

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 IV

ELS TRASTORNS DEL COMPORTAMENT ALIMENTARI (TCA)

In the Month of July [she] fell into a total Suppression of her Monthly Courses from a multitude of Cares and Passions of her Mind, but without any Symptom of the Green-Sickness following upon it. From which time her Appetite began to abate, and her Digestion to be bad, her Flesh also began to be flaccid and loose, and her looks pale... she was wont by her studying at Night, and continual pouring upon Books, to expose herself both Day and Night to the Injuries of the Air... I do not remember that I did ever in all Practice see one, that was conversant with the Living so much wasted with the greatest degree of a Consumption, (like a Skeleton only clad with Skin) yet there was no Fever, but on the contrary a Coldness of the whole Body... Only her Appetite was diminished, and Digestion uneasy, with Fainting Fitts, which did frequently return upon her.

“Phthisiologia or, a Treatise of Consumptions”⁶⁹

Richard Morton

⁶⁹ Segona edició a Londres de 1720 citat a pàgina 3 i 4 per Bell, R.M. (1985): *Holy Anorexia*. Chicago: University of Chicago Press.

CAPÍTOL IV: ELS TRASTORNS DEL COMPORTAMENT

ALIMENTARI (TCA)

4.1 BREU REPÀS HISTÒRIC DELS DESORDRES ALIMENTARIS

D'antic a la història de la nostra cultura es troben conductes alimentaries un xic desordenades. Això sí, tret d'aquests darrers temps i només en els Estats desenvolupats, menjar de forma suficient ha estat un privilegi de minories. Contràriament al que ocorre als nostres dies, la incapacitat de dur una alimentació regular provocava que el sobrepès fos un signe de salut, bellesa i poder. Potser per aquesta raó, els banquets tenien un caràcter més sagrat que social, on es menjava i bevia de forma exagerada, i sovint recorrien al vòmit amb intenció de tornar-se a afartar de menjar (Miguel i altres, 2002). És per això, que tot fa indicar, que als famosos tiberis de l'antiguitat no vomitaven per restringir-se la ingesta ni per tenir un cos prim.

Fins al segle XVII a les joves que es limitaven la ingesta alimentària se les considerava "donzelles miraculoses". El desdejuni les atorgava santedat i com que la majoria no estaven casades, en rebutjar el menjar accentuaven la seva puresa. Al mateix temps, la localitat i regió on vivia la donzella es veia beneficiada en veure's convertida en centre de peregrinació. Tot aquest "negoci" es veié estroncat per les actituds científiques que es van anar conformant a principis del segle XVII. La nova consideració envers els fenòmens que fomentava la ciència provocà canvis en l'opinió pública. Les noies perderen les atribucions etèries i per tant, més que donzelles miraculoses serien vistes com noies que fan desdejuni, i la seva restricció alimentària es convertiria més que en cap altre cosa en un pur espectacle de morbositat (Toro, 1996, 23-24). El que estaven duent a la pràctica aquelles noies, fins a extrems increïbles, eren els valors i ideals predominants a la seva època i grup cultural. Sembla que des del segle XVI al XIX força dones, normalment de classe social baixa, van fer restriccions amb la seva alimentació, amb el que

varen aconseguir atenció pública i recompenses materials (Bell, 1985 a Toro, 1996, 22).

A mida que s'allunyaven de justificacions divines, els TCA com a trastorns intrínsecament lligats als valors de cada època, anaven obtenint presència pública, per la qual cosa ja a 1926 foren objecte d'una mena de congrés per part de la comunitat científica. L'acte organitzat a l'Acadèmica de Ciències de Nova York, prengué forma de reunió d'un parell de dies per estudiar el boom dels trastorns alimentaris (Fallon, 1990 a Toro, 1996, 87). No obstant, transcorreguts els anys, quan ja els TCA eren objecte de feina i d'estudi de la psiquiatria, una recerca de Bhanji de 1979 (a Fernández i Turón, 2001, 11) posà de relleu que un 25% dels psiquiatres pensava que l'anorèxia nerviosa afectava només a dones, fet que, alertava sobre l'important desconeixement que tenia bona part del col·lectiu professional més directament implicat en el seu diagnòstic i tractament.

La paraula anorèxia era sempre emprada a la literatura mèdica com a sinònim de manca de gana, d'acord amb el significat del mot grec *anorektous* (Toro, 1996, 27-28). Segons sembla, l'aprimament mòrbid amb anorèxia en la dona sense causa orgànica aparent, havia estat observat des de l'inici de la medicina. Sorà d'Efes entre els anys 98-138 dC descriu l'amenorrea –absència de menstruació sense causa justificada– i l'anorèxia en dones. Galè, al 155 dC, descriu un quadre d'emaciació⁷⁰ en el qual la pacient és incapaç de menjar (Saldaña, 1994 a Miguel i altres, 2002). Tanmateix, històricament al cristianisme el desdejuni ha estat una forma de penitència, un signe de remordiment pels pecats comesos, per qui els cometia o per demanar per altres persones (Toro, 1996, 20).

Unes de les referències més antigues se situa als escrits d'un monjo a Monheim (Baviera) al segle XII. Parla de la sorprenent i miraculosa història d'una jove anomenada Friderada que tenia episodis de gana voraç, però tot seguit tenia d'altres de rebuig d'aliments i vòmits de la poca llet que bevia. Sembla que d'aquest estrany mal es va curar anant al santuari de Santa Walpurgis (Habermas, 1986 a Turón, 2003, 219).

⁷⁰ Aflaquirament considerable degut a una malaltia.

El fenomen també traspassava barreres transculturals, al món àrab al segle XI es troben referències que parlen de l'anorèxia. Avicena descriu la malaltia d'un jove príncep, Hamadham, que es mor per no voler menjar per causa d'una gran malenconia (Sours, 1980 a Miguel i altres, 2002).

Un dels casos més famosos és el de Caterina de Siena. El seu nom originari era Caterina Benincasa i va néixer pels volts de 1347 a Siena. Per ella, tot s'inicià pel sentiment de culpa que la va inundar per sobreviure ella mentre la resta de les seves germanes s'anaven morint. Llavors, va decidir dedicar la seva vida a la penitència i la soledat. A tal efecte, primer va deixar de menjar carn i de beure vi. Passats els 16 anys només subsistia amb aigua, pa i verdures crues. Vestia robes aspres, es privava de la son i es flagel·lava sistemàticament amb una cadena de ferro. Després de diferents avatars, quan era dins les Germanes de la Penitència, cap als 21 anys, va perdre la gana i va deixar de menjar fins i tot pa. L'objectiu de Caterina era salvar l'església del Gran Cisma del Papat, però quan les forces li mancaren i va veure el seu fracàs preparà la seva mort, deixant de beure aigua. Tres mesos després va morir als 33 anys (Bell 1985 a Russell, 2003, 14-15).

Un altre exemple el trobem a Santa Wilgefortis, setena filla del rei de Portugal, que havia estat donada pel seu pare en matrimoni al rei musulmà de Sicília. Però ella que havia jurat lliurar-se a Déu, va deixar de menjar per tornar-se lletja i no desitjable als ulls del seu promès. En conseqüència, es va aprimar i li va créixer pèl per tot el cos, aconseguint així el rebuig del seu prenent. El resultat de la seva rebel·lia vehiculada a través del "no menjar", que suposava al mateix temps una greu desobediència davant el pare, li va causar la mort per motius indirectes: va morir crucificada per haver ofès el seu pare (Lacey, 1982 a Turón, 2003, 219).

Les primeres referències escrites de trastorns alimentaris en termes clínics daten del segle XVI. En aquesta època sorgeixen dades sobre persones que presenten inanició. Les seves conductes restrictives amb l'alimentació són vistes com estranyes, socialment alterades i sense justificació religiosa. La suposada possibilitat que hi hagi persones que puguin sobreviure sense

alimentar-se despertà la curiositat del públic (Turón, 1997 a Miguel i altres, 2002).

Richard Morton, soci del Reial Col·legi de Metges d'Anglaterra (1689) va publicar el llibre *Phthisiologia, seu Exercitationes de phthisis*, en què realitzà una primera descripció amb gran precisió de l'anorèxia nerviosa (Silverman, 1985 a Miguel i altres, 2002). Però no va ser fins al segle XIX, que Gull a Anglaterra i Lasségue a França varen delimitar el quadre clínic. Gull fou qui en 1874 la qualificà per primera vegada amb el nom d'anorèxia nerviosa, i en els seus ben descrits casos clínics destacava el caràcter "moral" del trastorn –en aquella època moral equivalia al que avui dia entenem per psicològic–, així com el tractament que feia servir per canviar aquest procés (Raich, 1994, 21).

A finals del segle XIX, les sensibles joves que llegien a Lord Byron i Goethe, filles de la noblesa i la burgesia europea, s'esforçaven amb dietes i vòmits en tenir un cutis transparent i un cos romànticament malaltís. Però com el pudor que regnava en aquella època impedia mostrar el cos, és molt possible que aquestes conductes no fossin molt extenses ni molt extremes (Turón, 2003, 221).

En el segle XX, amb les hipòtesis de Freud es relaciona l'anorèxia amb una forma de neurosis relacionada amb la pèrdua de libido, manifestant-se a través d'una conversió histèrica (Miguel i altres, 2002).

Al nostres dies les causes que originen els trastorns del comportament alimentari⁷¹ s'expliquen segons la línia proposada per Garfinkel i Garner (1982 a Miguel i altres, 2002), els quals conclogueren que en la seva gènesis, influencien una sèrie de factors concatenats, psicològics, biològics i socials, que en un moment determinat precipiten el trastorn.

Per una altra banda, com a TCA, conjuntament amb l'anorèxia, més conegut però amb una història força més recent, ens trobem amb la bulímia nerviosa. A la qual s'atribueix bona part de la responsabilitat del recent esclat dels TCA a nivell epidemiològic. Al grec antic, la paraula *limos* significava "gana". En afegir-

⁷¹ Els denominats agents causants dels TCA seran abordats amb deteniment en el següent capítol.

li el prefix *bou*, que significa gran quantitat, o *boul*, que significa “bou”, el resultat de la traducció podria ser “gana feroç” (Toro, 1996, 47).

Malgrat que els episodis crítics de voracitat compulsiva estiguin descrits des de molt antic, no succeeix el mateix amb la seva associació a vòmits i altres mètodes purgants. No fou fins el 1967 quan Crisp va efectuar la primera descripció d'una sèrie de pacients anorèxics que s'afartaven i vomitaven (*ibid.*, 52).

Si bé les primeres referències de la bulímia apareixen a la dècada dels 50 i han augmentat notablement des de fa 15 anys, no va ser fins el 1979 que es va caracteritzar des del món acadèmic. Russell (a Miguel i altres, 2002) va definir la bulímia nerviosa com aquell desordre alimentari que es caracteritzava per episodis d'afartament, que eren seguits de vòmits o conductes purgants per tal de “lliurar-se” de la seva gran ingesta d'aliments.

Realment, sembla que llibres com el de T.C. Duncan (a Klein, 1997, 32) titulat “*Com engreixar-se*” publicat a la dècada del 1890, quan les revistes donaven consells perquè les dones es poguessin engreixar i així augmentar la profusió del seu escot, restin a segles de distància. Si a qualsevol infant de Primària o Secundària els convidéssim mitjançant consells a engreixar-se segurament ens mirarien amb cara de no entendre res, seria un missatge totalment oposat al que els arriba, en una proporció més que rellevant, per totes les seves vies d'informació. Com sabem, avui dia el que es porta és totalment el contrari. Es busca suprimir la feminitat anatòmica i fisiològica, i a sobre fer-ho per tal d'agradar, i agradar-se com a dona. Tot plegat és una incoherència que només pot portar tensió i patiment, ja que violentar el cos per tal de rebre l'acceptació social pot ser entès com una subtil tortura cap a les dones i noies de la nostra societat (Toro, 2000, 24).

Malgrat que les pràctiques antinaturals que es duen i s'han dut a terme en moltes cultures sempre han tingut la finalitat de seduir, ja que cada civilització estableix per als seus membres les regles de seducció (Guillemot i Laxenaire, 1994, 49), la transformació que avui se'ls demana és global. Ara les regles de seducció, o sigui els valors corporals dominants, exigeixen un canvi de qualsevol part del cos que es mostri “imperfecte”.

La famosa emperadriu Sissi⁷², emperadriu Elizabeth de l'imperi Austríac, duia a la pràctica de forma incansable multitud d'exercicis físics, i va arribar a fer-se instal·lar en un dels seus palaus aparells per afavorir la seva pràctica "esportiva". Com era una època en què l'ideal corporal estava allunyat al dels nostres dies, la seva dèria per mantenir un cos jovenívol resultava extravagant per a la seva gent. De fet, la seva donzella relatà algunes de les tortures que s'aplicava, com banys de vapor i a continuació banyar-se completament a una temperatura de set graus, un canvi extremista que a moltes persones els pot provocar un desmai o fins i tot la mort (Isoletta, 2003, 39).

Però d'on ha vingut aquesta obsessió per la modificació corporal completa? Per què no "ens acontentem" amb una part del nostre cos? Molts motius els trobarem en els següents capítols, però cal destacar la idea de pes ideal. Aquest concepte de pes ideal és molt rellevant ja que a partir del mateix, s'ha bastit tota una estratègia que entremescla una munió d'interessos econòmics amb raons més o menys sanitàries. Fischler (1995, 307-308) ens situa a l'any 1923 com l'inici de la noció de "pes ideal". El motiu fou l'interès de les companyies asseguradores dels Estats Units en intentar esbrinar quin era el pes, relacionat amb l'alçada, fonamentat en variables estadístiques, que proporcionava una esperança de vida òptima. En aquella època el greix no es posava en qüestió, no obstant, la noció de pes ja va resultar molt nova. Aquesta innovació es va veure acompanyada per l'aparició de les balances públiques, l'any 1927 es calcula que 40.000 balances havien realitzat 500 milions de pesades (Schwart, 1986 a Fischler, 1995, 308).

Malgrat que el greix no era susceptible de causar tots els mals sanitaris, acompanyada amb la noció de "pes ideal" havia d'anar-hi el recompte de calories. Així que ja a partir dels anys 20, determinats restaurants proporcionaven als seus menús les quantitats de calories que comportava la ingesta de cada plat, arribant fins i tot, a oferir una balança per pesar-se (Levenstein, 1988 a Fischler, 1995, 308).

⁷² L'emperadriu Sissi i Maria Antonieta, esposa de Lluís XVI de la França revolucionària, esdevenen dos dels ídols històrics d'un determinats segment de la població femenina a qui sedueix en gran mesura el món de la moda i el *glamour*. Aquesta classe i *savoir faire* s'atribueixen de forma paradigmàtica a la personalitat que exhibien aquests dos personatges històrics. Amb freqüència, acostumen a ser dones amb una conducta alimentària anòmala.

Com ja hem comentat, el greix en aquella època encara no tenia les connotacions morals que avui “ha aconseguit”. No obstant això, les idees morals entremesclades amb el menjar existeixen des de fa temps. Un exemple pretèrit, no gaire llunyà històricament parlant, el trobem a l'actual multinacional Kellogg's. L'origen d'aquesta gran indústria prové de la idea que tenia un metge adventista vegetarià, John Harvey Kellogg, de protegir a la gent de la seva època dels riscos de l'excitació del seu instint sexual provocat per aliments insalubres. A tal efecte, fundà en 1878 la seva empresa de la qual sorgiren els cereals Kellogg's amb l'única intenció de contrarestar els perniciosos efectes de viure en una civilització industrial (Yates, 1991 a Toro, 1996, 78). En aquella època victoriana s'estava forjant la situació que vivim actualment, atès que es preconitzava que el menjar fos “sa” i limitat, per tant calia fer ús de la restricció alimentària, ús de laxants o d'exercici físic. L'aspecte malaltís es va estendre, així com el vegetarianisme amb totes les seves aberracions teòriques i pràctiques, que dividien els aliments en “saludables i dolents” (Toro, 1996, 78).

Tot finalitzant aquest repàs, arribem al moment actual. Segons explica un informe de l'agència de notícies EFE (Terra Actualidad, 2006) els i les professionals de la medicina estan rebent ja a la segona generació d'anorèxiques. Les conductes de risc en relació a l'anorèxia es detecten en menors de 8 o 9 anys, al mateix temps que augmenta la incidència en els nois, com queda palès en els informes de Celso Arango, cap de psiquiatria de l'Hospital Gregorio Marañón. En la mateixa línia, Gonzalo Morandé, cap de psiquiatria infantil de l'hospital Niño Jesús, afirmà que es podria dir que per cada 200 adolescents malaltes, hi ha 10 mares i una àvia.

