and Photos: Comparing Content to Perceptions». *Journal of Communication*, 55, 152-168.

LEONE, J. E.; SEDORY, E.J. i GRAY, K.A. (2005): «Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders». *Journal of Athletic Training*; 40, 4, 352-359.

LEVINE, M.P. i SMOLAK, L. (2006): *The prevention of eating problems and eating disorders*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

LEVINE, M.P.; PIRAN, N. i IRVING, L.M. (2003): «Disordered Eating Behavior, Adolescence», a GULLOTTA, T.P. i BLOOM, M. (Ed.): *Enciclopedia of Primary Prevention and Health Promotion*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 422-428.

LEVINE, M.P. i SMOLAK, L. (2001): «Primary prevention of body image disturbances and disordered eating in childhood and early adolescence», a THOMPSON, J.K. i SMOLAK, L. (ed.) *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth*. Washington DC: American Psychological Association, pp 237-260.

LEVINE, M.P. i SMOLAK, L. (2000): «Los medios de comunicación y los disturbios de la alimentación: consecuencias en la prevención primaria», a VANDEREYCKEN, W. i NOORDENBOS, G. (comp.): *La prevención de los trastornos alimentarios*. Barcelona: Granica, 39-79.

LEWINSOHN i altres (2005): «Problematic Eating and Feeding Behaviors of 36-Month-Old Children». *International Journal of Eating Disorders*, 38, 3, 208-219.

LIRIO, J. (2004): «Cuando los niños no comen: Guía para padres». *Interpsiquis*. www.psiquiatria.com

LIVIANOS, L. i ROJO, L. (2003): «Trastorno de la imagen corporal en el varón», a ROJO, L. i CAVA, G. *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 509-528.

LIVINGSTONE, S. i HELSPER, E.J. (2006): «Does Advertising Literacy Mediate the Effects of Advertising on Children? A Critical Examination of Two Linked Research Literatures in Relation to Obesity and Food Choice». *Journal of Communication*, 56, 560-584.

LIVOLSI, M. (1976): «Moda, consumo y mundo juvenil», a ECO, U. *et al.*: *Psicología del vestir*. Barcelona: Lumen, 43-60.

LOMAZZI, G. (1976): «Un consumo ideológico», a ECO, U. i altres.: *Psicología del vestir*. Barcelona: Lumen, 93-101.

LÓPEZ, C. (coord.) (2000): *Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Ministerio de Educación, Ministerio del Interior.

LÓPEZ-BARAJAS, E. (2004): «La investigación científica y la educación para la salud», a PEREA, R. (Dir.): *Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz de Santos, 309-331.

LOPEZ-EGEA, S. (2005): «Els esportistes prenen els mateixos anabolitzants que fa 25 anys». *El Periódico*, 24 d'octubre.

LÓPEZ GARZÓN, J.C. (2006): «Videojocs i educació ¿són compatibles?», a *Forum Mundial de la TV Infantil. Ponències 2005*. Barcelona: Comissionat de les Arts Audiovisuales de Barcelona, 63-78.

LÓPEZ MADRID, J.M. i SALLÉS, N. (2005): *Prevención de la anorexia y la bulimia*. València: Nau Llibres.

LÓPEZ MADRID, J.M. i SALLÉS, N. (2004): «Anorèxia i bulímia nervioses: un perill en creixement». *Perspectiva escolar*, Barcelona, 282, 61-66.

LOSADA, J.L. i LÓPEZ-FEAL, R. (2003): *Métodos de investigación en ciencias sociales y humanas*. Madrid: Thomson.

LUQUE, E. (2008): “La obesidad, más allá del consumidor: raíces estructurales de los entornos alimentarios”, a DÍAZ, C. i GÓMEZ, C. (coord.): *Alimentación, consumo y salud*. Barcelona: Fundación “la Caixa”; Colección Estudios Sociales, 24, 130-149.

LUNDI, L (2005): «Schoolchildren and Health: the Role of International Human Right Law», a HARRIS, N.S. i MEREDITH, P (Ed.): *Children, Education and Health: International Perspectives on Law and Policy*. Great Britain: Ashgate Publishing, 3-30.

LURIE, A. (1994): *El lenguaje de la moda*. Paidós: Barcelona.

LLERA, L.C. (2006): «Los varones anoréxicos que han multiplicado por diez en cinco años». *La Voz de Galicia*, 4 de noviembre.

MACFARLANE, A (2005). *What are the main factors that influence the implementation of disease prevention and health promotion programmes in children and adolescents?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report;

<http://www.euro.who.int/Document/E86766.pdf>, [12-10-07]).

MAGALLÓN, E. (2003): «*Dos décadas sin arrugas en L’Oréal*». *La Vanguardia*, 6 d’abril.

MALTBY, J. *et al.* (2005): «Intense-personal celebrity worship and body image: Evidence of a link among female adolescents». *British Journal of Health Psychology*, 10, 17–32.

MAÑANA, C. (2005): «Aspirar a la realidad». *El País Semanal*, 8 de maig.

MARCH, M.X i ORTE, C. (1998): «La intervención preventiva sobre las drogodependencias y los modelos socioeducativos», a GARCÍA, A. (Coord.): *Claves de educación para la salud*. Lleida [Murcia]: DM, 79-137.