Aquesta expansió epidemiològica dels TCA es veu afavorida per la que s'anomena anomia alimentària o cacofonia dietètica, que forma part del present i passat més recent en la història alimentària d'occident. El desconcert a l'hora de saber què es pot menjar o què s'ha de menjar és enorme. Agreujat amb la inundació sensorial que rebem de productes funcionals, o que suposadament ho són. La gent a l'hora de comprar té molts interrogants i no dubten en cometre paradoxes com dir que es procura menjar sa, i al mateix temps, acompanyar la dieta amb productes que tenen tot tipus de vitamines i productes químics afegits. D'aquí no ens ha d'estranyar que autors com

Fischler (1995, 315) parlin de es produeix una cacofonia dietètica. La cacofonia dietètica, ens diu, es nodreix amb la dramatització de les informacions sobre “les malalties de la civilització”, dels efectes nefastos del colesterol i els greixos, i ho fa amb titulars de premsa catastrofistes, que no cessen de recordar que el mengem ens pot anihilar.

Entre moltes altres empreses que aprofiten l'oportunitat que els ofereix el moment de desconcert, trobem la multinacional Kellogg's. L'ur estratègia està convenientment adaptada als nous temps, s'aprofita de la cacofonia dietètica associant-se a la campanya de la *American Medical Association* contra el colesterol traient al mercat un nou esmorzar ric en fibra (*ibid*, 315).

Evidentment, un altre aspecte que ha exercit una enorme influència gràcies a l'aparició dels mitjans de comunicació de masses és el negoci de la moda. Estretament lligat a aquest, han evolucionat les mides de les models de les revistes, la influència de les quals s'ha estès com la pólvora entre el conjunt de la població, esdevenint un factor clau per entendre l'actual epidèmia de TCA a les societats del primer món.

En un anàlisi de les pàgines centrals de la revista *Playgirl*, es va constatar un augment de la massa muscular en el model d'home que proposen, especialment a la dècada dels 90. Possiblement un factor que ajudi a entendre-ho és el descobriment i popularització dels esteroids anabolitzants. Un altre factor, podria ser l'accés de la dona a bona part dels llocs socials anteriorment ocupats per l'home, fins i tot la guerra, deixant als homes amb el cos com la seva principal eina per fer palesa la seva masculinitat (Leit, Pope i Gray, 2001, 92).

A molts indrets del planeta, les pràctiques iniciàtiques femenines comencen coincidint amb l'aparició de la menarquia, la primera menstruació. Per exemple a Egipte, durant el temps que dura la primera menstruació la dona roman tancada, i no se la pot ni tocar amb la mà. No poden tocar els aliments amb els dits i a vegades no els és permès menjar, com remarca Isoletta (2003, 43), és interessant veure que la prohibició de contacte físic amb la noia i els objectes que han estat en contacte amb ella, es veu lligada amb un tabú amb el menjar: no tocar-la, no mengeu. Avui dia, on es palesen mancances a nivell de rituals, i

on ja hem comentat que es duu a terme una suposada pràctica sexual alliberada, aquesta antiga neurosi que anteriorment envoltava el sexe, ha estat reemplaçada per l'actual neurosi que hi ha amb el menjar. La nostra preocupació per la bellesa i pels nostres cossos ha suplantat altres condicions psiquiàtriques. Nogensmenys, hi ha qui considera que els TCA són una de les principals preocupacions en referència a la salut mental, més del que la histèria ho va ser en època de Freud (Zerbe, 1993, 8).

4.2 EPIDEMOLOGIA DELS TRASTORNS DEL COMPORTAMENT ALIMENTARI (TCA)

Els trastorns del comportament alimentari (TCA) es defineixen com a trastorns psicològics que comporten greus anomalies pel que fa al comportament d'ingesta, per tant, la fonamentació d'aquest tipus de trastorns és de caire psicològic. Com tot seguit podrem comprovar amb les xifres, els desordres alimentaris són trastorns greus, i afecten majoritàriament a les dones, principalment joves i molt joves (Raich, 1994, 20), tot i que atesa la seva expansió, afirmacions tan rotundes com aquesta al voltant dels TCA, cada vegada s'hagin de posar més en quarantena.

Els TCA són malalties arrelades a la nostra cultura perquè tenen molt a veure amb els valors que dominen a la nostra societat. De fet, bàsicament es donen en les societats del primer món, atès que hi ha sobreabundància d'aliments i és omnipresent la gran valoració que té el fet d'estar prim. En definitiva, els trastorns alimentaris presenten una gran imbricació amb els valors culturals predominants a les cultures occidentals o occidentalitzades (Guillemot i Laxenaire, 1994, 36). A banda d'això, acostumen a associar-se amb psicopatologia greu i interfereixen en el funcionament normal de la vida social, de la feina o de l'estudi (Rosen, 1990 a Raich, 1994, 20-21).

Els desordres alimentaris es plasmen en un ampli espectre de malalties. Els TCA com l'anorèxia i la bulímia nervioses poden ser *glamouritzats* als mitjans. I altres que li són ben propers com l'obesitat, són sovint associats amb vergonya o disgust. Malgrat tot això, els desordres alimentaris i l'obesitat representen un gran problema de salut pública als Estats Units i a d'altres Estats industrialitzats (Mitchell i Eckert, 1987 a Hill i Pomeroy, 2001, 171).

Dues dades ens alerten sobre la gravetat dels TCA i les seves formes subclíniques. D'una banda que els estudis afirmen que els desordres alimentaris afecten avui dia a poblacions anteriorment respectades (Guillemot i Laxenaire, 1994, 30), ja que sovint es pensava que era només assumpte de noies adolescents. I de l'altra, que ratifica el camp cultural en el qual es mou la salut al nostre Estat, és que les investigacions corroboren que els TCA es

donen fonamentalment en el món occidental o occidentalitzat (Toro, 1996, 132), essent l'anorèxia la tercera causa de malaltia crònica en infants i adolescents (Lucas a Corral, 1997, 123). De fet, l'increment significatiu de casos de TCA a les societats occidentals, provoca que fins i tot, atesa la seva gravetat en les dues darreres dècades, es plantegi que potser ens trobem davant una autèntica «epidèmia» (Rojo i Livianos, 2003, 29).

Fins no fa gaire les investigacions acostumaven a revelar que els TCA pertanyien al cosmos creat al primer món, gràcies a la seva abundància d'aliments fruit de la industrialització i a l'extensió del benestar a les capes socials més desfavorides. En conseqüència, en els denominats Estats subdesenvolupats o en vies de desenvolupament rarament es donaven casos de desordres alimentaris. Tan sols es registraven casos en les seves classes altes, principalment quan vivien, per exemple per estudis, una temporada a algun estat del primer món. Al mateix temps, es considerava que els valors culturals del seu grup, encara que visqués al primer món, protegien a les dones atès que les seves cultures d'origen valoraven positivament una mida corporal més gran en les dones. Emperò, tot això també es comença a posar en dubte com podem comprovar tot seguit.

L'assumpció dels valors del primer món acostuma a ser força exitosa. Aquest és el cas de les immigrants de Kenya, que han residit a Anglaterra per tan sols quatre anys. En aquest període de temps ja han adoptat el punt de vista britànic respecte a la mida i la figura corporal. Per tant, això mostra com és de fàcil adquirir els valors dominants sobre el pes d'una nova societat (Zerbe, 1993, 101).

Per una altra banda, el poder i la influència dels valors socials dominants arreu del món poden jugar males passades i proporcionar una concatenació dels elements amb resultats negatius. Un cas paradigmàtic el podem veure en el d'una dona negra de Curaçao, que va guanyar pes per ser més atractiva d'acord amb els estàndards de les Antilles, i després va perdre pes de forma deliberada⁷³ perquè la seva parella la maltractava. Així pretenia transformar-se en menys atractiva als ulls de la seva parella. Més tard, va emigrar a Holanda,

⁷³ Recordant-nos algun ús històric de la restricció alimentària.

on va voler de baixar pes en descobrir que al seu nou país es considerava una dona atractiva quan aquesta estava prima. Per tant, aquest exemple ens mostra també que per motiu de la seva casuística personal el seu substrat cultural no la va protegir de contraure anorèxia nerviosa (Willemsen i Hoek, 2006, 354).

Al mateix temps, com hem comentat, algunes investigacions suggereixen una tendència de canvi. Recerques com la de Eapen, Mabrouk i Bin-Othman (2006) mostren que s'està internacionalitzant l'ideal de cos prim femení, originant que arrelhi, sense diferències entre àmbit rural i urbà, gràcies a la televisió per satèl·lit i altres mitjans de comunicació. A indrets com els Emirats Àrabs, ja detecten que prop d'una quarta part de les adolescents de secundària tenen actituds i comportaments inadequats amb el menjar. Circumstància similar es dóna a d'altres estats d'Orient pròxim com el Líban, atès que fer dietes i controlar el pes són pràctiques habituals a la seva universitat, principalment en les noies, com mostra un estudi de Tamim i altres (2006).

En resum, àdhuc en estats àrabs on la dona està fortament tutelada per les lleis, es detecta una progressiva occidentalització en certs estrats socials⁷⁴. Un altre exemple, a Riad es presenta anorèxia a les famílies on dominen els valors occidentals, els pares són professionals, es parla anglès a casa i tenen accés a la comunicació i publicitat occidental. També a Teheran segons un altre estudi del 2000, l'anorèxia i la bulímia tenien una prevalència d'un 4,1%, xifres similars a les d'occident (Turón, 2003, 228).

Amb totes aquestes dades, no ens ha d'estranyar que els TCA vagin perdent la seva consideració de trastorns ètnics atès que es donen arreu del món incloent-t'hi Àsia (Gordon 2001, a Jennings i altres, 2006, 214). Tanmateix, diferents recerques apunten cap a què les adolescents asiàtiques que viuen a societats occidentals obtenen una puntuació més negativa en els tests d'actituds cap al menjar. Fins i tot, hi ha estudis que suggereixen que quan la població que viu a Occident, per exemple asiàtica, està més aculturitzada té menys risc de contraure un TCA què la que està menys aculturitzada (Jennings

⁷⁴ Des de l'altra punt de vist, a Occident sovint se'ns recorda que la dona està fortament tutelada per la indústria de la moda i els mitjans de comunicació, una bona argumentació al respecte la trobem al llibre de Fatema Mernissi "*L'Harem occidental*".

i altres, 2006, 214). Probablement, podria ser explicat que pel fet de restar exposada a menys influència de la cultura occidental, reben aspectes més superficials de la cultura d'acollida, però no gaudeixen de les eines de comprensió crítica de la realitat que pot facilitar una major inclusió en la cultura occidental. L'estudi de Jennings i altres (2006, 217) sobre una mostra universitària femenina concorda amb la primera premissa, però no així amb la segona. Atribueix la discrepància a diferències culturals com que la cultura asiàtica sobreprotegeix més a les noies, rep menys recolzament cap a valors d'independència, tenen més restricció en l'expressió de les emocions i són emocionalment més dependents dels seus progenitors. Al mateix temps, el fet de viure a cavall entre la cultura d'origen i la de procedència genera més tensions en el si familiar.

L'opció sexual també es considera com que pot incrementar o disminuir els risc de contraure un TCA. Siever (1994 a Livianos i Rojo, 2003, 514) ho justifica afirmant que tant els mascles homosexuals com les femelles heterosexuales pateixen més pressió per mantenir-se prim i joves perquè ambdós grups pretenen agradar als homes i aquests es mostren més motivats que les dones per l'atractiu físic de la parella potencial.

Els estudis majoritàriament atribuïen una prevalença de TCA més elevada entre els homes homosexuals, no succeint el mateix en el cas de la població lesbiana. Com hem dit, habitualment es considerava que el fet que un individu homosexual hagués d'agradar a altres homes, feia la població homosexual més vulnerable per contraure algun TCA. Al mateix temps, s'entenia que les lesbianes es veien menys sotmeses a la pressió social de "cos ideal" que els homes, i per tant, aquesta característica les protegia en major mesura de patir algun TCA. Wichstrøm (2006) ha indagat en la línia de comprovar si existia alguna relació entre l'orientació sexual i un major risc de símptomes bulímics. El seus resultats contradiuen en part el que fins ara s'havia comunament entès, ja que ha copsat (*ibid*, 451-452) que l'experiència sexual amb el mateix sexe i l'atracció no heterosexual entre homes; i en menys intensitat també les experiències sexuals amb el mateix sexe entre les dones, resultaven predictors de símptomes bulímics després de cinc anys de seguiment.

Malgrat tot, les dades són dispars. A Vigo, en els darrers cinc anys, el nombre de pacients afectats d'anorèxia nerviosa s'ha multiplicat per deu, l'increment s'atribueix principalment a l'obsessió pel cos que es detecta en una part del col·lectiu gai (Llera, 2006).

Atesa la peculiaritat i la gran varietat de TCA, les xifres poden ballar molt però com simplificà Rusell (2003, 19) davant de l'interrogant respecte a si els TCA havien augmentat la seva incidència en els darrers trenta anys, la resposta seria un "sí" categòric, principalment a causa de l'aparició de la bulímia nerviosa.

Les xifres oscil·len força i són molt nombroses, no obstant això, algunes dades ens ajuden a entendre com és de greu l'afer de salut pública que se'ns planteja. Un dels càlculs valora que els trastorns alimentaris afecten a Estats Units entre cinc i deu milions de noies adolescents i dones, també a aproximadament un milió de nois i homes. Arreu del món, al voltant d'uns 70 milions de persones lluiten contra el seu desordre alimentari (<http://www.eatingdisorderinfo.org/>).

Cada cop més, els TCA són vistos com un problema de salut pública amb importants repercussions socials. No en va, afecten quasi al 5% de la població femenina des de l'inici de l'adolescència fins als 25 anys, encara que percentatges menors es troben en prepúbbers i en dones adultes. La població femenina amb risc de caure malalta pot arribar a xifres d'entre el 17 i el 20% (Morandé, 2000, 183). A més, sembla clar que aquests trastorns s'estenen entre un segment de la població amb edats que anteriorment no es veien afectades de cap TCA. I més concretament en la franja d'edat que ens ocupa de forma directa, ens podem trobar a infants que diuen que estan grassos i es neguen a menjar, buscant ja en l'aparença prima la solució als seus problemes escolars i afectius (Calvo, 2002, 70).

En un estudi dirigit pel doctor Chinchilla (a Yagüe, 2003) es feia palès que els casos d'anorèxia diagnosticats a l'Estat espanyol superaven els 250.000, dels quals el 95% eren dones. L'equip d'experts assegurarà que durant els darrers 30 anys els casos d'anorèxia nerviosa s'havien duplicat, i els de bulímia nerviosa s'havien multiplicat per cinc.

En un altre recerca, duta a terme a centres de primària i secundària de Terol per indagar la prevalència dels TCA, a l'Educació Primària el resultat, o sigui la població que es considera en risc, fou d'un 12% (120/996) i a Secundària del 4,93% (26/257) (Ruiz-Lázaro i González, 2003).

Gandarillas i altres (2004, 182) en un estudi per establir prevalença de TCA en població adolescent, no van trobar diferències entre centres educatius privats i públics, així com tampoc no les trobaren en la professió ni en el nivell educatiu dels progenitors. Tanmateix, van trobar que en les noies un 23,4% tenien insatisfacció corporal, un 18,4% desitjaven estar més primes i un 14,6% van respondre que es provocaven el vòmit per controlar o perdre pes. En nois la prevalença fou d'un 2,2% i en noies d'un 15,3%.

Per Martínez-González i De Irala (2003) entre el 4-5% de les noies escolaritzades de 12 a 21 anys pateix algun TCA –diagnosticat per psiquiatria–. En mascles la prevalença es menor, en part perquè està menys estudiada, però podria arribar al 0,9%. Consideren però, que els problemes metodològics són importants de cara a obtenir xifres més exactes, però que la prevalença real dels TCA podria oscil·lar entre un 6-7% en les noies. Ara bé, aquestes xifres pertanyen a les que coincideixen en sentit més estricte amb els criteris diagnòstics internacionals, per tant són el cas extrem d'un continu, emprant l'EAT –Eating Attitudes Test– es troben prevalències del 11-16%. En definitiva, conclouen que en major o menor grau els TCA afecten a una de cada 6-10 noies d'aquestes edats.

Segons una altra recerca duta a terme per l'Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia (ACAB) i la mútua Adeslas, un 6,38% de les universitàries catalanes –prop de 6.000– tenen algun TCA. A més, un 11,4% tenen un alt risc de contraure algun TCA, i un 86 % han fet o fan dietes restrictives no controlades (Capera, 2005). Al mateix temps, calculen que hi ha a cada classe dos casos d'algun TCA, arribant a estar amb algun tipus de problemàtica amb el menjar un 6% dels joves entre 14 i 24 anys (Ricart, 2006).

Tot i que de tant en tant apareixen notícies relacionades amb els TCA als mitjans de comunicació, potser en part per causa de les pròpies notícies, la coneixença per part de la gent és sovint superficial i sedimentada en tòpics.