MARDOMINGO, M.J (2007): «Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia», a GARCÍA-CAMBA, E. (Coord.): *Avances en trastornos de la*

conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona: Elsevier Doyma, 109-114.

MARÍN, À. (2005): «Atrapados en el laberinto de las tallas». *Magazine de La Vanguardia*, 13 de febrer.

MARINÉ, A. (2003): «Alimentació, obesitat i llibertat». *El Periódico*, 30 d'octubre.

MARTÍNEZ, F. (1995): «La televisión, generadora de un nuevo espacio educativo», a AGUADED, J.I. i CABERO, J. (dir.): *Educación y Medios de Comunicación en el contexto iberoamericano*. Huelva: Universidad Internacional de Andalucía Sede Iberoamericana de la Rábida, 83-102.

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M.A. i DE IRALA, J. (2003): «Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública?». *Gaceta Sanitaria*, 17, 347-350. www.doyma.es

MASLOW, A. (2000, 13^a ed.; 1^a ed. 1973): *El hombre autorrealizado*. Barcelona: Kairós.

MATEY, P. (2005): «Las campañas de prevención no logran frenar la epidemia de la obsesión por el cuerpo». N. 622, *www.elmundosalud.com*, 18 de juny.

MAY, A.L. i ALTRES (2006): «Parent-Adolescent Relationships and the Development of Weight Concerns From Early to Late Adolescence». *Internacional Journal of Eating Disorders*, 39, 8, 729-740.

MAYALL, B. i ALTRES (1996): *Children's Health in Primary Schools*. Hong Kong: Falmer Press.

Mc CUTCHEON, L.E. i altres (2002): «Conceptualization and measurement of celebrity worship». *British Journal of Psychology*, 93, 67-87.

M. R. (2006): «La meitat de les noies no esmorzen i un terç han fet alguna vegada dieta». *El Periódico*, 11 de febrer.

MEESTERS, C. i ALTRES (2007): «Social and family correlates of eating problems and muscle preoccupation in young adolescents». *Eating Behaviors*, 8, 83-90.

- MEGÍAS, E. (Dir.) (2000): *Els valors de la societat espanyola i la seva relació amb les drogues*. Barcelona: Fundació "la Caixa".
- MENASSA, B.N. (2004): *Preventing Eating Disorders among Pre-Teen Girls*. USA: Praeger Publishers.
- MÉNDEZ, R. (2002): «Las curvas, cada vez más rectas». *El País*, 23 de desembre.
- MERNISSI, F. (2001): *L'harem occidental*. Barcelona : Edicions 62.
- MIGUEL, F. i altres (2002): «Trastornos de la conducta alimentaria en el deporte: anorexia y bulimia nerviosas». *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, volúmen 5, núm. 11-12. <http://reme.uji.es/remesp.html>
- MIECH, R.A. i ALTRES (2006): «Trends in the Association of Poverty With Overweight Among US Adolescents, 1971-2004». *JAMA*, Maig, 24/31, Vol 295, No. 20, 2385-2393.
- MILLER, B.A. i MANCUSO, R.F. (2004): «Connecting Childhood Victimization to Later Alcohol/Drug Problems: Implications for Prevention». *The Journal of Primary Prevention*. Vol. 25, 2, 149-169.
- MILLET, E. (2004): «Consumidores precoces». *Magazine de La Vanguardia*, 4 de gener.
- MILLWARD BROWN (2003): *Los jóvenes españoles y sus marcas*. Novembre.
- MILOS, G. i altres (2005): «Instability of eating disorders diagnoses: prospective study». *British Journal of Psychiatry*, 187, 573-578.
- MINKLER, M. (1990): «Improving Health Through Community Organization», a GLANZ, K.; LEWIS, F.M. i RIMER, B.K. (ed.): *Health behavior and health education*. California: Jossey-Bass Publishers, 257-287.
- MINKLER, M. (1999): «Personal Responsibility for Health? A review of the Arguments and the Evidence at Century's End». *Health Education & Behavior*, 26, 121-140.
- MOCZULSKI i ALTRES (2007): "Commuting Behaviors, Obesity Risk and the Built Environment". *American Journal of Health Studies*, 22, 26-32.

MOLINA, M.C. i PASTOR, C. (2003): «Educación para la Salud y discapacidad: una experiencia de formación compartida», a CRUZ, M.C i FORTUNY, M.: *Experiencias educativas para la promoción de la salud y la prevención*. Barcelona: Laertes, 31-40.

MONCADA, A. (2000): *Manipulación mediática*. Madrid: Ediciones Libertarias.

MONTEBAROCCI, O. i altres (2006): «Alexithymia in female patients with eating disorders». *Eating Weight Disord.*, 11, 14-21.

MONTILLA, R. (2005): «Los hombres ganan protagonismo en el salón Cosmobelleza». *La Vanguardia*, 13 de març.

MORANDÉ, G. (2000): «Claves para la atención de los trastornos de la conducta alimentaria», en Lameiras, M. i Faílde, J.M. (comp.): *Trastornos de la conducta alimentaria*. Universidad de Vigo, 183-194.

MOSKALEWICZ, J. i SWIATKIEWICZ, G. (2001): «Millennium Essay on Primary Prevention». *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 21, 3, 317-319.