Encara existeix una àmplia creença per part de professionals i del gran públic que els TCA només afecten a noies i rarament a algun noi (Rosen, 2003, 677). Endemés que hom accepti que la proporció de patir un TCA és de 10 a 1 de les noies respecte els nois, s'ha de valorar que els i les professionals sospiten menys dels nois i aquests quan tenen problemes estan menys disposats a revelar-ho (*ibid*, 680).

Una altra recerca feta pública el novembre del 2006, de l'Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia (ACAB) i la Fundació Viure i Conviure de Caixa Catalunya, afirmava que a Catalunya hi ha 118.000 noies i nois que pateixen un TCA, és a dir, un 6,38% del jovent entre 12 i 24 anys. En vuit anys el nombre de casos s'ha duplicat passant del 3% al 6%. Així mateix, l'associació ACAB aprofità la presentació del seu estudi, per denunciar que en les seves accions divulgatives detectaven molts casos de TCA, quan al seu entendre, això era responsabilitat del sistema educatiu (Piqué, 2006). La protesta d'ACAB està força justificada, atès que en termes generals bona part del professorat de Secundària i Primària considera que els TCA pertanyen a l'àmbit privat, "és assumpte de la família", i en conseqüència, no hi ha gaire interès en rebre formació al seu respecte. Probablement una explicació a tot plegat, pugui ser que el professorat té un coneixement molt superficial dels TCA que provoca que ignori com de present està en les seves vides i al seu voltant. No obstant això, es palesa un cert increment en l'interès per la matèria, potser més a l'educació secundària fruit de la convivència directa conscient amb estudiants afectades d'algun TCA. De totes maneres, en general els i les docents mostren un cert cansament derivat del fet que totes les problemàtiques socials es pretén que es solucionin des dels centres educatius.

Com acostuma a succeir el no coneixement, no implica la no existència, i diferents estudis mostren la presència de TCA o les seves beceroles a edats molt primerenques. Als sis anys, i molt probablement més aviat, els infants són conscients dels prejudicis socials contra la gent grassa i sovint expressaran aquest prejudici cap a ella (Lerner i Jovanovic a Smolak i Levine, 2001, 45). A més, aquest prejudici es pot veure incrementat amb l'edat (Wardle i altres a Smolak i Levine, 2001, 45). Llavors no ens pot sorprendre gaire que infants que són grassos comencin a internalitzar el missatge. Els que tenen sobrepès a la

primerenca edat de cinc anys tenen l'autoestima corporal més baixa que els que tenen un pes normal (Davidson i altres a Smolak i Levine, 2001, 45). Els infants amb sobrepès també expressen els seu desig de ser més primos. A més, en un estudi amb nenes i nens de 8 a 12 anys, el 76% de nenes amb sobrepès i el 56% de nens amb sobrepès volien ser més primos i primos (Rolland i altres, 1996 a Smolak i Levine, 2001, 45).

Com ja s'ha esmentat, la variable gènere és important de cara a prevenir els TCA. Generalment les noies desitgen ser més primos, en canvi el nens poden estar tristos perquè desitgen una aparença musculosa més gran (Thompson i Smolak, 2001, 3). En definitiva, una altra cara de la mateixa problemàtica afecta a la població masculina, la que representa la denominada anorèxia inversa o vigorèxia, en la qual el desig se centra en voler estar més musculats ja que se senten escarransits. A tal efecte, els resulta pràcticament imprescindible el consum de substàncies destinades a engreixar-se. Aquestes, poden ser molt variades i passar de les innòcues a les més efectives i perilloses com són la injecció d'hormones d'engreix. Aquest fenomen també es troba en progressiu increment a casa nostra, com ens ho testimonien les cada vegada més freqüents batudes contra xarxes il·legals que trafiquen amb hormones de creixement adreçades als gimnasos.

Diferents estudis que relacionen el gènere, l'ètnia, l'encreuament de cultures, la història i les diferències d'edat en el nivell d'autoestima corporal, suggereixen que la cultura i la societat juguen un gran paper en la construcció i el desenvolupament de la imatge corporal (Smolak i Levine, 2001, 48).

D'igual manera, força investigacions mostren que una minoria significant de nens i nenes nord americans blancs estan insatisfets amb la seva figura o amb el seu cos (Smolak, Levine i Schermer, 1998 a Smolak i Levine, 2001, 54). Infants de tan sols sis anys manifesten una insatisfacció corporal i una preocupació pel pes (Davison, Markey i Birch, 2000 a Smolak i Levine, 2001, 54). Així mateix, Thelen i altres (1992 a Smolak i Levine, 2001, 54) trobaren que en comparació amb les noies de segon grau, les de quart i sisè estaven més preocupades per no tenir sobrepès i expressaven un desig més gran d'estar primos. De la mateixa manera, Gardner, Sorter i Friedman (1997 a

Smolak i Levine, 2001, 54) trobaren que la insatisfacció corporal entre les noies de 12 anys era més gran que les de nou anys, les quals tenien més insatisfacció que les de sis anys. Mellin, Irwin i Scully (1992 a Smolak i Levine, 2001, 54) van trobar que un 30% de les noies de 9 anys, un 55% de les de deu i un 65% de les d'onze anys estaven preocupades per no estar massa grasses. Tot semblar indicar, que les noies més grans d'escola Primària eren comparables als trobats entre les adolescents i dones adultes, suggerint que com a mínim alguns components de la conducta alimentària anòmala poden estar internalitzats a edat molt primerenca (Shapiro, Newcomb i Loeb, 1997 a Smolak i Levine, 2001, 54).

Com a resultat de la gravetat social i sanitària dels TCA, així com del seu elevat grau de cronificació, el cost tant humà com estrictament econòmic que comporten és molt elevat. Al Regne Unit la gent jove afectada d'algun TCA ocupa més llits als hospitals de salut mental de nens, nenes i adolescents que la resta amb qualsevol altre diagnòstic (Bryant-Waugh, 2006, 76).

Amb la incorporació en massa de la dona al mercat laboral, la diferenciació sexual només es pot centrar en el cos musculat, això ho veiem a exemples com els que narren Guillemot i Laxenaire (1994, 49). Comenten que mitjançant tatuatges s'intentava exhibir una virilitat de façana, pretenien expressar una sexualitat desenfrenada i un acte de insubmissió davant els valors socials preponderants. Aquest paper també l'havien jugat les cicatrius entre estudiants a Alemanya a segle XIX, o fins i tot les espectaculars ferides de guerra eren formes de provar la seva diferència sexual, però actualment han deixat de ser plenament actuals, encara que hi convisquin en determinats contextos.

Les actituds sociocultural també juguen el seu paper de cara a la determinació de gèneres en els TCA. Les nenes petites aprenen molt aviat que l'aparença és i serà important en les seves vides, aprenen que per elles l'aparença és més important que la substància (Zerbe, 1993, 130). No podem perdre de vista, que per les nenes el món es torna coherent mitjançant les relacions humanes, així que mentre els nens estableixen un ordre jeràrquic per resoldre el conflicte entre el desig i el deure, les nenes pensen més en qui es queda al marge (Gilligan, 1985, 33).

També condiona que les noies tinguin més probabilitats de contraure anorèxia, el fet que elles siguin més sensibles als fracassos empàtics de les seves mares, perquè la identitat femenina aflora com un “jo en relació”, una mare que té un problema en connectar amb altra gent, no serà capaç d’oferir un model de dona que gaudeix de les seves relacions. En conseqüència, estar amb homes equivaldrà a estar subjugada (Zerbe, 1993, 132-133).

Es considera que hi ha tot un seguit de professions i activitats de risc, les quals són activitats en què el cos i el seu aspecte extern hi juguen un paper important com en el cas de la lluita, actrius i actors o diferents modalitats de dansa. Els i les dansaires de ballet són una de les activitats més típicament i de fa més temps conegudes com a factors d’alt risc per contraure un TCA. El temps ha passat, però les recerques actuals com la de Ringham i altres (2006) continuen mostrant que són encara una de les professions de risc més elevat per contraure algun desordre alimentari.

Com hem anat veient, els TCA, malgrat que tendeix a donar-se en adolescents i joves adultes, avui dia poden aparèixer a qualsevol edat⁷⁵, ja que les dones en la seva maduresa han de fer front a una particular lluita per alguns dels temes estrella del nostre temps: primor, atractiu, autoestima i insatisfacció corporal. Fa molt poc es parlava de la existència d’un doble raser que atorga la societat a homes i dones que és fan grans, que provocava que conforme augmentés d’edat l’home es tornava més atractiu, mentre les dones el disminuïen. Això provoca que força dones arribin estar obsessionades pel seu cos com a forma per romandre seductores i atractives (Zerbe, 1993, 143).

Gonzalo Morandé (a Villalba, 2006), cap de psiquiatria de l’Hospital Niño Jesús de Madrid, advertia sobre la presència de gent gran que iniciava el tractament per recuperar-se d’un TCA. El reconegut expert, apuntava com a causa de tenir pacients de 82 anys, que els TCA són un símptoma de les dificultats existents per fer front al dia a dia. Alguns dels fenòmens desencadenants de TCA a aquesta edat són la pèrdua de la parella amb què s’han conviscut tants anys, l’aparició d’una malaltia dura o bé no acceptar l’envelliment. Tanmateix,

⁷⁵ A finals del 2007 les Associacions d’Ajuda i Lluita contra l’Anorèxia i la Bulímia (FEACAB) ja alertaven de la tendència creixent de casos d’anorèxia entre nens i nenes de 9 i 10 anys, disminuint així l’inici de la patologia que abans es situava més al voltant dels 14-16 anys.

l'extensió dels TCA no es reserva a la gent gran, comença a afectar a gent de la recent immigració amb minsos recursos econòmics, i que per tant, té moltes dificultats per fer-se càrrec d'un tractament privat en indrets on no hi ha unitats específiques per tractar els TCA públiques.

4.3 ANORÈXIA NERVIOSA

Els criteris diagnòstics esdevenen l'instrument emprat pels professionals de la psiquiatria per a delimitar els diferents TCA, la qual cosa no vol dir que es puguin efectuar un diagnòstic tan sols mitjançant un qüestionari. El més comunament utilitzat és el Manual diagnòstic i estadístic de trastorns mentals (DSM) de l'Associació Americana de Psiquiatria (APA)⁷⁶. No obstant, una altra classificació la Classificació Internacional de Malalties (CIE) de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), n'ofereix alguns matisos diferencials.

Els actuals criteris per efectuar una diagnosi d'anorèxia nerviosa són els següents (DSM-IV, 1995, 553-555):

A. Rebuig a mantenir un pes corporal per sobre del nivell normal mínim per edat i talla (el pes és inferior al 85% del que es considera normal per la seva edat i la seva talla).

El CIE-10 és més restrictiu i especifica que l'individu ha de tenir un índex de massa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5 Kg/m² (IMC en metres quadrats, dividint el pes en quilograms per l'alçada). No obstant això, les dades estadístiques tan sols han de constituir un referent pel professional mèdic ja que per determinar el pes mínim d'un individu, també s'ha de tenir en compte la seva constitució física i la seva història prèvia de pes.

El mètodes per perdre pes sovint comencen amb una disminució en les quantitats d'ingesta, no obstant això, tot seguit és habitual que s'exclouguin de la dieta tots aquells aliments que es consideren amb alt contingut calòric. Al mateix temps, per perdre pes poden utilitzar altres formes com el fet d'emprar purgues –per exemple vòmits provocats i ús inadequat de laxants i diürètics–, així com la pràctica excessiva d'exercici físic.

⁷⁶ Les pràctiques diagnòstiques, àdhuc a psiquiatria, canvien força amb el transcurs dels anys, d'aquí que per l'elaboració d'aquests criteris diagnòstics s'hagi arribat després d'una extensa recerca i per la minuciosa revisió pràctica dels clínics. La estandardització diagnòstica atorga seguretat als clínics quan efectuen un assessorament o diagnostiquen a una pacient. La pacient ha de tenir els suficients símptomes per complir una categoria diagnòstica. L'especificitat permet als i les pacients conèixer quan la seva condició és prou seriosa per justificar un diagnòstic psiquiàtric formal. El personal clínic també els troba molt útils com a forma breu per comunicar-se amb altres professionals (Zerbe, 1993, 9).

B. Por intensa a guanyar pes o a convertir-se en una persona obesa, àdhuc estant per sota del seu pes.

La por a guanyar pes no desapareix encara que la persona en vagi perdent. Més aviat, tendeix a augmentar encara que l'individu vagi baixant de pes.

C. Alteració significativa de la percepció de la forma o mida del cos.

Pel que fa la distorsió de la imatge corporal, hi ha persones que es veuen "obeses", en canvi d'altres admeten que es troben primes, però la seva preocupació es concentra en determinades parts del seu cos que els continuen semblant massa grasses –principalment abdomen, natges i cuixes–.

Les maneres que tenen per estimar la seva mida i el seu pes corporal són molt nombroses: pesar-se constantment a una bàscula, mesurar diferents parts del seu cos de forma obsessiva, o bé, mirar-se de forma continuada al mirall per observar les seves zones "obeses".

Com a conseqüència de la seva fixació, la seva autoestima és molt minsa i es troba estretament lligada a la mida i pes corporals. D'aquesta forma, consideren un guany perdre pes, i un fracàs pujar-ne, essent aquest darrer factor un símptoma evident i inacceptable de la seva manca de control. Hi ha persones que són conscients d'estar molt primes, però neguen que això pugui tenir seqüeles greus per la seva salut.

D. Les dones pateixen amenorrea –absència de com a mínim tres cicles menstruals consecutius–. Es considera que una dona té amenorrea si els seus cicles només es donen després d'administració hormonal.

Si l'anorèxia s'inicia a la infància o a les primeres etapes de l'adolescència, en comptes de pèrdua de menstruació pot existir una manca d'augment de pes (per exemple, mentre que el subjecte creix en alçada).

L'amenorrea generalment és conseqüència de la pèrdua de pes, tot i això, en una part minoritària de casos la precedeix. En noies prepuberals l'anorèxia nerviosa pot endarrerir l'aparició de la menarquia⁷⁷.

⁷⁷ Primera menstruació.

- Subtipus d'anorèxia nerviosa:

Restrictiva: la pèrdua de pes s'aconsegueix fent dieta, amb desdejunis o realitzant exercici físic intens.

Compulsiva/purgativa: la persona recorre de forma regular a afartaments i purgues (o a ambdues pràctiques). Bona part de les persones que passen per episodis d'afartaments també recorren a les purgues, provocant-se el vòmit o emprant diürètics, laxants o ènemes en excés. Tanmateix, existeix un petit nombre d'individus que no passen pels moments d'afartaments però que sí utilitzen purgacions àdhuc després d'ingerir petites quantitats d'aliment.

Les persones afectades d'anorèxia nerviosa experimenten una considerable pèrdua de pes, poden presentar símptomes com els de l'estat d'ànim deprimit: retraïment social, irritabilitat, insomni i manca d'interès pel sexe. Bona part d'aquesta simptomatologia depressiva pot estar causada per la semi inanició.

Al mateix temps, s'ha detectat que aquests pacients presenten símptomes de trastorn obsessiu-compulsiu, ja sigui en relació amb el menjar o no. La majoria de persones afectades d'anorèxia tenen contínuament ocupada la seva ment en pensaments relacionats amb el menjar, una part d'elles col·lecciona receptes de cuina o emmagatzema aliments. De l'observació de les conductes amb altres formes d'inanició, s'extreu la idea de que les obsessions i les compulsions relacionades amb el menjar poden produir-se o exacerbar-se per la desnutrició.

Tanmateix, ens trobem amb altres característiques que sovint acostumen a associar-se a l'anòrexia nerviosa com la preocupació per menjar en públic, el sentiment d'incompetència, una gran necessitat de controlar l'entorn, pensament inflexible, poca espontaneïtat social i restricció de l'expressivitat emocional i la iniciativa.

Així mateix, el grup de pacients afectades del subtipus d'anorèxia compulsiu/purgatiu, tenen més possibilitats de tenir problemes per controlar els impulsos, d'abusar de l'alcohol o d'altres drogues, de manifestar més labilitat emocional o de ser actius sexualment.

Com hem vist, la distorsió de la imatge corporal suposa un tret específic de cara a la diagnosi de l'anorèxia nerviosa. Rosen (1990 a Raich, 2001, 30) va proposar que el trastorn dismòrfic o de la imatge corporal es definís com una preocupació exagerada, que produeix malestar, cap algun defecte imaginari o extremat de l'aparença física.

El trastorn dismòrfic corporal, històricament ha estat conegut amb el nom de dismorfòbia i presenta els següents trets característics segons el DSM-IV (APA, 1995, 478):

- a) El defecte físic és imaginari, i en cas d'existir la preocupació que genera és totalment desmesurada.
- b) La preocupació causa en la persona un malestar significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu.
- c) El trastorn no s'explica millor per la presència d'un altre trastorn, com podria ser la insatisfacció corporal que es dona en l'anorèxia nerviosa.