MUNAR, F. (2005): «Digues-me què menges i com menges i et diré d'on ets». *Escola Catalana*, 422, 15-18.

MUÑOZ, C. (2003): «Una campanya ensenya als adolescents com s'ha d'esmorzar». *El Periódico*, 18 de març.

MUÑOZ, J.L. i MUÑOZ, J.C. (2005): «Entre el método y la interpretación: apuntes para una consideración hermenéutica en la práctica investigativa de la administración», a HERNÁNDEZ, G.C. i CASTAÑO, G.A. (Comp.): *Investigación en Administración en América Latina: Evolución y Resultados*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 731-738.

MURRAY, M.E.; GUERRA, N.G. i WILLIAMS, K.R. (1997): «Violence prevention for the 21st Century», a WEISSBERG R.P. i altres: *Enhancing children's wellness*. Estats Units: Sage Publications, Inc., 105-128.

MUSSELL, M.P. i BINFORD, R.B. (2000): «Eating Disorders: Summary of Risk Factors, Prevention Programming, and Prevention Research». *The Counseling Psychologist*, vol. 28, 6, 764-796.

MYERS, D.G. (2005, 7ªed.): *Psicología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

NASSER, M. i KATZMAN, M. (1999): «Eating Disorders: Transcultural Perspectives Inform Prevention», a PIRAN, N.; LEVINE, M.P. i STEINER-ADAIR, C. : *Preventing Eating Disorders: a Handbook of Interventions and Special Challenges*. USA: Taylor & Francis, 26-43.

NABI, R.I. (2007): «"And Miles to Go...": Reflections on the Past and Future of Mass Media Effects Research», a PREISS, R.W I altres (Ed): New Jersey: *Mass Media Effects Research*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Publishers, 137-144.

NAVARRO, N. (2004): «El meu avi no m'ha fet mai cap retrat». *El Periódico*, 4 de febrer.

NEUMARK-SZTAINER i altres (2000): «Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: Feasibility and short-term effect of a community-based intervention». *Journal of the American Dietetic Association*, vol.100, 12, 1466-1473.

NIES, M.A. *et al.* (2004): «Effects of Lay Health Educator Interventions on Activity, Diet, and Health Risks in an Urban Mexican American Community». *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 25, 4, 441-455.

NOAIN, I. (2005): «Una universidad de EEUU crea una cátedra de videojuegos». *El Periódico*, 23 de febrer.

NOGUEIRA, CH. (2005): «La transformación de la familia española». *El País*, 19 de juny.

NORRIS, M.L. i altres (2006): «Ana and the Internet: A Review of Pro-Anorexia Websites». *International Journal of Eating Disorders*, 39, 443-447.

ODGEN, J. (2005): *Psicología de la alimentación*. Madrid: Morata.

Organització Mundial de la Salut (OMS) (2005): *European strategy for child and adolescent health and development*. Denmark: WHO Regional Office for Europe.

OMS (1995): *Health-Promoting Schools*.

OROS, L.B. (2005): «Implicaciones del perfeccionismo infantil sobre el bienestar psicológico: Orientaciones para el diagnóstico y la práctica clínica». *Anales de Psicología*, 21, 2, 294-303.

OROZCO, G. (2006), a AAVV: *Les cultures Pedagògiques de la comunicació II*. Barcelona: Comissionat de les Arts Audiovisuals de Barcelona. Els Treballs del Naos, n.8, 113-122.

ORTEGA, P. (2006): «Cuestión de peso». *El País*, 24 de setembre.

ORTEGA, P.; MÍNGUEZ, R. i GIL, R. (1996): *Valores y educación*. Barcelona: Ariel Educación.

PAYÁ, M. (1997): *Educación en valores para una sociedad abierta y plural*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

PEARSON, J.; GOLDKLANG, D. i STRIEGEL-MOORE, R.H. (2002): «Prevention of Eating Disorders: Challenges and Opportunities». *International Journal of Eating Disorders*, 31, 233-239.

PERANCHO, I. (2006): «Varapalo a las propiedades cardiosaludables de la soja». *www.elmundosalud.com*, 28 de gener.

PEREA, R. (2004): «Qué es la educación para la salud», a PEREA, R. (Dir.): *Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz de Santos, 3-18.

PEREDA, O. (2006a): «La roba de talla gran per a joves prospera a Espanya». *El Periódico*, 6 de març.

PEREDA, O. (2006b): «Les dones impossibles». *El Periódico*, 6 de març.

PEREDA, O. (2004): «Cau una banda que traficava amb anabolitzants en gimnasos». *El Periódico*, 1 de juliol.

PÉREZ, G. (2004): *Pedagogía Social. Educación social: construcción científica e intervención práctica*. Madrid: Narcea.

PÉREZ, S. (2006): «Cita amb la bellesa». *El Punt*, 19 de febrer.

PERPIÑÁ, C. (2000): «La psicoeducación en los trastornos alimentarios», en Lameiras, M. y Faílde, J.M. (comp.): *Trastornos de la conducta alimentaria*. Vigo: Universidad de Vigo, 145-182.

PERRY, C.L.; STORY, M. i LYTLE (1997): «Promoting healthy dietary behaviors», a WEISSBERG R.P. i altres: *Enhancing children's wellness*. Estats Units: Sage Publications, Inc., 214-249.