Qualsevol part del cos pot ser objecte de la seva fixació, pits, natges, abdomen, mans, cames, esquena, llavis, boca, dents, barbeta, celles..., no obstant això, els símptomes més corrents són els defectes imaginaris o de poca importància, com tenir el cabell prim, acne, arrugues, cicatrius, taques vasculars, asimetria o desproporció facial, o bé, pèl excessiu a la cara.

Les preocupacions, que poden arribar a ser molt vagues –com podria ser queixar-se per tenir una cara caiguda–, es poden centrar en una o vàries parts del cos. En general, les persones afectades de trastorn dismòrfic tendeixen a evitar descriure's amb detall els seus trets, limitant-se a parlar sempre de la seva lletjor.

La seva fixació, els pot conduir a passar-se moltes hores al dia comprovant el seu “defecte” davant del mirall o davant de qualsevol superfície que pugui reflectir la seva imatge, com aparadors, rellotges, etc. Fins i tot alguns arriben a emprar ulleres augmentants per poder observar millor el seu “defecte”. Al mateix temps, poden mostrar conductes d'higiene i cura excessiva com pot ser pentinar-se el cabell, maquillatge seguint uns rituals o neteja de la pell. Els

comportaments de comprovació i d'higiene personal tenen la finalitat de reduir l'ansietat produïda pel defecte, malgrat que sovint provoquin una reacció contrària. Per tant, hi ha subjectes que eviten mirar-se al mirall i arriben a tapar-los o treure'ls del seu lloc.

D'igual forma, demanen amb freqüència que les tranquil·litzin sobre el seu "defecte", malgrat tot, l'alleugeriment és provisional, ja que, tendeixen a comparar de forma constant les parts maleïdes del seu cos amb les d'altra gent. Com a conseqüència de les seves conductes que eviten les activitats habituals, es poden veure arrossegats cap a un aïllament social extrem. Habitualment, els tractaments que cerquen, de caire general, odontològic o quirúrgic, poden empitjorar el seu trastorn atès que originen l'aparició de noves i més intenses preocupacions que, a la vegada, condueixen a nous procediments terapèutics sense èxit. Igualment, el trastorn dismòrfic corporal pot associar-se al trastorn depressiu major, al trastorn delirant, a la fòbia social i al trastorn obsessiu-compulsiu. Emperò, no es pot diagnosticar aquest trastorn si la seva presència es pot explicar millor per la presència d'un altre trastorn mental (*ibid*, 480). La dimensió cultural pot esdevenir un factor condicionant important, ja sigui influenciant o amplificant les preocupacions de la persona sobre el seu defecte físic "imaginari" (*ibid.*, 479).

Thompson (1990 a Raich, 2001, 24-25) considera que el constructe imatge corporal està constituït per tres components:

- 1) Perceptual: precisió amb la qual es percep la mida corporal de diferents segments corporals o del cos en la seva totalitat. L'alteració de la dimensió perceptual pot generar tant la idea que el cos té una dimensió superior a la real, o bé, la percepció d'una mida corporal inferior a la que realment es té.
- 2) Subjectiu: es refereix a les actituds, sentiments, cognicions i valoracions que desperta el cos, principalment pel que fa a la mida, pes o parts del cos.
- 3) Conductual: són les accions que la percepció del cos i sentiments associats provoquen, com per exemple, evitar mostrar o exhibir el cos.

Fins a finals dels anys vuitanta, la distorsió de la imatge corporal era considerada com un problema bàsicament femení, posteriorment diferents estudis van mostrar com en l'home també apareixia un trastorn dismòrfic muscular, en el qual l'home es veu massa prim i poc desenvolupat (Cohane i Pope, 2001, 373). El problema que es genera al voltant del model masculí és que la insatisfacció corporal està més relacionada amb el to muscular que amb el greix corporal (Leit, Gray i Pope, 2002, 337), però aquesta tendència resulta tan perillosa per l'home com l'ideal prim per la dona, ja que alguns dels models corporal masculins són inabastables sense el consum d'anabolitzants (*ibid.*, 334).

Hi ha una tendència en les dones a preferir els homes mitjanament musculats, prims i d'amples espatlles, dades que deixarien en evidència l'idea errònia que han mostrat diferents estudis en els quals els homes volen uns 4 quilos més de múscul del que tenen. A un estudi dut a terme al País Valencià en estudiants adolescents i preadolescents, la meitat dels mascles volia o augmentar pes o perdre'l. Les noies en la seva majoria desitjaven perdre pes (Livianos i Rojo, 2003, 512).

L'anorèxia nerviosa a la infància es dona entre els sis mesos i tres anys, una hipòtesis situa el seu origen en una ruptura del vincle mare-fill/a. En el normal procés d'individuació, hi ha infants tossuts i valents que no donen cabuda al sentit de l'horari de la mare o en la seva forma d'iniciació al donar de menjar. Potser un innat temperament vigorós i irritable guia aquest infant, des dels primers dies, a "pronunciar" que ells faran les coses a la seva manera. En conseqüència, la mare es frustra, s'autoataca i s'enfada quan l'infant rebutja menjar. Això provoca una gran angoixa a la dona que veu com fracassa en l'intent de donar de menjar a l'infant que mentrestant va perdent pes, ella intenta ser una mare millor, però cap dels seus intents aconseguix que el fill o filla mengi (Zerbe, 1993, 126-128).

A vegades la mare té dificultats per reconèixer els esforços de l'infant per menjar autònomament. Per exemple, l'infant pot voler la cullera per alimentar-se ell mateix, però la mare pot no interpretar correctament el seu desig i sense ser conscient estronca un primerenc esforç cap a la independència. La mare

pot decidir donar-li una ampolla o donar-li de menjar ella mateixa; ella pot a més, començar a jugar amb ell i desviar la seva atenció del menjar. Nosaltres suposem que el tossut infant reacciona de forma oposada refusant el menjar; això impedeix el desenvolupament de l'infant, ja que li costa diferenciar una varietat de sentiments corporals com la gana, l'enuig i la sacietat. No pot aprendre quan o quanta quantitat menjar, i el desig d'ingerir menjar pot tancar-se completament. En sentit real, l'infant inicia una vaga de fam (*id.*).

Malgrat que poden haver-hi moltes altres causes del problema, part de la responsabilitat pot residir en les pròpies lluites no resoltes de la mare amb la seva mare en relació amb la independència. Estudis amb mares, els infants de les quals han tingut anorèxia infantil, mostren que elles tenen la millor intenció com a mares però també extraordinàriament altes expectatives d'elles mateixes. Tenen uns ideals massa grans sobre el que és ser mare, els costa reconèixer la normal ambivalència que totes les mares tenen amb els seus infants, especialment quan són problemàtics. Sovint recorden que la relació amb la seva pròpia mare era conflictiva i elles naturalment volen fer una millor tasca criant als seus propis infants (*id.*).

A vegades les criatures són primes i sempre famolenques. En un intent per evitar tenir un "bebé gras", mares que estan preocupades amb el fet d'estar prima i la seva pròpia imatge corporal poden restringir la ingesta dels seus infants en creixement. També hi ha progenitors que tenen unes determinades creences filosòfiques o religioses sobre el menjar que poden posar en perill la vida dels infants, ja que sovint, restringeixen aliments necessaris pel normal creixement, o efectuen conductes alimentàries aberrants (*id.*).

Tot i trobar-se a una edat molt inicial, una mala relació amb el menjar pot deixar seqüeles significatives, així ho palesen algunes recerques prospectives que indiquen amb claredat que la imatge corporal i els problemes alimentaris en la primerenca i mitjana adolescència prediuen problemes alimentaris més severs, i potser àdhuc TCA a l'adolescència tardana (Zoler i altres, 2001, 98).

4.4 BULÍMIA NERVIOSA

La bulímia és més freqüent que l'anorèxia però més difícil de detectar. Fins fa poc es creia que els infants no podien contreure bulímia perquè no tenien les aptituds cognitives necessàries per aprendre a expulsar el menjar, no obstant això, el continu registre de casos de bulímia a edat infantil ha refutat aquesta creença (Kolodny, 2000, 72-73). Al nostre entendre, pels infants és relativament fàcil actuar seguint la lògica bulímica o d'altres TCA ja que aquestes palesen actituds infantils "fàcilment" aplicables pels nens i nenes, sobretot si tenim present l'important desconcert alimentari que ha experimentat la gent adulta en els darrers temps.

Els diferents TCA tenen una línia limítrofa un xic sinuosa per causa de la seves similituds. D'aquí que hom parli que són diferents trastorns que formen part d'un mateix *continuum*. Un exemple el trobem en la característica diagnòstica diferencial entre les pacients amb bulímia nerviosa i el subtipus d'anorèxia compulsiva/purgativa, la diferència rau en que les persones amb bulímia nerviosa són capaces de mantenir el seu pes igual o per sobre d'un nivell normal mínim (DSM-IV, 1995, 558)

Els criteris diagnòstic per bulímia nerviosa són els següents (DSM-IV, 1995, 559-561):

A. Episodis recurrents d'afartaments amb el menjar. Els episodis d'afartaments es caracteritzen per:

- 1. Consum en un curt període de temps, generalment inferior a dues hores, d'una quantitat de menjar superior a la que la majoria d'individus menjarien en circumstàncies similars.**

Com sempre és imprescindible tenir en consideració el context en el qual es produeix l'ingesta excessiva de menjar, ja que pot considerar-se normal si es produeix en el si d'una celebració. Així mateix, els afartaments no tenen perquè produir-se en un sol lloc, poden iniciar-se al restaurant i després prosseguir a casa.

No es considera com a afartament el fet d'anar "picant" petites quantitats al llarg del dia.

El tipus de menjar que s'ingereix als afartaments pot ser molt variat, ara bé, la tendència majoritària és la d'ingerir aliments amb un alt contingut calòric com gelats o pastissos. Malgrat això, els afartaments es caracteritzen per la quantitat exagerada de menjar que s'engoleix, que pel desig de menjar un tipus d'aliment concret.

Les persones amb bulímia nerviosa generalment se senten molt avergonyides per la seva conducta i intenten amagar els símptomes. D'aquí que normalment els afartaments es realitzin d'amagat o dissimulant tant com puguin.

Els afartaments poden o no haver-se planificat amb antelació, i sovint, encara que no sempre, es caracteritzen per una ràpida ingesta dels aliments.

Els afartaments poden durar fins que l'individu ja no pugui més, àdhuc fins que arribi a sentir dolor per la plenitud. Els estats d'ànim disfòric, les situacions interpersonals estressants, la gana produïda per dietes estrictes, o bé sentiments relacionats amb el pes poden desencadenar aquest tipus de conducta. Encara que els afartaments puguin proporcionar una situació satisfactòria temporal, tot seguit, acostumen a provocar sentiments d'auto menyspreu i estat d'ànim depressiu.

2. Els afartaments es veuen acompanyats també d'una sensació de manca de control. Pot sentir que no pot parar de menjar o de controlar la quantitat que menja.

La persona pot sentir-se excitada mentre es produeix l'afartament de menjar, sobretot al principi de la malaltia. A mesura que el trastorn progressa, els afartaments ja no es caracteritzen tant per una sensació aguda de pèrdua de control, sinó de conductes d'alteració del control, com la dificultat per evitar els afartaments o la dificultat per acabar-los.

B. Conductes compensatòries inadequades per evitar guanyar pes, com per exemple el vòmit autoinduït, ús excessiu de laxants i diürètics, ènemes o altres medicaments, desdejuni o exercici físic excessiu.

La conducta inadequada més habitual és autoprovocar-se el vòmit. Els efectes immediats de vomitar consisteixen en la desaparició del malestar físic i la disminució de la por a guanyar pes. En ocasions, els vòmit es converteix en l'objectiu mateix, així que la persona realitzarà afartaments per tal de provocar-se el vòmit o vomitarà després de petites ingestes alimentàries.

Les tècniques per provocar-se el vòmit són molt variades, ja siguin emprant els dits, altres instruments, o després de molt d'entrenament sense cap ajuda externa.

Els individus amb bulímia nerviosa poden estar sense menjar un o més dies, o realitzar exercici físic intens per tal de compensar l'aliment engolit durant els afartaments.

Es considera exercici físic excessiu quan la pràctica d'aquest interfereix de manera significativa en les activitats vitals importants de la persona, o bé es produeix a hores intempestives, indrets inadequats, o quan la persona es continua exercitant malgrat estar lesionada o malalta.

A vegades, també es prenen hormones tiroides amb la finalitat de no guanyar pes.

Les persones amb bulímia nerviosa i diabetes mellitus poden suprimir o disminuir les dosis d'insulina per reduir el metabolisme dels aliments ingerits durant els afartaments.

C. Els afartaments i les conductes compensatòries inadequades s'han de produir com a mínim una mitjana de dues vegades a la setmana durant un període de tres mesos.

D. L'autoavaluació es troba massa influenciada per la seva imatge corporal i el pes. Essent així, aquests factors els major determinats del seu nivell d'autoestima.

E. Les alteracions no apareixen tan sols durant el transcurs de l'anorèxia nerviosa.

Subtipus de bulímia nerviosa:

Purgativa: durant l'episodi bulímic la persona malalta es provoca el vòmit, o ha fet un mal ús de laxants, diürètics o ènemes.

No purgativa: durant l'episodi de bulímia nerviosa la persona malalta no ha emprat cap tècnica purgativa, sinó que ha utilitzat altres tècniques compensatòries inadequades com l'exercici físic excessiu o el desdejuni.

Malgrat que els individus afectats de bulímia nerviosa normalment es troben dins una franja de pes considerada com normal, també es pot donar en persones amb obesitat moderada i mòrbida.

Hi ha estudis que suggereixen que aquestes persones tenen més probabilitat de mostrar sobrepès que la gent sana, ja que, entre afartament i afartament redueixen la ingesta calòrica i escullen aliments de baix contingut calòric – “dietètics”–, alhora que eviten els aliments que engreixen o que poden desencadenar un afartament.

La freqüència de símptomes depressius és alta, com per exemple es palesa en la baixa autoestima. Al mateix temps, hi ha una incidència alta de símptomes d'ansietat, com la por a situacions socials o trastorns d'ansietat.

S'ha observat un important consum de substàncies alcohòliques o estimulants en aproximadament un terç de persones amb bulímia nerviosa. El seu consum acostuma a començar en un intent de controlar la gana i el pes.

Tanmateix, dades preliminars indiquen que en el subtipus purgatiu es donen més símptomes depressius i una major preocupació per la silueta corporal que en el subtipus no purgatiu.

Les dones amb bulímia nerviosa sovint present menstruacions irregulars o amenorrea, el que no queda tan clar és si aquestes fluctuacions o anomalies es deuen a les oscil·lacions de pes, dèficits nutritius o a estrès emocional. Per una

altra banda, les persones que abusen del consum de laxants de manera crònica es poden tornar depenents cap a aquest tipus de fàrmac.

De totes maneres, el menjar en excés és habitual en el trastorn depressiu major, amb símptomes atípics, però aquests subjectes no recorren a mesures compensatòries ni mostren una preocupació excessiva pel pes i silueta corporals (DSM-IV, 1995, 562).

4.5 TRASTORNS DEL COMPORTAMENT ALIMENTARI NO ESPECIFICATS

Els trastorns de la conducta alimentaria no especificats són els casos que si bé presenten alteracions pel que fa a la conducta alimentària, no encaixen completament en els criteris diagnòstics de l'anorèxia o bulímia nervioses (DSM-IV, 1995, 564):

- A. En les dones es donen tots els criteris per diagnosticar anorèxia nerviosa però les menstruacions són regulars.
- B. Es compleixen tots els criteris d'anorèxia nerviosa tret que l'individu malgrat haver experimentat una pèrdua significativa de pes, es troba dins els marges normals.
- C. Es tenen tots els criteris diagnòstics per bulímia nerviosa, però els afartaments i les conductes compensatòries inadequades apareixen menys de dues vegades per setmana o durant menys de tres mesos.
- D. Utilització regular de conductes compensatòries inadequades després d'ingerir petites quantitats de menjar per part de l'individu amb pes normal. Per exemple, provocar-se el vòmit després d'haver menjar dues galetes.
- E. Mastegar i expulsar, però no empassar, quantitats importants de menjar.
- F. Trastorn compulsiu: afartament recurrents amb absència de conductes compensatòries inadequades típiques de la bulímia nerviosa.

4.6 VIGORÈXIA

El terme anorèxia inversa fou encunyat per Pope l'any 1993. En aquest tipus de trastorn ja s'anomeni vigorèxia o anorèxia inversa, així com en la dismorfobia muscular, la percepció errònia es basa en la manca de força o de mida corporal (Leone, Sedory i Gray, 2005, 352).

Hi ha un gran varietat de problemes d'imatge corporal en nois que han pujat sense fer gaire soroll a nivells epidèmics entre els joves i els homes. Pope i els seus col·laboradors (2001) definiren el terme "complex d'Adonis" per encabir totes aquests trastorns que afecten al gènere masculí.

Un és la dismorfòfia muscular, en la qual l'individu es percep com petit i escarransit, encara que de fet sigui gran i molt musculat. Pope va tenir el seu primer encontre amb aquest trastorn a la dècada de 1980 mentre realitzava una recerca sobre el consum d'esteroids anabolitzants. En molts casos es trobava amb homes que tenien carreres professionals amb èxit però hi renunciaven perquè "haviem de passar més hores al gimnàs". Uns altres, estaven tan preocupats sobre la seva suposada petitesa corporal que arribaven a rebutjar ser vistos sense la seva samarreta a la platja.

En segon lloc, Pope també adverteix sobre el gran consum d'anabolitzants i altres drogues sense cap finalitat esportiva, tan sols per guanyar musculació. El consum d'aquestes substàncies és molt problemàtic tant a llarg termini en forma de molts problemes de salut, com a curt termini, en forma de trastorns psiquiàtrics com poden ser els maníacs i símptomes agressius, així com símptomes depressius després de deixar de prendre'n.

També els homes es veuen afectats per TCA i trastorns de distorsió d'imatge corporal, però semblen tenir més reticència a l'hora de buscar ajuda i/o tractament. Pope situa en dos els principals motius d'aquesta escala de problemes en els homes: l'aparició dels esteroids anabolitzants i l'ascens social de la dona.

Com bé comenta, els nostres infants des de ben petits veuen la seva mirada envaïda per imatges de cossos hormonats, o com diu ell, talles corporals

hormonades, transmeten el subtil missatge de com és l'home ideal. Com afirma, durant dècades les dones han hagut de patir aquest subtil tortura, ara els homes reben de la mateixa medicina.

Pel que fa a l'ascens social de la dona com a factor que també hi ha contribuït, l'explicació resideix en el fet que si bé encara la igualtat no és total, la dona ara mateix ocupa llocs de treball que fa unes dècades li eren inabastables, en resum, que pot accedir a la majoria de treballs que fa l'home, ja sigui dirigint multinacionals, o a l'exèrcit, etc., i per tant, l'home no pot emprar la feina com a element diferenciador i font d'autoestima masculina, "ara només li queda el cos per diferenciar-se". Per molts homes, de forma conscient o no, el darrer refugi és el seu cos.

El millor resum dels arguments favorables a l'atractiu del consum d'anabolitzants esteroides el digué un culturista "Per què ser Clark Kent quan puc ser Superman?" (Pope i altres 1997 a Livianos i Rojo, 2003, 521).

4.7 ORTORÈXIA⁷⁸

El que s'ha vingut a denominar com a ortorèxia comparteix alguns trets específics amb l'anorèxia nerviosa, d'aquí que en ocasions sigui susceptible de ser confosa amb la mateixa, emperò, la seva relació negativa amb el menjar no persegueix tant un aprimament estètic, sinó una espècie de pràctica pseudoreligiosa.

Com diu el doctor Bratman, en la majoria d'ocasions l'ortorèxia no deixa de ser una mena de distracció psicològica que habitualment no comporta dany físic. És a dir, la persona s'aferra a aquesta pràctica com a estil de vida, però en la majoria de vegades no ens remet a complicacions greus, que sí es poden presentar en alguns casos, en què duen "fins al final" les seves conductes anòmales amb el menjar i per tant, les condueix a un estat d'emaciació idèntic al de les pacients afectades d'anorèxia nerviosa. Tal vegada podríem establir un paral·lelisme entre ambdues patologies, si la pacient anorèxica divideix els aliments en menjar bo o dolent, associat al seu suposat contingut calòric. La persona afectada d'ortorèxia els classifica en sa o insà⁷⁹ i aquests darrers tendeix a causar-li una sensació de brutícia interna.

En definitiva entenem segons Bratman que es pot presentar un cas d'*orthorexia* –fixació pel menjar correcte– nerviosa quan la persona agafa el concepte de menjar sa, el porta a l'extrem i s'acaba obsessionant pel menjar sa. La seva fixació també pot arribar al punt que foragiti tots els altres interessos i afeccions de la persona, malmet la seva vida social i fins i tot, pot arribar a ser físicament perillosa. Quan això succeeix, l'ortorèxia nerviosa adquireix la dimensions greus d'un veritable TCA com l'anorèxia o la bulímia.

⁷⁸ Fonamentalment la informació d'aquest apartat prové del lloc web <http://www.orthorexia.com> del doctor Bratman.

⁷⁹ El que s'entén per sa o insà pot variar enormement segons siguin les creences alimentària que la persona ha adoptat. Tanmateix, el mot sa i insà està vinculat a un gran simbolisme, que per tant, porta unes grans connotacions morals de pur i impur, en el sentit de la bondat de l'aliment. Un exemple el podem trobar en les persones que defensen que el moralment correcte és ser vegetarià, i què en l'inici de la seva transformació argumenten "racionalment" que la carn els senta malament, "els embruta". Un altre cas, pot ser el de la gent que no vol cuinar en paelles on s'hagi cuinat carn perquè conserven restes de contaminació.

4.8 OBESITAT

L'obesitat malgrat estar inclosa en la Classificació Internacional de Malalties (CIE) com a malaltia mèdica, no és veu contemplada al DSM-IV perquè no s'ha establert la seva associació consistent amb síndromes psicològics o conductuals (APA, 1995, 553). Això contradiu el que era comunament entès. Tradicionalment es considerava que les anomalies alimentàries tenen el seu origen en la quantitat ingerida: si es menja poc ens aprimem, si menges massa engreixem. La realitat emperò, és més complexa atès que intervenen també mecanismes hormonals i neurohormonals, factors genètics, metabòlics i constitucionals (Contreras, 2002, 276). De fet, un dels clàssics indicadors pel que fa als riscos cardiovasculars com és l'índex de massa corporal (IMC), darrerament veu qüestionada la seva validesa⁸⁰.

Malgrat que durant temps s'havien estudiat de forma massa separada, s'ha demostrat que l'obesitat és un clar factor de risc per contraure un TCA, així com que alguns d'aquests trastorns poden afavorir el desenvolupament i manteniment de l'obesitat (Sánchez i Fernández-Valdés, 2002, 314).

Queda clar doncs, que la obesitat és un risc important pel desenvolupament d'un TCA, a més, la imatge corporal juga un paper essencial en aquesta equació, perquè el risc de contraure un TCA està estretament vinculat a la insatisfacció corporal (Zoler i altres, 2001, 73). Nombrosos estudis han mostrat que una alta proporció de persones bulímiques tenien sobrepès abans de començar el seu trastorn, això suggereix que rebien *feedback* negatiu sobre la seva aparença quan eren infants i adolescents (Zerbe, 1993, 159).

Per en Marià Alemany (a Gil, 2006) la societat tracta a la persona obesa com a culpable de la seva pròpia mandra, d'aquí que reclami que «l'obesitat sigui considerada com una malaltia que mereix ser tractada com a tal a la sanitat pública». Marià Alemany fou co-fundador d'una *spin-off* pionera de la Universitat de Barcelona, que està en el procés d'experimentació, previ a la comercialització, d'un fàrmac per combatre l'obesitat. La seva iniciativa prové

⁸⁰ Un exemple es pot trobar en l'article de Maria Grazia Franzosi a *The Lancet* («Should we continue to use BMI as a cardiovascular risk factor». vol. 368, agost 2006, p.624-625).

del descobriment d'una hormona natural del cos anomenada oleoyl-estrona, que informa al cervell sobre la quantitat de greix acumulada que hi ha i ordena cremar-lo si n'hi ha un excés, o en cas contrari deixa que s'acumuli.

Diferents investigacions americanes dutes a terme a partir dels anys seixanta, ja havien enunciat que els infants obesos eren espontàniament percebuts com tramposos, dropos, bruts, dolents, lletjos, sòmnes, etc. En canvi, la silueta prima era jutjada de forma positiva (Staffieri, 1976 a Fischler, 1995, 326). L'explicació rau, segons mostren les enquestes, en el fet que es considera que la gent grassa és la responsable del seu estat (Maddox i altres, 1968 a Fischler, 1995, 329), és a dir, són responsables del seu estat físic perquè no saben controlar-se i mengen en excés. Per res serveixen les justificacions de la gent obesa que es defensa argüint que per poc que mengin s'engreixen, la sospita o directa acusació de manca de control recau sobre ella (Fischler, 1995, 329).

Estudis efectuats a Estats Units i Dinamarca sobre infants adoptats palesen que no hi ha correlació quan aquests són adults amb la seva família adoptiva, tot el contrari que quan es compara amb la seva família biològica, on s'obté una correlació forta, malgrat hagin estat separats setmanes després del seu naixement. Aquestes recerques atorguen una gran rellevància al patrimoni genètic (Contreras, 2002, 281), no obstant això, la àmpliament estesa prevalència d'obesitat entre joves d'ascendència ètnica diversa està multideterminada. Factors genètics, com el IMC del pare i la mare, menors percentatges metabòlics en repòs o una pubertat primerenca són alguns dels factors que augmenten la predisposició a patir obesitat (Zoler i altres, 2001, 82).

A una recerca longitudinal a Estats Units, de 1971 a 2004, van estudiar la relació entre pobresa i obesitat en adolescents entre 12 i 17 anys. Van comprovar un major impacte en famílies que vivien per sota del nivell de pobresa, en comparació amb les que no en vivien entre els més grans, 15-17 anys, però no en el més joves, 12-14 anys. Les diferències les van atribuir a la major autonomia que tenen els més grans per escollir el seu menjar (Miech i altres, 2006, 2391). La diferència a edat adulta sembla esclarir-se en favor del nivell socioeconòmic, atès que hi ha una forta relació inversament proporcional entre obesitat i nivell socioeconòmic (Zoler i altres, 2001, 71).

Constantment se'ns anuncia que el sobrepès i l'obesitat afecten a un segment significatiu de la població de l'Estat espanyol, comportant pel sistema sanitari una despesa de més de 3.000 milions d'euros l'any. Des del ministeri de Sanitat han prioritzat la disminució de sucres i sal en els productes de la indústria i el foment de l'exercici físic. Afirmen que la obesitat afecta a un 16% dels nens i nenes de 6 a 12 anys i un 14% per la població adulta (Rodríguez, 2006b).

Tot indica que l'obesitat es troba en augment a tot el món, arribant també a afectar a Estats en vies de desenvolupament com el Brasil, la zona sud del qual arriba a cotes similars a la dels Estats desenvolupats (Terres i altres, 2006, 1). A l'estudi de Terres i altres (2006, 6) que pretenia indagar el nivell de prevalència d'obesitat entre adolescents es va observar una estreta associació entre sobrepès i obesitat d'adolescents que confessaven estar a dieta, ometre àpats i realitzar o no activitat física fora de l'escola.

Datar i Sturm (2006, 1455) han estudiat la relació entre el sobrepès i els resultats escolars a les escoles elementals d'Estats Units. El resultat de la seva recerca suggereix que durant els primers quatre anys a escola el canvi en l'estatus de pes –de normal a sobrepès– és un factor de risc significatiu per tenir resultats escolars adversos per les nenes però no en els nens.

Un 10% d'infants catalans entre 4 i 5 anys –11% de nens i 8,5% de nenes– a la darrera enquesta de la Conselleria de Salut, varen ser diagnosticats com a obesos perquè pesaven gairebé el doble del previst per edat i alçada. Així mateix, calculen que la obesitat s'ha triplicat entre la població espanyola de 6 a 12 anys (Gallardo, 2006b). Al setembre de 2006 la ministra de Sanitat i Consum Elena Salgado (Jano on line i agències, 2006) declarava a la premsa que gràcies al programa NAOS (Estrategia nacional de nutrición, actividad física, prevención de la obesidad y salud) s'havia aconseguit una conscienciació i sensibilització de la societat contra l'obesitat en un temps molt curt.

En ocasions, aquest procés de conscienciació, més que de conscienciació ha degenerat en psicosi en moltes famílies i escoles. Psicosi en el sentit que s'empren els termes de malalties com l'obesitat amb massa lleugeresa. No és d'estranyar, emperò, atesa la gran quantitat de notícies que periòdicament

apareixen als mitjans de comunicació alertant-nos o gairebé "amenaçant-nos" dels perills de l'obesitat. A molts centres educatius, es copsa una certa exageració entre les dades constants dels mitjans sobre per exemple obesitat infantil, i la realitat que veuen als centres educatius de Primària. No entrarem a discutir sobre la necessitat d'aquestes accions de sensibilització, però sembla prou clar que altres problemàtiques com els TCA, no reben tanta atenció per part de l'Administració, malgrat "caminar plegades de la mà".

Vázquez (2003, 75) també expressa unes asseveracions al respecte:

- *L'obesitat és un factor de risc conegut. La seva prevalença i increment justifiquen accions a escala mundial per evitar el desenvolupament de malalties que s'associen a l'obesitat i que comporten una important morbimortalitat i un escurçament de la vida.*
- *Tanmateix, la lluita contra l'obesitat no pot justificar mai: a) la inducció d'un trastorn de la conducta alimentària, o b) deixar entreveure que tot grau de primor és bo, i, **sobretot, aconseguit a qualsevol preu.***
- *Si no es precisa adequadament, la insistència en les conseqüències morboses de l'obesitat pot, tot i que sigui d'una manera involuntària, sumar-se a la pressió mediàtica actual per l'extrema primor i afavorir la idea errònia que com més prim s'està millor.*

Per combatre l'obesitat darrerament l'Administració de l'Estat dins de les estratègies incloses al pla NAOS, s'intenta arribar a acords amb la indústria de l'alimentació o bé amb les grans cadenes de menjar ràpida. Tanmateix, una notícia tal vegada anecdòtica, o potser no, ens pot servir d'exemple de reflexió. A Gran Bretanya, principis de 2007, es feia pública una sentència judicial no exempta de polèmica i com hem dit incitadora de reflexió. Dos germans amos d'un gos molt gras varen ser condemnats a pagar una multa i a un període de supervisió de tres anys, ja que foren trobats culpables de l'obesitat del seu gos. La denuncia la formulà un veí a una oenagé defensora dels drets dels animals, que portà els dos germans als tribunals. Pel que sembla la notícia va generar una mica d'alarma entre propietaris d'animals amb una mica de sobrepès, i un dels germans va plantejar una pregunta clau, "Què passarà a continuació? Et portaran a judici si el teu fill està massa gras?" (Arce, 2007).

4.9 TRASTORNS SUBCLÍNICS

Un síndrome parcial hauria de ser considerat si alguns d'aquests símptomes està present: episodis recurrents d'afartament, ús periòdic de mètodes purgants, sentiment de pèrdua de control mentre es menja o s'afarta o persistents problemes d'imatge corporal (Killen i altres, 1994 a Thompson i Smolak, 2001, 7).

La complexitat de l'entramat que envolta els TCA, ens fa que sigui fàcilment comprensible que els criteris diagnòstics només expliquin part de la història, atès que molta gent no compleix tots els criteris específics i també pateixen molt per causa del seu "mig trastorn".

De fet és comprensible que els trastorns subclínic estiguin molt estesos. En arribar als tretze anys i abans, moltes nenes ja han adoptat l'ideal d'estar prima, no perquè siguin tontes, ans al contrari, han entès el missatge que els llença la nostra cultura "es convenient tenir una silueta prima". Moltes són prou intel·ligents com per aprimar-se i mantenir-se primes evitant cridar l'atenció i d'aquesta manera eviten que el seu entorn socio-afectiu intervingui en pro d'assistència professional. No obstant això, la seva vida gira entorn l'obsessió amb el pes, la silueta i el menjar, de tal forma que la seva qualitat de vida se'n ressent en gran mesura (Kolodny, 2000, 51).

Encara que no aconsegueixen estrictament els criteris dels DSM, persones amb síndrome parcial poden patir significants perjudicis socials i laborals, i es poden beneficiar d'una intervenció preventiva. Shisslak i altres (1995 a Thompson i Smolak, 2001, 7) van trobar una prevalència de síndrome parcial entre noies adolescents d'entre 1,78 a 13,3%.

En definitiva, s'ha d'intervenir no tan sols per procurar prevenir els TCA que es poden delimitar clarament, sinó que la nostra actuació s'ha de centrar en intentar evitar totes les conductes que duen a terme els infants i adults evidentment, a casa nostra, que no serveixen per res de bo i l'únic que fa és augmentar la probabilitat de patir algun seriós TCA. Saltar-se àpats, esmorzars, dietes, ús abusiu de productes vitamínics, exercici físic per tal d'aprimar-se...,

totes aquestes conductes estan a l'ordre del dia als Centres d'Educació Infantil i Primària (CEIP) en una part significativa de l'alumnat normal, entès aquest com el que no presenta cap TCA, i per no dir-ho, és clarament present en les nenes i nens el trastorn dels quals es pot encabir clarament en alguna de les definicions proposades al DSM-IV.