PERRY, C.L.; BARANOWSKI, T. i PARCEL, G.S. (1990): «How Individuals, Environments, and Health Behavior Interact: Social Learning Theory», a GLANZ, K.; LEWIS, F.M. i RIMER, B.K. (ed.): *Health behavior and health education*. California: Jossey-Bass Publishers, 161-186.

PIQUÉ, J.M (2006): «Els trastorns alimentaris entre els joves es doblen en vuit anys». *Avui*, 11 de novembre.

PIRAN, N. (2005, 1a ed. 2003): «A Spectrum of Costs», a MAJ, M. i altres (Edit.): *Eating disorders*. Great Britain: John Wiley & Sons Inc. 397-400.

PIRAN, N. (1999): «Eating Disorders: A Trial of Prevention in a High Risk School Setting». *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 20, 1, 75-90.

PLIEGO, L. (2006): «El Bread & Butter supera totes les expectatives de visitants». *El Periódico*, 21 de gener.

POLAINO-LORENTE, A. (1987): *Educación para la salud*. Barcelona: Herder.

POLIVY, J. i HERMAN, C.P. (2002): «Causes of Eating Disorders». *Annu. Rev. Psychol.*, 53, 187-213.

PONTÓN, C.B. (2002): «interdisciplinariedad, teoría crítica y hermenéutica: perspectivas de investigación en México» PIÑA, J.M. i PONTÓN, C.B (coord.): *Cultura y procesos educativos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 25-47.

POPE, H.G. (2001): «Unraveling the Adonis Complex». *Psychiatric Times*, març, vol. XVIII, 3. www.psychiatrictimes.com

POSTMAN, N. (2001, 2a ed.): *Divertirse hasta morir*. Barcelona: Ediciones de la Tempestad.

POZZI, S. (2004): «Una economía baja en calorías». *El País*, 18 de gener.

- PRÓ, M. (2003): *Aprender con imágenes*. Barcelona: Paidós.
- PUIG, J.M. (2003): *Prácticas morales. Una aproximación a la educación moral*. Barcelona: Paidós.
- PUY, R. (2006): «Menjar sa, bé i a poc a poc». *Presència*, 17 al 23 de març.
- RAICH, R.M. (2002): *Més enllà del desig d'aprimar-se*. Barcelona: Viena.
- RAICH, R.M. (2001): *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- RAICH, R.M. (1994): *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- REINAERTS, E. i altres (2006): «Development of a school-based intervention to promote fruit and vegetable consumption». *Health Education*, vol.106, 5, 345-356.
- RICART, M. (2006): «Las enfermedades emergentes». *La Vanguardia*, 2 de juny.
- RICART, M. (2005): «Dietas, adicciones, sexo y acoso, lo que preocupa». *La Vanguardia*, 12 de desembre.
- RICART, M. (2004): «Bratz amenaza el estrellato de Barbie». *La Vanguardia*, 4 de gener.
- RICE, R.E. i ATKIN, C.K. (2002): «Communication Campaigns: Theory, Design, Implementation, and Evaluation», a BRYANT, J. i ZILLMANN, D. (Ed.): *Media Effects. Advances in Theory and Research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 427-452.
- RIMER, B.K. (1990): «Perspectives on Intrapersonal Theories in Health Education and Health Behavior», a GLANZ, K.; LEWIS, F.M. i RIMER, B.K. (ed.): *Health behavior and health education*. California: Jossey-Bass Publishers, 140-157.
- RINGHAM, R. i altres (2006): «Eating Disorder Symptomatology Among Ballet Dancers». *International Journal of Eating Disorders*. 39:6, 503-508.
- RIVIÈRE, M. (2003): *El malentendido*. Barcelona: Icaria Antrazyt.

- RIVIÈRE, M. (1992): *Lo cursi y el poder de la moda*. Madrid: Espasa-Calpe.
- ROBINSON, A. (2004): «La nevera se llena de naturaleza». *La Vanguardia*, 6 de juny.
- ROBINSON, A. (2003a): «La comida “tecno” desata polémica». *La Vanguardia*, 8 de juny.
- ROBINSON, A. (2003b): «Kraft reducirá las calorías de sus productos en EE.UU. para evitar demandas». *La Vanguardia*, 6 de juliol.
- ROBINSON, A. (2003c): «Cuando el “shopping” sustituye a casi todo». *La Vanguardia*, 22 de juny.
- ROBERTSON, A. i altres (edit.) (2004): *Food and health in Europe: a new basis for action*. Denmark: World Health Organization.
- RODIN, J. (1993): *Las trampas del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- RODRÍGUEZ, J.C. (2006): «La cirugía mas íntima». *www.elmundosalud.com*, 18 de febrer.
- RODRÍGUEZ, A. (2006b): «La obesidad supone un gasto anual de 3.000 millones a la sanidad española». *La Vanguardia*, 18 de maig.
- RODRÍGUEZ, J.L. (2001): «La Tecnología Educativa en el contexto de los Medios de Comunicación de Masas», a BLÁZQUEZ, F. (Coord.): *Sociedad de la información y educación*. Mérida: Consejería de Educación, Ciencia y Tecnología de la Junta de Extremadura.
- ROEHRIG i altres (2006): «Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program: A Preliminary Dismantling Investigation». *International Journal of Eating Disorders*, 39, 1-10.
- ROJO, L. i LIVIANOS, L. (2003): «Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria», a ROJO, L. i CAVA, G. *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 29-52.
- ROMANO, J.L. i HAGE, S.M. (2000): «Prevention and Counseling Psychology: Revitalizing Commitments for the 21st Century». *The Counseling Psychologist*, vol. 28, 6, 733-763.