4.10 UN INCÍS PEL QUE FA ALS CRITERIS DIAGNÒSTICS

Ja hem comentat les diferències existents en l'especificitat dels TCA segons les dues grans classificacions mundials. Els criteris diagnòstic d'anorèxia del DSM-IV i la CIE-10 difereixen en alguns aspectes. Per una banda, a la CIE-10 es requereix que la pèrdua de pes resulti autoinduïda mitjançant l'evitació "d'àpats greixosos", i que en el mascle comporti una pèrdua de l'interès i de la potència sexual (com a equivalència a l'amenorrea femenina). En segon lloc, la CIE-10 exclou el diagnòstic d'AN si s'han produït afartaments de forma regular (DSM-IV, 1995, 558).

Com és natural, els criteris diagnòstics anteriorment esmentats són sempre susceptibles a modificacions en funció dels nous acords en el si de la comunitat científica. Altrament, hi són presents les pugnes per delimitar territori professional i/o per assegurar-se una mena d'exclusivitat pel que fa als trastorns. Fins i tot, existeix controvèrsia al voltant de l'anàlisi històric dels TCA, ja que hi ha autors que prescindeixen dels criteris psicològics, entenent així, que l'anorèxia es pot definir i entendre només en termes estrictament biològics (Habermas, 2005, 172-173).

Les persones anorèxiques són dones malaltes per a la psiquiatria, ni santes, ni bruixes, ni enredaires; són malaltes a partir del moment en què l'anorèxia nerviosa es constitueix en una entitat clínica. Ara bé, malaltes per quines causes? Una anorèxia no ha pogut ser qualificada com una síndrome mèdica orgànica perquè encara no se n'ha descobert cap patofisiologia. La professió mèdica se sentiria més còmoda si hagués trobat un tractament físic per solucionar aquest problema, com va fer sobretot entre els anys trenta i cinquanta mitjançant els tractaments hormonals, quan va creure que l'anorèxia era una patogenia endocrina -panhipopituftarisme-. Tot i això, la majoria de facultatius ha hagut de tornar a la concepció clàssica psicològica de l'anorèxia nerviosa, recurrent al ja habitual aïllament del pacient i a nous mètodes de tractament, com l'electronarcosi, la farmacoteràpia o les variants psicoteràpiques. No obstant això, en les últimes revisions mèdiques s'assenyala insistentment l'existència de factors genètics causals que cobreixen

funcions de predisposició: la prevalença familiar del trastorn i els estudis de concordança de bessons han sustentat aquesta recerca. En cas que fossin certs, les hipòtesis biomèdiques es tornarien a reforçar. (...) En el procés de control social mèdic, les normes es construeixen per definir què és saludable, què és correcte i què és normal, i, en conseqüència, què és desviat. Les conductes classificades com a desviades que tenen conseqüències clíniques han de ser controlades mèdicament, independentment del seu origen social o psicològic. En el seu intent per legitimar l'acció –és a dir, el diagnòstic, el tractament–, i sens dubte per protegir els seus interessos, aquest model tendeix a "individualitzar" els pacients i els seus problemes, i busca la culpabilització, ja sigui en el mateix individu o en el seu entorn més immediat. Si traiem el cap a les consultes, veurem com es crea la distància social entre la "desviada" i l'avaluador/terapeuta. Normalment, els professionals de la salut tenen definicions rígides de les malalties mentals (Grada, 2003, 16).

En la línia del que afirma Grada, es va encetar un estudi que pretén aprofundir en els gens que causen l'anorèxia nerviosa, el reclutament de famílies que hagin tingut més de dos persones afectades d'anorèxia es fa mitjançant un número de telèfon i el portal www.angenetics.org⁸¹, a tal efecte esperaven aconseguir una mostra de 400 unitats familiars.

Resulta clar doncs, com escriu Herzlich (1984 a Fishler, 1995, 318), que la medicina procedeix d'allò que és social i produeix el que és social. D'igual manera, com succeeix amb altres problemes de salut mental, el model mèdic defineix els patrons de conducta anorèxiques, provocant que alhora serveixin com a model d'aprenentatge, és a dir, com a model per a l'adquisició del trastorn (Grada, 2003,17).

També hi ha qui considera com Keel i Klump (2003), que l'anorèxia és un trastorn universal, en canvi, la bulímia és un fenomen nou i un trastorn ètnic.

Fins i tot, atesa la poca atenció que ha rebut per part de la comunitat científica, es comencen a realitzar recerques sobre l'estabilitat dels criteris diagnòstics d'anorèxia, bulímia i trastorns alimentaris no especificats, ja que amb el pas del

⁸¹ Darrera visita abril de 2006.

temps, és palesa oscil·lació entre ells per part de les persones afectades (Milos i altres, 2005, 573).

Milos i altres (2005, 574-576) varen dur a terme un estudi sobre els criteris diagnòstics en el qual van participar 277 dones amb TCA⁸², que van ser seguides als 12 i 30 mesos amb posterioritat a l'avaluació inicial. La conclusió remetia a una significativa variació en el diagnòstic del TCA en qüestió, la variació diagnòstica va produir-se en gairebé la meitat de les dones, essent les bulímiques les més evidents i les anorèxiques les més estables.

Per contribuir a fer-nos una idea de com pot ser de complicat establir criteris dianòstics estables i universals pels TCA, fixem-nos en el cas de l'anorèxia nerviosa. Tant en el DSM-IV com en el CIE-10 s'incorpora en el seu perfil diagnòstic la "fòbia a estar grassa". No obstant, investigadors del món no occidental com Hsu i Lee (1993 a Russell, 2003, 17) qüestionen la validesa d'aquest punt perquè no té en compte totes les especificitats de cada cultura, com per exemple el fet que a un indret determinat no es valori socialment el estar prima. Rusell (2003, 16-17) també ho exemplifica en el paral·lelisme que veu entre la història de Caterina de Siena i el cas d'una jove a l'Índia actual, en les quals cap de les dues experimentava por a estar grassa.

Els criteris diagnòstics per anorèxia nerviosa continuen essent objecte de debat, ja que els criteris diagòstics que ofereixen el DSM-IV i el CIE- 10 han conduït a que molts pacients s'incloguin dins els anomenats com TCA no especificats. A més, els criteris diagnòstics encara es veuen més difícils d'aplicar en el cas dels infants com és el cas del pes en relació a la mitjana (Bryant-Waugh, 2006, 76).

Tanmateix, a vegades les recerques pretenen clarificar matisos conceptuals. Adkins i Keel (2005) han analitzat si l'adjectiu que millor descriu la forma de realitzar l'exercici com a un símptoma de la bulímia nerviosa és "compulsiu" o "excessiu". En el seu estudi (*ibid*, 28) trobaren que era més adient emprar el mot compulsiu. Al mateix temps, l'exercici físic compulsiu era predictor de

⁸² Els criteris diagnòstics emprats foren els recollits per l'Associació Americana de Psiquiatria (APA) en el seu DSM-IV.

desordres alimentaris en practicants amb alta motivació on l'aparença física és important, no així la pràctica excessiva d'exercici físic.

Per una altra banda, encara falta delimitar un model i criteris conceptuals dels TCA en homes. Sovint s'ha emprat el que s'utilitza per les dones, amb molta més trajectòria investigadora tot i que les semblances són més que les diferències. No obstant això, presenten diferències com per exemple les que van mostrar un estudi a Massachusetts amb joves, en el qual es constatà que un 36,4% estaven intentant guanyar pes, en canvi un 21,5 estaven intentant perdre'l. En comparació amb les noies hi havia un gran contrast, ja que aquestes volien perdre pes en una proporció de 10 a 1. Així mateix, les noies utilitzaven l'exercici per aprimar-se, en canvi els nois per guanyar pes (Rosen, 2003, 677-678).

La validesa de les formes parcials de TCA és objecte de diferents polèmiques. Com podria ser la freqüència dels afartament perquè sigui possible un diagnòstic de bulímia o l'obligatorietat que es doni amenorrea pel diagnòstic d'anorèxia nerviosa. La problemàtica rau en si es consideren TCA de ple dret els trastorns que no són clínicament tan severos. Actualment, un nombrós conjunt d'estudis recolzen la idea del *continuum* dels TCA, és a dir, tendeixen a demostrar la similitud entre síndromes complets i parcials de TCA (Rojo i Livianos, 2003, 35).

Un estudi de Le Grange i altres (2006, 466) va trobar que tret de l'etnicitat, l'ús de medicaments, la història d'anorèxia nerviosa i les preocupacions pel menjar, la bulímia nerviosa i els trastorns no especificats del tipus de bulímia nerviosa eren molt similars en la resta d'aspectes. Per la qual cosa, conclouen que el coneixement que es té sobre la relació entre els dos trastorns és molt limitat.

Resumint, queda clar que la salut mental i les malalties mentals no són entitats dicotòmiques que s'exclouin, més aviat són models dinàmics de canvi que es donen en tots els individus al llarg del seu període vital. És a dir, la salut mental s'entén millor si es considera com a part d'un procés amb canvis que van des de bons o acceptables a dolents o inacceptables. Per tant, com altres entitats diagnòstiques, els TCA han de ser vistos com una caiguda al llarg d'aquest ventall (Zerbe, 1993, 8). Mostrar-se preocupats sobre el pes o fer dieta són

conductes considerades normals i/o ben vistes a la nostra societat, que quan es tornen en obsessions, que fan girar la vida de la persona al seu voltant, llavors és quan el veritable perill dels TCA apareix amb tota la seva fulgurant crueltat.

I si parlem de criteris diagnòstics no podem deixar de fer esment a la necessària adaptació pel que fa als TCA que es considera necessària ateses les diferències psicocognitives entre infants, adolescents i adults. Es necessita investigar per aconseguir una subclassificació d'aquests trastorns quan s'inicien a la infància o l'adolescència (WCEDCA, 2007, 120). L'ús d'eines apropiades per aquesta franja d'edat millorarà el seu reconeixement i tractament abans que s'esdevinguin crònics, i per tant de gran dificultat en el seu tractament. A més, sense uns criteris diagnòstics adients es possible que infants amb un menjar significativament anormal i altres comportaments inadequats relacionats amb el pes continuïn sense ser tractats, reconeguts, ni estudiats (*ibid.*, 122).

4.11 ALGUNES CONSEQÜÈNCIES FISÍQUES, PSÍQUIQUES I SOCIALS DELS ACTUALS TCA

Malgrat que els TCA van arribar a ser considerats com a problemes relativament senzills sobre el menjar, els professionals de salut mental ja admeten que aquests trastorns són sovint tan sols la punta de l'iceberg d'altres problemes psicològics (Zerbe, 1993, 27).

Com és fàcilment comprensible, les conseqüències tant a nivell físic, psíquic com social dels TCA són molt nombroses i variades. Parlem de trastorns que no tan sols afecten a la salut mental com a efecte o causa –no està prou ben delimitat–, les persones acostumen a tenir tot tipus de patologies associades, per exemple, al seu baix pes. Així mateix, les conductes estranyes relacionades amb el menjar que duen a terme, generen incomprensió en el seu cercle d'amistats i família, la qual cosa pot conduir a les pacients a un progressiu aïllament social.

Evidentment, quan més es practiquen les que podem anomenar estratègies inadequades d'evacuació, més fàcils es tornen. Un exemple el trobem en l'auto inducció del vòmit, la repetició d'aquesta pràctica pot provocar que puguin arribar a provocar-se el vòmit sense cap ajuda externa. En casos extrems el vòmit pot fer que l'estómac pateixi una esquinçada i esclati (Kolodny, 2000, 87).

En ocasions, com la situació de la persona malalta és tan greu i ella és incapaç de posar-hi remei, els familiars recorren a la Justícia perquè en decreti l'ingrés forçós de la malalta a un centre per tal que es pugui recuperar. Normalment això succeeix quan la persona no és conscient de la gravetat de la seva situació, el seu estat físic és paupèrrim o hi ha un risc elevat que pugui perdre la vida.

Moltes pacients que tenen un cronificació de l'anorèxia nerviosa, una dècada o més, són incapaces de mantenir un pes saludable i pateixen de depressió crònica, obsessions i aïllament social (APA, 1995, 479).

Així no ens ha d'estranyar que sovint es parli de les persones malaltes de TCA, com les malaltes invisibles, ja que habitualment no tenen cap presència social que no sigui aparèixer als *media* en els casos més grotescos o extrems.

Alguns problemes secundaris de l'anorèxia⁸³ són els següents:

- Cervell i sistema nerviós: dificultats per pensar, por de guanyar pes, tristesa, estat d'ànim inestable, irritabilitat, mala memòria, desmais, canvis a la química del cervell.
- Cabell: prim i es torna trencadís.
- Cor: baixa pressió sanguínia, baix ritme del cor, palpitations, errada cardíaca.
- Sang: anèmia i altres problemes de la sang.
- Músculs i articulacions: debilitat muscular, inflamació d'articulacions, fractures, osteoporosis.
- Ronyons: pedres al ronyó, problemes de funcionament del ronyó.
- Fluids corporals: baix nivell en potassi, magnesi i sodi.
- Intestins: estrenyiment, inflació.
- Hormones: aturada de la menstruació, pèrdua d'os, problemes de creixement, dificultats per quedar embarassada. Si s'està embarassada, increment del risc d'abortament, nounat amb baix pes, depressió post part.
- Pell: es masega fàcilment, pell seca, creixement de pell fi per tot el cos, agafa fred amb facilitat, pell groga, ungles trencadisses.

Encara que hi ha persones amb anorèxia nerviosa que les analítiques no donen resultats fora del que es consideraria normal, la semi inanició característica de l'anorèxia nerviosa, pot perjudicar a la majoria d'òrgans i produir una gran nombre d'alteracions. Al mateix temps, la provocació del vòmit, la ingesta excessiva de laxants i diürètics i l'ús d'ènemes poden provocar trastorns que condueixen a resultats de laboratori anòmals (DSM-IV, 1995, 555). La

⁸³ <http://www.4woman.gov/faq/easyread/anorexia-etr.htm#4> (darrera visita 15-07-09).

mortalitat a llarg termini de pacients d'anorèxia nerviosa hospitalitzades en centres universitaris és d'un 10%. Habitualment la mort es produeix per inanició, suïcidi o desequilibri electrolític (*ibid.*, 557).

Pel que fa a la bulímia⁸⁴:

- Cervell: depressió, por a guanyar pes, ansietat, vertigen, baixa autoestima, vergonya.
- Cara: inflamació.
- Boca: cavitats, erosió esmalt dental, infecció a les genives, sensibilitat de les dents a menjars freds o calents.
- Gola i esòfag: inflamació, irritació, es pot esquinçar i patir un trencament, sang al vòmit.
- Músculs: fatiga.
- Estómac: úlceres, patir trencament, endarreriment de l'evacuació, dolor.
- Pell: sequedat, nusos rascats.
- Sang: anèmia.
- Cor: bateig irregular, debilitat del múscul del cor, fallades cardíaques, baix pols i baixa pressió sanguínia.
- Fluids corporals: deshidratació, baix nivell de potassi, magnesi i sodi.
- Intestins: restrenyiment, diarrea, moviments intestinals irregulars, inflamació, rampes abdominals.
- Hormonal: període irregular o absència.

Un dels altres efectes secundaris relacionats amb els TCA és l'alexitimia, un constructe multidimensional caracteritzat per un dèficit en l'experiència i en l'expressió de sentiments (Montebarocci i altres, 2006, 14). L'alexitimia s'ha associat a diferents trastorns psiquiàtrics entre els quals s'inclouen els TCA. Per exemple, en un estudi (*ibid.*, 19) es va copsar que pacients amb anorèxia i

⁸⁴ <http://www.4woman.gov/faq/easyread/bulnervosa-etr.htm#4> (15-07-09).

bulímia tenien cotes molt més altes -50 i 56%- en relació al grup de control -22%-.

El suïcidi també és una de les altres conseqüències sovint associades a partir d'algun TCA, sobretot ha anat relacionat amb la bulímia nerviosa.

Alguns estudis atribueixen a l'anorèxia nerviosa el més alt grau de mortalitat que tots els altres trastorns psiquiàtrics junts en dones joves, altres discrepen d'aquesta dada. Un Estudi de Birmingham i altres (2005, 144) corroborava l'afirmació que l'anorèxia s'associa a un increment en la taxa de mortalitat, essent el suïcidi la primera causa de mort.

Els laxants també es poden convertir en un hàbit i potencialment en una addicció atès que es necessita prendre'n cada vegada més per aconseguir l'efecte inicial. No tan sols la població amb un TCA els utilitza, els empren també adolescents sense cap altre símptoma de trastorn per baixar pes. Malgrat l'ús que se'ls hi pretén donar, els laxants produeixen diarrea aquosa i el pes que es perd és en realitat aigua, ja que actuen a la part més baixa dels intestins quan les calories ja han estat assimilades pel nostre cos (Kolodny, 2000, 87). Tanmateix, l'abús de diürètics pot provocar que el cos s'infla força, d'aquesta forma es perpetua la necessitat de treure's menjar de sobre en veure's grassa, quan en realitat tan sols s'està inflada (*ibid*, 88).

Ansel Keys (a Zerbe, 1993, 252) va demostrar que els individus que pateixen una pèrdua de massa i pes corporal es veuen sotmesos a canvis significants psíquics, conductuals i emocionals. D'aquí que el treball de Keys hagi estat recentment redescobert, perquè molts canvis vistos en els subjectes voluntaris són els mateixos que es troben entre pacients anorèxiques. Els subjectes sans que Keys estudià mentre els restringia l'aliment arribaren a perdre fins el 25% del seu original pes corporal.

Com afirma Zerbe, els estudis de Keys han adquirit plena vigència, i no és per menys atesos els seus resultats. A continuació tenim un llistat dels efectes del desdèjuni del seu estudi de Minnesota (Keys i altres, 1950 a Perpiñá, 2000, 170-171).

Actituds davant el menjar:

Preocupació pel menjar

Col·leccionar receptes, llibres de cuina i menús

Hàbits alimentaris estranys

Augment del consum de cafè, té i espècies

Mastegar xiclet

Afartaments

Canvis emocionals i socials:

Depressió

Ansietat

Irritabilitat, enuig

Labilitat emocional

Episodis “psicòtics”

Canvis de personalitat

Retraïment social

Baixada de l'autoestima

Canvis cognitius

Disminueix la concentració

Problemes en el judici, en l'apreciació

Apatia

Canvis físics

Trastorns de la son

Debilitat

Hipersensibilitat al soroll i a la llum

Edema⁸⁵ amb la consegüent inflor

Hipotèrmia

⁸⁵ Acumulació excessiva de líquid en l'espai intersticial.

Parèsia⁸⁶

Decreix la taxa cardíaca

Decreix l'interès sexual

Enlentiment metabòlic

Hipotensió

Trastorns gastrointestinals

Sequedat de la pell (deshidratació)

Pèrdua de cabell

Lanugen⁸⁷

En essència, a les persones amb anorèxia o bulímia una part del seu jo lluita contra una altra, com si dins del seu cos una relació feridora es desenvolupés entre la seva *psyche* i el *soma*. Com si cada part estigués intentant perseguir a l'altra part. Com afirmava una pacient, “odio la forma que té el meu cos i com sent. No veig cap camí més enllà de la trampa en la qual el meu cos em posa cada dia. L'única cosa que faig que el fa sentir bé, és no menjar” (Zerbe, 1993, 22).

⁸⁶ Paràlisi lleugera o incompleta.

⁸⁷ Augment del pèl moixí.

4.12 MOVIMENT PRO ANORÈXIA I PRO BULÍMIA

Anomenem moviment pro anorèxia i pro bulímia, al moviment que té lloc a determinades pàgines web d'internet que defensen i/o promouen els TCA com a estil de vida –pro ana i mia en el seu argot–. Exclourem per tant, el portals que promouen i/o col·laboren de forma indirecta en la propagació d'aquests trastorns. Els llocs web pro ana i mia defensen clarament els TCA com a *modus vivendi*.

Els fanatisme que guia els comportaments de moltes persones afectades d'algun TCA, especialment anorèxia i bulímia, es trobava amb l'entrebanc que els ocasionava el fet de ser un col·lectiu sense vincles, aïllat. La seva especificitat feia difícil que es poguessin posar en contacte persones que compartien aquests "ideals". Darrerament la situació ha canviat gràcies a internet. La xarxa ha proporcionat llocs d'encontre per qui defensa que ana i mia és un estil de vida.

«bueno, mira, las anas somos las chicas anorexicas que tenemos problemas y bueno, se implementó hace un tiempo esto de los foros para que charlemos sobre este tema y otros temas que nos interesan o consejos que podemos darnos entre nosotras. las mias son chicas bulimicas que, formamos entre las anas y las mias, un conjunto de chicas q se ayudan para salir adelante. pero no t confundas, salir adelante no significa "curarse", por lo menos para mi, significa estar bien, y a veces, en algunos casos estar bien para una ana o una mia, como piensan nuestros padres no es estar gordita, es estar bien con una misma, y si eso implica pesar 40 kilogramos, no importa lo que pase»⁸⁸.

Aquestes pàgines representen l'extrem més aberrant dels TCA, l'orgull de ser anorèxica o bulímica. I recullen les seves obsessions, és a dir, bona part de les seves influències més fortes que, per tant, haurem de tenir en la seva justa consideració en la nostra recerca atès que són els factors que més arrelen. Les pàgines són molt semblants entre elles, o sigui que comparteixen la majoria de seccions, com per exemple:

⁸⁸ <http://foros.hispavista.cl/mostrar/?t=708455/1&pp=10> (15-7-09). Aquest foro conté missatges des de 2005 fins a juliol de 2009.

- Ana com a religió: enumeració dels principis del que consideren estil de vida.
- Trucs i trampes de tota mena per enganyar a la família, no decaure en l'intent d'aprimar-se, etc.
- Inspiració: habitualment fotos de models a les quals admiren.
- Com vomitar de forma eficient i sense que t'agafin.
- Què fer en comptes de menjar, perquè se't passi la gana.
- Gent famosa que és o ha estat malalta d'anorèxia o bulímia.
- Raons per no menjar.
- Calculador de IMC (índex de massa corporal).
- Vincles a altres pàgines.
- Calories d'aliments.
- Dietes.
- Fòrums, etc.

Durant força anys aquestes pàgines dels moviments pro anorèxia i pro bulímia han sobreviscut sense gaires impediments, tret dels intrínsecs a les persones que les mantenen⁸⁹. Recentment estan essent atacades des d'organismes públics o fundacions, no obstant això, encara sempre hi apareixen de noves, tot i que la veritat, és que se'ls comença a posar les coses més complicades⁹⁰.

«Escrito por **Einyel**

A todas las @n@s y W-@s que se encuentren en este foro, tenemos que unirnos, crear nuestra fuerza de nuevo, pese a que nos la intenten tirar otra vez, nuestro apoyo mutuo es muy importantes para todas las chicas sin el

⁸⁹ A vegades els portals susprenien temporalment la seva activitat perquè la persona que els mantenia era ingressada a un centre pel seu TCA. Ja que, moltes són forçades a ingressar quan els seus pes descendeix a uns límits que posen, encara més, en perill la vida de la pacient. Arriben així a una de les més grans humiliacions per a moltes, com és rebre alimentació forçosa.

⁹⁰ No obstant això, segons un estudi de l'empresa Optenet dedicada a la seguretat informàtica, entre el 2006 i el 2007 el nombre de pàgines pro ana i mia havia augmentat un 470%. Informe consultable a <http://www.optenet.com/mailling/pdfs/EstudioTendenciasInternet.pdf> (darrera visita 5-05-09).

estamos totalmente solas y no kiero perder a ninguna mas, he visto caer amigas en la desesperacion atrapadas por el selfinjury que ahora descansan en sus cajas de madera de pino con tan solo trece años. La gente que nos aprata y nos kita los foros no sabe que nos condena a muerte 😡, nos kitan el poco aire que nosotras mismas nos susurramos a escondidas, ponerlos en pie la batalla no debe terminar 😡somos lo que pensamos que no nos quiten eso tambien, aunemonos y volvamos a gritar PRO @n@ y W-@. 🌍»⁹¹.

L'espectacularitat del fenomen del que anomenem moviment pro anorèxia i bulímia plasmat a la gran teranyina virtual ha suscitat una gran controvèrsia i gatzara. Això s'ha traduït en un interès per part de personal investigador en aquests llocs web. Per exemple la Universitat de Harvard⁹² ha col·locat una pàgina web als cercadors perquè aparegui quan una persona cerca pàgines pro ana i mia. El seu objectiu és estudiar a les persones que les visiten, a les quals els conviden a omplir un qüestionari.

Un altre estudi de Bardone-Cone i Cass (2006) ha examinat les conseqüències cognitives i emotives que s'experimenten després de l'exposició a pàgines pro ana i mia. En l'estudi pilot que es veurà continuat en un de més gran dimensió, comparaven els efectes després de visionar una pàgina pro anorèxia prototípica dissenyada per l'equip de recerca, una altra sobre moda femenina o una "innocent" pàgina web sobre decoració de la llar. En els resultats es copsà que tant respecte els efectes cognitius com emotius les pàgines pro ana i mia tenia efectes negatius, àdhuc si es compara amb els d'una pàgina web focalitzada en la figura femenina, com per exemple la disminució de l'autoestima, també en l'autoeficàcia corporal, és a dir, se sentien menys capaces en les seves habilitats per intentar aconseguir el pes/figura desitjada, al mateix temps se sentien menys atractives (*ibid.*, 259-260).

La novetat del fenomen així com la velocitat amb la qual s'ha estès gràcies a la gran xarxa d'internet ha provocat que encara sigui un fenomen poc estudiat. De fet, Norris i altres (2006) consideren que el seu és el primer estudi publicat sobre el contingut d'aquestes pàgines. En el seu anàlisi (*ibid.*, 445) el 25% dels

⁹¹ <http://foros.hispavista.cl/mostrar/?t=708455/1&pp=10> (3-7-06).

⁹² Cerques realitzades al juliol de 2006.

webs havien estat actualitzats feia menys d'un mes, el 67% estaven gestionats per una noia o dona que explicava fets vitals seus, essent el tant per cent restant desconegut, la meitat de les pàgines estaven allotjades a servidors gratuïts, un 92% tenia contingut "thinspiration" i un 67% ofería consells i trucs. En l'esmentat estudi (*ibid*, 446) també van extreure els temes primordials que aborden les pàgines pro anas i mias.

- Control: l'èxit en el control del pes contribueix a l'èxit del control de la vida i el cos.
- Èxit: associat a la pèrdua de pes. Només qui és forta pot perdre pes de forma exitosa i no tornar-lo a recuperar.
- Perfecció: les "normes" socials i culturals equiparen la perfecció amb el fet d'estar prima.
- Aïllament: les persones amb TCA estan molt soles. Seguir el moviment pro ana i mia condueix a l'aïllament social.
- Sacrifici: els webs encoratgen a sacrificar-ho tot amistats, escola, família i relacions si és necessari per triomfar amb el TCA.
- Transformació: els TCA poden transformar una persona "lletja i grassa" per arribar a ser "prima i maca".
- Arreglar-se-les una mateixa: els TCA són un mitjà de fer front amb complicades situacions vitals (abús, problemes de parella, mort) i sentiments conflictius (tristesa, soledat). Els webs ofereixen una forma d'arreglar-se-les o gestionar els TCA en oposició al seu tractament.
- Engany: les persones han d'enganyar a la resta de gent que els envolta per tal de protegir el seu TCA. Necessiten amagar les seves pèrdues de pes o les seves anormals conductes alimentaries per evitar que les descobreixin.
- Solidaritat: aquestes pàgines web permeten a les persones amb TCA sobreviure en un món que veu la comunitat de malaltes de TCA com quelcom tràgic, perillós i lamentable. Els llocs webs proporcionen l'espai perquè les malaltes se sentin fortes dins la seva comunitat d'anas i mias, al mateix temps que s'ofereixen suport mutu.

- Revolució: individus amb anorèxia nerviosa poden canalitzar les seves forces cap a d'altres àrees de la vida que necessiten reformes.

Ningú no discuteix en públic la necessitat de tancar aquests portals que fomenten els TCA com a estil de vida. Ara bé, el seu tancament no està exempt d'una certa polèmica, si més no per l'entorn assidu a les mateixes. De fet, un dels seus principals directoris a internet defensa l'existència d'aquests webs perquè assegura la seva creadora, que són molt més útils per les persones malaltes que les pàgines web que pretenen ajudar-les.

Per una altra banda, l'autolesió o automutilació també té el seu lloc en el complex món dels TCA. No obstant, podríem considerar un moviment o conducta autònoma que si bé comparteix camps semàntics amb els TCA, té autonomia pròpia. A vegades les pàgines pro ana i mia contenen una secció dedicada a l'automutilació, però es poden trobar pàgines dedicades per complet a aquest fenomen.

Autoprovocar-se dany també pot ser complicat d'entendre. Zerbe (1993, 168) ens dóna unes pistes: la sensació somàtica de menjar, sentint els recargolaments de la gana, experimentant el dolor muscular del sobreexercici, o resistint la punxada de la delicada automutilació poden tot plegat ajudar al jo a sentir-se viu dins del cos i també per regular estats emocionals. A més, aquestes sensacions conserven la necessitat individual d'autodefinició.

I don't care if it hurts

I want to have control

I want a perfect body

I want a perfect soul⁹³

⁹³ Poema extret d'una pàgina pro anorèxia i pro bulímia (actualment tancada).

CAPÍTOL V

CAUSES DELS TRASTORNS DEL COMPORTAMENT ALIMENTARI (TCA)

Escribióme el duque mi señor el otro día, dándome aviso que habían entrado en esta ínsula ciertas espías para matarme, y hasta agora yo no he descubierto otra cosa que un cierto doctor que está en este lugar asalariado para matar a cuantos gobernadores aquí vinieren: llámase el doctor Pedro Recio y es natural de Tirteafuera, ¡porque vea vuesa merced qué nombre para no temer que he de morir a sus manos! Este tal doctor dice él mismo de sí mismo que él no cura las enfermedades cuando las hay, sino que las previene, para que no vengan; y las medecinas que usa son dieta y más dieta, hasta poner la persona en los huesos mondos, como si no fuese mayor mal la flaqueza que la calentura. Finalmente, él me va matando de hambre y yo me voy muriendo de despecho, pues cuando pensé venir a este gobierno a comer caliente y a beber frío, y a recrear el cuerpo entre sábanas de holanda, sobre colchones de pluma, he venido a hacer penitencia, como si fuera ermitaño, y como no la hago de mi voluntad, pienso que al cabo me ha de llevar el diablo.

“Don Quijote de la Mancha”

Miguel de Cervantes

CAPÍTOL V: CAUSES DELS TRASTORNS DEL COMPORTAMENT

ALIMENTARI (TCA)

5.1 ETIOLOGIA DELS TCA

Els TCA formen part d'un ampli ventall de comportaments alimentaris desordenats. Aquest espectre compren diferents combinacions i gradacions d'elements, la major incidència dels quals pot conduir a un TCA o a un trastorn subclínic. Tant uns com altres, amb el conseqüent diferent esglaonament segons el que es pateixi, contribueixen a fer que la vida sigui pel cap baix insípida perquè l'autoacceptació del propi cos i de les nostres possibilitats individuals és un element clau i indispensable per aconseguir, o poder intentar-ho si més no, uns mínims de felicitat. Així doncs, els TCA en sentit ampli perpetuen una existència insatisfactòria amb el propi cos. Aquestes conductes que podem anomenar com a favoridores de la insatisfacció, poden incloure diferents vessants com una imatge corporal negativa, afartaments, formes de control del pes no saludables com les dietes restrictives, vòmit autoinduït després de menjar, l'abús de laxants, diurètics, les píndores dietètiques o l'exercici. Si per una banda, menjar en excés contribueix a l'obesitat, a l'altra extrem de l'espectre trobem els prototípics síndromes d'anorèxia o bulímia nerviosa (Levine, Piran i Irving, 2003, 422).

Fins a finals de la dècada dels 70, els TCA no emergiren com a problema seriós de salut pública i social, d'aquí que potser per a molt personal investigador en el camp dels trastorns alimentaris no sigui tan sorprenent que tan sols 30 anys després encara sembli que restem tant lluny d'entendre la seva etiologia. La bibliografia sobre les investigacions etiològiques en el camp dels desordres alimentaris recull per a en Polivy i Herman (2002, 190), un equilibri molest entre estudis que exploren el paper dels factors causals particulars i les teories que intenten combinar els factors amb una totalitat completa. Pel que fa als principals obstacles que dificulten aquests intents, Polivy i Herman consideren que són principalment dos. En primer lloc, la impossibilitat virtual de dur a terme autèntica recerca experimental en la qual

els factors causals putatius siguin manipulats. I en segon lloc, la dificultat de combinar tots aquests factors en un model que sigui manejable.

Molts estudis, llibres, capítols, etc., han intentat especificar exactament què causa els TCA. L'enfocament consensuat per integrar els diferents factors que contribueixen als TCA és el model "biopsicosocial". Aquest model té l'avantatge de prendre en consideració tot tipus de factors, ja siguin de la cultura en general com factors biològics específics. Malgrat tot, el model pateix de manca d'especificitat, cada versió difereix de la següent (*ibid.*, 191).