ROMO, I. (2005): «Nuevos “trucos” que enmascaran los métodos para mejorar el rendimiento de forma artificial». *www.elmundosalud.com*, 10 de desembre.

ROS, J. (2006): «Els problemes de la soia». *Avui*, 20 de febrer.

ROS, R. (2006): «La Cadena Cope, responsable d'una trama per alterar les dades d'audiència dels mitjans». *Lamalla.net*, 9 de març.

ROS, R. (2005): «Més anuncis però menys efectius». *Lamalla.net*, 15 de febrer.

ROSSELL, L. (2003): «Los CD educativos copian la técnica del videojuego para atraer la atención infantil». *El País*, 18 de setembre.

ROSEN, D.S. (2003): «Eating Disorders in Adolescent Males». *Adolescent Medicine*; 14, 3, 677-689.

ROSET, M.A. i VILADOT, R. (2003): «Las escuelas promotoras de salud: una experiencia educativa», a MOLINA, M.C. i FORTUNY, M. (2003). *Experiencias educativas para la promoción de la salud y la prevención*. Barcelona: Laertes, 23-30.

ROSENSTOCK, I.M. (1990): «The Health Belief Model: Explaining Health Behavior Through Expectancies», a GLANZ, K.; LEWIS, F.M. i RIMER, B.K. (ed.): *Health behavior and health education*. California: Jossey-Bass Publishers, 39-62.

ROSENSTOCK, I.M. (1990b): «The Past, Present, and Future of Health Education», a GLANZ, K.; LEWIS, F.M. i RIMER, B.K. (ed.): *Health behavior and health education*. California: Jossey-Bass Publishers, 405-420.

RUBIO CARRACEDO, J. (1996): *Educación moral, postmodernidad y democracia*. Madrid: Trotta.

RUDD, J. i GLANZ, K. (1990): «How Individuals Use Information for Health Action: Consumer Information Processing», a GLANZ, K.; LEWIS, F.M. i RIMER, B.K. (ed.): *Health behavior and health education*. California: Jossey-Bass Publishers, 39-62.

RUIZ-LÁZARO, P.M. (2004): «Metodología en la prevención de los trastornos alimentarios», *Interpsiquis*. www.psiquiatria.com

RUIZ-LÁZARO, P.M. i GONZÁLEZ, E. (2003): «Epidemiología de los trastornos alimentarios en la infancia y adolescencia temprana», *Interpsiquis*. www.psiquiatria.com

RUSSELL, G. (2003): «La «esencia» de la anorexia nerviosa: evaluación histórica y síntomas principales», a ROJO, L. i CAVA, G. *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 13-27.

SÁENZ-DIEZ, M. (2005): «El consumidor només veu la publicitat que vol veure». *El Periódico*, 3 de febrer.

SAÍNZ, M. (2007): «La publicidad ayuda a promover hábitos saludables entre los niños». *www.elmundosalud.com*, 4 de gener.

SAÍNZ, M. (2005): «Las tabaqueras estudiaron durante años cómo “captar” a las mujeres». *www.elmundosalud.com*, 22 de juny.

SAÍNZ, M. (2005b): «Impotencia y falta de atractivo, ejes de una campaña antitabaco». *www.elmundosalud.com*, 13 juliol.

SALDAÑA, C. (2000): «La obesidad y el seguimiento crónico de dietas: directrices para su tratamiento», a Lameiras, M. i Faílde, J.M. (comp.): *Trastornos de la conducta alimentaria*. Universidad de Vigo, 89-112.

SALOMONE, M. (2003): «La piel contra el tiempo». *El País Semanal*, 27 d'abril.

SAMPEDRO, J. (2006): «Los riesgos de la gordura abren un mercado planetario a las farmacéuticas». *El País*, 30 de gener.

SAN SEBASTIAN, J. (2003): «Trastornos de la alimentación de inicio precoz (prepuberal)», a CHINCHILLA, A.: *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson, 149-160.

SÁNCHEZ, C. (2005): «Vidas de anuncio». *La Vanguardia*, 7 d'agost.

SÁNCHEZ, Á. (2005b): «En el cine se fuma mucho más que en la vida real». *Diariomedico.com*, 18 de maig.

SÁNCHEZ, C. i ALTRES (2006): «Educación para la salud: un instrumento eficaz para la reducción de peso». *Endocrinol Nutri.*, 53, 8, 489-492.

SÁNCHEZ, L. i FERNÁNDEZ-VALDÉS, R. (2002): «Trastorno por atracón y obesidad». *Formación continuada en Nutrición y Obesidad*, 5(6), 314-324.

SÁNCHEZ NORIEGA, J.L. (2002, 2ª ed.): *Crítica de la seducción mediática*. Madrid: Tecnos.

SANCHIS, L. (2004): «Onada de crítiques als bisbes pel document sobre la família». *El Periódico*, 4 de febrer.

SANCHIS, L. (2003): «Una rejoyenida Cibeles afaga el relleu del Gaudí». *El Periódico*, 23 de setembre.

SANDOVAL, J. (2004): «Cumpleaños virtual». *La Vanguardia*, 24 d'abril.

SANDRI, P.M. (2005a): «Una entrevista vale más que un gol». *La Vanguardia*, 27 de febrer.

SANDRI, P.M. (2005b): «Slow Food: resistir a la globalización comiendo bien». *La Vanguardia*, 17 de juliol.

SANDRI, P.M. (2005c): «Lo bello vale más». *La Vanguardia*, 13 de març.

SANDRI, P.M. (2005d): «Queremos todo a la vez». *La Vanguardia*, 17 de juliol.

SANDRI, P.M. (2003): «Una simple cuestión de curvas». *La Vanguardia*, 3 d'agost.

SARWER, D.B. (2001): «Plastic surgery in children and adolescents», a THOMPSON, J.K. i SMOLAK, L. (ed.) *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth*. Washington DC: American Psychological Association, 341-366.

SASTRE, N. (2006): «Hanks s'erigeix en el famós amb més ganxo publicitari». *El Periódico*, 28 de febrer.

SERRANO, M.I. (1997): «Los grandes cambios socio-sanitarios del siglo XXI», a SERRANO, M.I. (coord.): *La Educación para la Salud del siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos, 3-20.

SERRANO, M.I. (1997): «Metodología de trabajo en Educación para la Salud. VJA (Ver, Juzgar, Actuar)», a SERRANO, M.I. (coord.): *La Educación para la Salud del siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos, 65-81.

SCHMIDT, M. *et al.* (2005): «Fast-Food Intake and Diet Quality in Black and White Girls». *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, Juliol, 159, 626-631.

SHISSLAK, C.M. i CRAGO, M. (2001): «Risk and protective factors in eating disorders», a THOMPSON, J.K. i SMOLAK, L. (ed.) *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth*. Washington DC: American Psychological Association, 103-126.

SHISSLAK, C.M. i ALTRES (2000): «El estudio prospectivo de los factores de riesgo en el desarrollo de los trastornos alimentarios de la fundación McKnight», a VANDEREYCKEN, W. i NOORDENBOS, G. (comp.): *La prevención de los trastornos alimentarios*. Barcelona: Granica, 81-100.

SIGURTÀ, R. (1976): «Rasgos psicológicos de la moda masculina», a ECO, U. *et al.*: *Psicología del vestir*. Barcelona: Lumen, 25-42.

SMOLAK, L. i LEVINE, M.P. (2001): «Body Image in Children» a THOMPSON, J.K. i SMOLAK, L. (ed.) *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth*. Washington DC: American Psychological Association, 41-66.

SMOLAK, L.; LEVINE, M.P. i SCHERMER, F. (2000): «Lo que nos enseñó la enseñanza: evaluación de un programa preventivo para las escuelas primarias», a VANDEREYCKEN, W. i NOORDENBOS, G. (comp.): *La prevención de los trastornos alimentarios*. Barcelona: Granica, 173-213.

SOLANO-PINTO, N. i altres (2004): «Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: "Educando en salud: así soy yo, así son ell@s"». *Interpsiquis*. www.psiquiatria.com

SPRINGER, J.F. *et al.* (2004): «Characteristics of Effective Substance Abuse Prevention Programs for High-Risk Youth». *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 25, 2, 171-194.

STEAD i ALTRES (2007): «A systematic review of social marketing effectiveness». *Health Education*, vol. 107, 2, 126-191.

STEINBERG, A.B. i PHARES, V. (2001): «Family Functioning, Body Image, and Eating Disturbances», a THOMPSON, J.K. i SMOLAK, L. (ed.) *Body Image*,

Eating Disorders, and Obesity in Youth. Washington DC: American Psychological Association, 127-148.

STEWART-BROWN, S. (2006): *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>, [11-10-07]).

STICE, E.; SHAW, H. i MARTI, C.N. (2007): «A Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings». *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207-231.

STOCK, S. i ALTRES (2007): «Healthy Buddies: A Novel, Peer-Led Health Promotion Program for the Prevention of Obesity and Eating Disorders in Children in Elementary School». *Pediatrics*, vol. 120, 4, 1059-1068.

STRIEGEL-MOORE, R.H. i FRANKO, D. (2005, 1a ed. 2003): «Reducing the Multiple Burdens of Suffering: Accessing Care for Eating Disorders», a MAJ, M. i altres (Edit.): *Eating disorders*. Great Britain: John Wiley & Sons Inc. 400-402.

STRIEGEL-MOORE, R.H. i STEINER-ADAIR, C. (2000): «Prevención primaria de los trastornos alimentarios: nuevas consideraciones con una perspectiva feminista», a VANDEREYCKEN, W. i NOORDENBOS, G. (comp.): *La prevención de los trastornos alimentarios*. Barcelona: Granica, 13-37.

SWISHER, J.D.; SCHERER, J. and YIN, R.K. (2004): «Cost-Benefit Estimates in Prevention Research». *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 25, 2, 137-148.

TAMIM, H. i ALTRES (2006): «Risky Weight Control among University Students». *International Journal of Eating Disorders*, 39, 1, 80-83.

TAMIR I ALTRES (2003): «Televisión entertainment and health education for children in Israel». *Health Education*, 103, 4, 245-253.

Terra Actualidad (2006): «Médicos se enfrentan ya a la segunda generación de anoréxicas». 26 de febrer.

TERRES, N.G. i altres (2006): «Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes». *Rev. Saúde Pública*, 40(4), 1-7.

THE McKNIGHT INVESTIGATORS (2003): «Risk Factors for the Onset of Eating Disorders in Adolescent Girls: Results of the McKnight Longitudinal Risk Factor Study». *The American Journal of Psychiatry*, 160, 2, 248-254.

THOMAS, J.J.; KEEL, P.K. i HEATHERTON, T.F. (2005): «Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: Examination of environmental and individual risk factors». *International Journal of Eating Disorders*, vol, 38, 263-268.

THOMPSON, J.K. i SMOLAK, L. (2001): «Preface» a THOMPSON, J.K. i SMOLAK, L. (ed.) *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth*. Washington DC: American Psychological Association, IX-X.

THOMPSON, J.K. i HEINBERG, L.J. (1999): «The Media's Influence on Body Image Disturbance and Eating Disorders: We've Reviled Them, Now Can We Rehabilitate Them?». *Journal of Social Issues*, vol. 55, 2, 339-353.

THOMPSON, S.H. i DIGSBY, S. (2004): «A Preliminary Survey of Dieting, Body Dissatisfaction, and Eating Problems Among High School Cheerleaders». *The Journal of School Health*, 74, 3, 85-90.

TORO, J. (2003): «Actividad deportiva y anorexia nerviosa», a ROJO, L. i CAVA, G. *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 281-287

TORO, J. (2000): «Cuerpos saludables: cultura, cultivo y sanción», en Lameiras, M. i Faílde, J.M. (comp.): *Trastornos de la conducta alimentaria*. Universidad de Vigo, 13-26.

TORO, J. (1996): *El cuerpo como delito. Anorexia y bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.

TORO, J. i ARTIGAS M. (2000): *El cuerpo como enemigo. Comprender la anorexia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

TORRENT, J. (2004): «Violència, televisió, nens», a *Forum Mundial de la TV Infantil. Ponències 2003*. Barcelona: Comissionat de les Arts Audiovisuals de Barcelona, 17-28.

TRESSERRAS, J.M. (ed.) (2003): «Llibre Blanc: L'educació en l'entorn audiovisual». *Quaderns del CAC*, núm. extraordinari, novembre. Barcelona: Consell de l'Audiovisual de Catalunya

TURÓN, V. (2003): «Factores culturales en los trastornos de la conducta alimentaria», a ROJO, L. i CAVA, G. *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 217-242.

TURÓN, V. (2003b): «Prevención de los trastornos de la alimentación», a ROJO, L. i CAVA, G. *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 447-463.

UBARRETXENA, A. (2004): «Membres de l'Alarde clàssic ataquen els del mixt». *El Periódico*, 1 de juliol.

URIOL, E. (2005): «Cortefiel lanzará Springfield mujer para competir con Zara». *CincoDías.com*, 19 de novembre.

UROSA, B. (1997): «Métodos cuantitativos de investigación en educación para la salud» a SERRANO, M.I. (coord.): *La Educación para la Salud del siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos, 31-64.

VALERIO, M. (2006): «Misión: Combatir el cáncer». *www.elmundosalud.com*, 10 d'abril.

VALERIO, M. (2005): «Fumadores por la Tolerancia, acusada de estar al servicio de las compañías tabaqueras», *www.elmundosalud.com*, 16 de març.

VAL, E. (2006): «Dakota del Sur prohíbe el aborto incluso en los casos de violación». *La Vanguardia*, 26 de febrer.

VANDER WAAL, C.J. i altres (2005): «Community and School Drug Prevention Strategy Prevalence: Differential Effects by Setting and Substance». *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 26, 4, 299-320.

VARGAS, G. (2006): *Filosofía, pedagogía, tecnología: investigaciones de epistemología de la pedagogía y filosofía de la educación*. Bogotá: Sociedad de San Pablo.

- VÁZQUEZ, D.C. (2003): «Tractament endocrinològic i nutricional dels trastorns de la conducta alimentaria», a ISOLETTA, S. (coord.): *L'anorèxia com a símptoma social*. Barcelona: Ediciones Experiencia, 61-78.
- VÁZQUEZ, K. (2006): «Un debate de talla». *El País Moda*, extra primavera, 19 de març.
- VENTURA, L. (2000): *La tiranía de la belleza*. Barcelona: Plaza&Janés.
- VIDAL, M.C. i MARINÉ, A. (2005): «No curan las enfermedades, pero pueden ayudar a reducir el riesgo». *La Vanguardia*, 17 de juliol.
- VILANOU, C. (2008): «Humanismo, formación y hermenéutica: la memoria "a priori" pedagógico», a ESTEBAN, J. (ed): *Cultura, hermenéutica y educación*. Valladolid: Universidad Europea Miguel de Cervantes, 73-88.
- VILLALBA, J.R. (2006): «La anorexia empieza a llevar al médico a personas mayores». *Ideal digital*, 22 de desembre.
- VILLATORO, V. (2004): «Un àrbitre per a la teleporqueria». *El Periódico*, 9 de desembre.
- VISA, LL. (2003): «Agricultura alerta contra la importación de pollos engordados con proteínas animales y agua». *El País*, 30 de setembre.
- VITIELLO, B. i LEDERHENDLER, I. (2000): «Research on Eating Disorders: Current Status and Future Prospects». *Biology Psychiatry*, 44, 777-786.
- WALLACE, E.V. (2007): «Managing Stress: What Consumers Want to Know From Health Educators». *American Journal of Health Studies*, 22, 56-58.
- WALLACK, L. (1990): «Media Advocacy: Promoting Health Through Mass Communication», a GLANZ, K.; LEWIS, F.M. i RIMER, B.K. (ed.): *Health behavior and health education*. California: Jossey-Bass Publishers, 370-386.
- WANG, S. (2003): «El desenvolupament de la participació infantil en l'alfabetització mediàtica a través del Dong Dong Media Lab», a AAVV: *Les cultures Pedagògiques de la comunicació II*. Barcelona: Comissionat de les Arts Audiovisuals de Barcelona. Els Treballs del Naos, n.6, 57-60.
- WAY, K. (1996): *Anorexia nerviosa. Causas, consecuencias, tratamiento y recuperación*. Barcelona: Bellaterra.

WEARE, K. (2007): «Delivering health education: the contribution of social and emotional learning». *Health Education*, vol. 107, 2, 109-113.

WICHSTRØM, L. (2006): «Sexual Orientation as a Risk Factor for Bulimic Symptoms». *International Journal of Eating Disorders*, 39, 448-453.

WILKIE, W.L. (1986): *Consumer Behavior*. United States of America: John Wiley & Sons.

WILLEMSSEN, E.M.C. i HOEK, H.W. (2006): «Sociocultural Factors in the Development of Anorexia Nervosa in a Black Woman». *International Journal of Eating Disorders*, 39, 4, 353–355.

WILLIAMS, R.D. i ALTRES (2006): «Use Social Ecology Model to Address Alcohol Use Among College Athletes». *American Journal of Health Studies*, 21, 228-237.

WILLIAMS, J.A.; BEAN, F.D. i CURTIS, R.L. (1970): «The Impact of Parental Constraints on the Development of Behavior Disorders». *Social Forces*, vol. 49, 2, 283-291.

WILLINGE, A.; TOUYZ, S. i CHARLES, M. (2006): «How Do Body-Dissatisfied and Body-Satisfied Males and Females Judge the Size of Thin Female Celebrities». *International Journal of Eating Disorders*, 39, 576-582.

WILSON, G.T.; BLACK, C. i HEFFERNAN, K. (2003): «Eating Disorders», a MASH, E.J. i BARKLEY, R.A. *Child Psychopathology* (second edition): USA: Guilford Press, 687-715.

WOLF, N. (1998): *Promiscuidades*. Barcelona: Planeta.

Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA): «Classification of Child and Adolescent Eating Disturbances». *International Journal of Eating Disorders*, 40, 117-122.

World Health Organization (1978): *Primary Health Care*. Geneva. (Report of the International Conference on Primary Health Care).

WRIGHT, C.R. (1985): «Análisis funcional y comunicación de masas», a De MORAGAS, M. (ed.): *Sociología de la comunicación de masas*. Barcelona: Gustavo Gili, 69-90.

YAGÜE, A.M. (2003a): «Anorèxia i bulímia sense fre». *El Periódico*, 12 de març.

YAGÜE, A.M. (2003b): «Un terç dels espanyols mengen en només 15 minuts». *El Periódico*, 27 de maig.

YAGÜE, A.M. (2002a): «La punta de l'iceberg». *El Periódico*, 29 d'octubre.

YAGÜE, A.M. (2002b): «Sanitat retira cada dia un fàrmac il·legal». *El Periódico*, 20 de novembre.

YAGÜE, A.M. i GALLARDO, À. (2004) «L'hàbit de fumar avança entre les noies a partir dels 13 anys». *El Periódico*, 13 de novembre.

ZERBE, K.J. (1993): *The Body Betrayed*. Carlsbad, CA: Gürze.

ZOLER, J. i altres (2001): «Obesity, body image, and eating disorders in ethnically diverse children and adolescents», a THOMPSON, J.K. i SMOLAK, L. (ed.) *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth*. Washington DC: American Psychological Association, pp. 67-98.

PÀGINES WEB

<http://www.eatingdisorderinfo.org/> (darrera visita 6 de juliol de 2009).

<http://www.orthorexia.com> (darrera visita 18 desembre de 2006).

Academy for Eating Disorders Guidelines fort he Fashion Industry.

http://www.aedweb.org/public/AED_Guidelines_for_Fashion_Industry.pdf

(darrera visita 30 setembre de 2007).

<http://www.cdc.gov/healthmarketing/> (darrera visita 31 d'octubre de 2007)

Baròmetre del CIS.

<http://www.cis.es/cis/export/sites/default/->

[Archivos/Marginales/2540_2559/Es2541.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2540_2559/Es2541.pdf) (darrera visita 12 de novembre de 2007).