Si bé és cert que els diferents models teòrics que s'han proposat per identificar l'etiologia dels TCA difereixen entre ells, sobretot pel que fa a la major o menor importància de determinats àmbits o factors de risc, el que no es discuteix és la seva naturalesa plurideterminada. El risc neix de la combinació de factors específics de risc, és a dir, propis de la malaltia en si mateixa; i factors generals de risc, que es comparteixen amb altres trastorns. Al mateix temps, està consensuat que l'exposició al risc succeeix en diferents ambients, ja sigui la família, l'escola o el grup d'iguals; que la força o poder dels factors de risc deriva en part del moment evolutiu en que es trobin els individus; i que el risc és acumulatiu, és a dir, com més factors de risc s'experimentin més grans seran les probabilitats de desenvolupar un trastorn alimentari (Striegel-Moore i Steiner-Adair, 2000, 25).

De totes maneres, hom pensa que mai s'arribarà a poder aplicar amb exactitud un model que serveixi per explicar exactament per què s'originen aquests trastorns. Ja que com afirmen Polivy i Herman (2002, 205), la interacció dels factors etiològics en un síndrome complex, en la qual la conducta juga un paper tant transcendental com en el cas dels TCA, és difícil, sinó impossible de capturar, atès que hi ha tantes influències diferents dins els mateixos agents causants que la combinació particular que es dona a qualsevol individu és gairebé única, i per tant, impracticable per efectuar generalitzacions a d'altres.

Malgrat la incertesa que envolta el camp en el qual ens movem, molts són ja els coneixements que se'n tenen, tant de factors de risc específics per als TCA com d'inespecífics. No obstant això, les recerques segurament ens aportaran noves dades que es poden anar aplicant en funció de la seva rellevància a les

actuacions preventives. Una de les que darrerament està prenent més protagonisme, com s'esdevé amb altres aspectes de la nostra salut, és el factor gènere. Les diferències biològiques i de valors morals existents s'estan incorporant cada vegada més a les recerques i criteris diagnòstics com a element d'anàlisi –en aquest cas habitualment s'havia centrat en el sexe femení per ser les principals afectades dels TCA– així com l'especificitat que han de tenir els TCA quan es parla d'infants. Un exemple el trobem en un estudi de Halliwell i Harvey (2006, 244), que corroborà que el model sociocultural era vàlid per explicar els TCA pera als nois adolescents.

5.2 AGENTS CAUSANTS

Ja hem vist la dificultat que es té per definir un model explicatiu vàlid per als TCA en el seu conjunt, tanmateix, també hem comprovat quines són les dos principals vies, un model plurideterminat o en una versió del mateix, una mena de recorregut acumulatiu de factors de risc. Seguint les premisses dels trastorns multicausats, Adelantado i altres (2001) recullen el model multicausant que ens ajuda a comprendre com s'originen els TCA, per tant, quins factors podem abordar de cara a assolir els nostres esforços preventius. El model combina tant factors de risc específics dels desordres alimentaris, com altres d'inespecífics que comparteixen amb altres problemàtiques sociosanitàries.

5.2.1 PREDISPOSANTS

És poc probable que existeixi una relació directa entre factors biològics i alguna problemàtica d'imatge corporal. Malgrat això, com que el pes corporal i la figura tenen un alt component genètic, així com que un pes corporal pesat i les figures amples són en l'actualitat considerades socialment com indesitjables⁹⁴, l'índex de massa corporal (IMC) pot actuar com a mecanisme indirecte que contribueixi a tenir una imatge corporal negativa (Smolak i Levine, 2001, 45).

De totes formes, com afirma Toro (1996, 287) per molta predisposició genètica que es tingui, els gens no obliguen a ningú a fer dieta, un dels agents causants més omnipresents. Tanmateix, els agents de caire biològic s'escapen a la possible intervenció preventiva, tant per la seva idiosincràsia, com sobretot a dia d'avui, per la seva potser encara més difícil delimitació. Per això, cal que ens centrem en els agents causants que són més directament "educables", és a dir, els factors que tenen un substrat sociocultural més palpable, i que ens

⁹⁴ Mazel al seu "The Beverly Hills Diet (1981 a Odgen, 2005, 121) assenyala que si alguna persona li digués "t'estàs quedant massa prima", hauria de respondre-li "gràcies". S'associa estar prim a felicitat, salut, alegria, joventut, energia. La indústria estén la creença que estar prim està associat amb nombrosos atributs positius (Odgen, 2005, 121).

seran de major ajuda de cara a crear orientacions preventives pels mitjans de comunicació.

5.2.1.1 PERSONALS

5.2.1.1.1 Baixa autoestima

En el nostre context sociocultural en què la imatge té una importància tan gran, és raonable considerar la contribució potencial de les característiques de personalitat, com la tendència a la depressió, la impulsivitat o l'evitació del mal, als problemes d'imatge corporal (Smolak i Levine, 2001, 46). Dins d'elles, o més ben dit, com a component social bastit a partir de les característiques de personalitat, ens trobem amb un factor de risc inespecífic que pot actuar com a potent factor predisposant: la baixa autoestima.

L'autoestima⁹⁵ és igual als èxits dividit per les pretensions (Burns a García Monge, 1997, 83). Robson (1988, a Raich, 2002, 106) defineix l'autoestima⁹⁶ com el sentiment d'acontentament i autoacceptació que procedeix d'una valoració d'algú sobre la seva pròpia vàlua, significació, atractiu, competència i habilitat per satisfer les seves satisfaccions.

Centrant-nos en el nostre àmbit, el pes i les seves connotacions socials contribueixen a fer créixer o decreixer l'autoestima dels individus. A hores d'ara, comentar a una persona que s'ha aprimat generalment és vist com un afalac, com una lloança. En conseqüència, el mateix acostuma a succeir a l'inrevés, l'augment de pes o el sobrepès –ja no parlem d'obesitat– condueix a

⁹⁵ Desestima és l'absència d'amor cap a un mateix per la vivència d'errors comesos en la nostra existència, y la desestima pròpia que genera el sentiments o els sentiments, de culpabilitat encara que ho neguem, reprimim o oblidem (García Monge, 1997, 87).

⁹⁶ L'autoconcepte és allò que observem de nosaltres mateixos en múltiples aspectes: el jo com a estudiant, com a treballador, com a fill, com a dona..., l'autoestima és la valoració que en fem (Raich, 2002, 106). Encara que l'ésser humà és una unitat radical i l'autoconcepte en sentit estricte és global, la imatge que es forja és a través de la seva actuació en diversos contextos com l'àmbit social, professional, familiar o l'ètico-moral (Perea, 2004, 12).

interpretacions negatives o fins i tot pejoratives que ràpidament s'instal·len a la "cosmovisió" de la nostra quitxalla. Així ens ho mostren comentaris del següent tipus, emesos a un menjador escolar:

P-5, nen: *no vull menjar perquè no vull que em diguin gordo com al meu germà.*

P-5, nena: *no em posis més que la mama diu que m'estic engreixant una mica.*

Mare d'una nena de P-3: *només poseu-li el primer plat si té més gana, si vol que es mengi el segon plat, però només menja primer.*

La comparació social, tot i que existeixen diferències entre gèneres, especialment entre iguals, està associada amb alts nivells d'insatisfacció corporal (Stormer i Thompson, 1996 a Halliwell i Harvey, 2006, 236). És per això, que no és estrany que l'autoestima més baixa estigui associada amb la gent de més pes (Miller i Downey, 1999 a Thompson i Smolak, 2001, 10). A més, els efectes també poden tenir repercussions a mig i llarg termini, com en el cas de les criatures que han experimentat factors psicossocials estresants a la infància i l'adolescència, i que poden ser predictors d'augment de pes (Mellbin i Vaille, 1989 a Thompson i Smolak, 2001, 10). El menjar en excés o inadequat pot acabar sent "un remei" als malestars emocionals que s'han patit i no s'han pogut superar de forma saludable.

La correlació entre l'IMC i autoestima corporal probablement està creada per la variable cultural que és l'actitud social envers la gent grassa, sobretot si ens atenim que la gent grassa no és necessàriament més propensa a patir cap psicopatologia o problema de salut mental (Yuker i Allison, 1994 a Smolak i Levine, 2001, 46). A més, la relació entre IMC i estima corporal varia segons sigui el gènere i probablement l'ètnia. Com hem pogut copsar en els comentaris anteriors, àdhuc a la infància, les actituds socials poden mediar en aquesta relació (*id.*).

Per altra banda, la diferent pressió social envers el cos masculí i femení, provoca que la baixa autoestima es correlacioni amb actituds negatives amb el propi cos, però que sigui molt més comuna entre les dones que en els homes

(Shisslak, 2000, 86)⁹⁷. La baixa autoestima és més probable que afecti a les nenes, ja que la seva autoimatge està més orientada envers els aspectes relacionals que cap als valors absoluts, per tant, si socialment es valora la imatge femenina molt més, i si les noies pensen més en “el que diran les altres persones”, “en el seus sentiments” és més factible que la baixa autoestima les condueixi més cap a un TCA

En sentit contrari, el jovent que ha comptat amb la seguretat, el recolzament i les oportunitats per desenvolupar el seu potencial, és més probable que posseeixi l'autoestima, els coneixements i les competències que es necessiten per dur a terme un estil de vida saludable, que no caigui en els excessos que amenacin la salut de forma habitual (Hernán, Ramos i Fernández, 2001, 492).

És clar, doncs, que l'autoestima és important per un desenvolupament saludable, i que pot haver costos significatius quan els infants no desenvolupen un fort sentiment d'auto-vàlua. Això inclou un risc més gran per problemes de salut mental, que poden necessitar d'utilitzar de serveis cars com proves psicològiques, teràpia i assessorament o tractament residencial. Igualment, les conseqüències de tenir una pobre autoestima poden repercutir en el rendiment escolar, el crim juvenil, l'abús de substàncies i problemes de salut com els TCA.

En resum, la manca d'autoestima positiva desenvolupada de ben aviat, pot contribuir a incrementar els nivells de demanda d'un ampli ventall de serveis assistencials tant de caire educacional, social com d'assistència de salut, així com que retrigui l'habilitat dels joves per desenvolupar-se en les habilitats necessàries per ser membres productius de la societat. Per tant, cultivar un fort sentit d'autoestima a infants pot facilitar un desenvolupament saludable i una reducció significativa de problemes de salut mental, i per tant repercuteix econòmicament en la societat, en necessitar de menys costos per “recuperar-se” (Dubois, 2003, 938).

⁹⁷ Com anem comprovant, entre d'altres amb les dades epidemiològiques, el factor gènere apareix de forma recurrent en bona part dels agents causants.

5.2.1.1.2 Alta autoexigència

El perfeccionisme és una característica de la personalitat que tendeix a fer excessiu èmfasi en la precisió i l'organització. També li és propi l'esforç per mantenir metes personals irrealistes, l'autoavaluació crítica⁹⁸ si no s'arriba a aquestes, o bé l'excessiva preocupació pels errors i els dubtes sobre la qualitat de les fites assolides. A un estudi de Castro-Fornieles i altres (2007, 566) comprovaren que el perfeccionisme té més relació amb els TCA que amb altres trastorns psiquiàtrics com la depressió o l'ansietat; corroborant una recerca de Fairburn i cols. (a Mardomingo, 2007, 112), comprovaren que el perfeccionisme com a tret de personalitat i una imatge corporal malmesa eren factors de risc significativament més freqüents pels TCA que per altres trastorns psiquiàtrics.

Més concretament, el perfeccionisme, atesa la seva tendència a establir nivells irreals en la realització de les coses, és característic dels individus amb anorèxia nerviosa. L'ansietat, la inhibició i l'autocontrol són propis de l'anorèxia nerviosa, mentre que la dificultat de control i organització, la impulsivitat, l'activitat i la labilitat afectiva ho són de la bulímia (*id.*)⁹⁹. Les expectatives personals de fer les coses de manera excel·lent, combinades amb un ambient de molta pressió, també poden constituir un factor de risc. A un estudi trobaren que el 15% dels estudiants de medicina, un grup probablement perfeccionista, patien d'un trastorn alimentari. A un altre, l'anorèxia nerviosa era el doble de freqüent entre les ballarines sotmeses a molta pressió que entre les que realitzaven les seves tasques en un clima més distès (Shisslak, 2000, 86).

Per Raich (2002, 103) el perfeccionisme és un tret definitori. La noia perfeccionista pot tenir unes aspiracions i expectatives massa elevades, i malgrat pugui aconseguir algunes de les seves metes mai n'està prou satisfeta,

⁹⁸ Fairburn i altres (1997 a Mussell i Binford, 2000, 769) consideren que l'autoavaluació negativa està probablement relacionada amb el perfeccionisme, ja que a aquest, un bon nombre d'estudis l'ha identificat com un tret psicològic que posa a l'individu en risc per caure en un TCA.

⁹⁹ La impulsivitat característica de la bulímia nerviosa pot ser compartida amb alguns trastorns de personalitat, i pot reflectir una fisiopatologia comuna en els sistemes de neurotransmissió. De forma oposada, la fixació per la primor i el rebuig a l'alimentació típics de les anorèxiques poden constituir una senyal de compulsivitat, compartit amb altres trastorns de la personalitat enquadrats al pol oposat de l'espectre dels sistemes de neurotransmissió (Díaz i Carrasco, 2007, 93).

sempre podria ser millor, treure millors notes, ser la més maca o prima, etc. El problema ve donat sobretot per la manca d'acceptació del fracàs, els costa admetre el fracàs. El seus objectius vitals són totalment desmesurats, ja que a més, és més dura amb sí mateixa a l'hora de valorar les coses, que amb l'altra gent (*ibid.*, 104). Així que, com afirmen Toro i Artigas (2000, 56), el problema del perfeccionisme de la pacient anorèxica és que l'acceptació i aprovacions socials es confonen amb el triomf social.

Com que nombrosos infants tenen aspiracions molt elevades, gairebé impossibles d'arribar, cada vegada més nens i nenes, malgrat els molts èxits assolits, tenen una experiència recurrent d'emocions negatives, com la culpa, frustració i sensació de fracàs, que interfereixen significativament en les seves activitats quotidianes. Així doncs, el perfeccionisme és una disfunció cognitiva que té un profund impacte sobre la salut psicològica dels individus, ja que les seves creences són absolutistes, rígides i irracionals (Oros, 2005, 294).

De totes maneres, la relació conceptual entre els TCA i els trastorns de personalitat és complexa, ja que una alteració de la personalitat segons les circumstàncies pot ser un factor predisposant, una complicació, una influència patoplàstica¹⁰⁰ o una entitat independent del trastorn (Díaz i Carrasco, 2007, 94).

Oros (2005, 301) ens ofereix alguns exemples de pensaments irracionals i les seves alternatives saludables:

Irracional	Alternativa
No haig de cometre errors	Preferiria no equivocar-me
Sóc un fracàs total	Com li passa a tots els infants, a vegades jo també m'equivoco
No puc suportar-ho	Puc acceptar el que no m'agrada
Necessito ser el millor	M'agradaria destacar en això
Això no m'hauria d'haver passat	És lleig el que em va passar, però és part

¹⁰⁰ Modificació d'un quadre clínic natural pel tractament.

	de la vida
--	------------

Darrerament l'àrea de la personalitat i els seus trastorns han esdevingut un àmbit d'investigació important pel que fa als TCA per tres motius principals. En primer lloc, per conèixer la implicació de la personalitat i els seus trastorns en la etiopatogenia dels trastorns alimentaris. En segon, per esbrinar la seva repercussió sobre la resposta al tractament i sobre el pronòstic. I en tercer, per permetre la detecció d'adolescents en risc de desenvolupar aquests trastorns (Díaz i Carrasco, 2007, 93).

5.2.1.1.3 Por a créixer

Algunes criatures experimenten al llarg de la seva maduració un període regressiu en el qual gaudeixen tornant a un moment evolutiu anterior. De sobte parlen com bebès o empren de nou el xumet i desitgen tornar al biberó encara que ja hagin superat la cullera. És com si volguessin quedar-se encallats en una fase anterior i profundament infantil per gaudir de tots els seus privilegis (Lirio, 2004).

Sovint els infants que pel motiu que sigui se senten insegurs amb el seu canvi evolutiu i el consegüent canvi de rols familiars i socials que això comporta adopten una postura d'evitació del conflicte, refugiant-se en la seguretat que li proporcionava l'etapa anterior de la seva infantesa. En conseqüència, el seu ritme de maduració i creixement personal decreix o s'estanca. Situació que el fa més vulnerable a determinats trastorns com els TCA.

La por a créixer pot veure's agreujada per la sobreprotecció paterna, perquè la inseguretat que fomenta crea una angoixa i incertesa quan es travessen etapes de canvi o estrès. Per tant, els esdeveniments vitals importants en la vida de la criatura poden ser un moment fonamental en aquesta por a la maduració.

5.2.1.1.4 Dietes

El menjar és una declaració d'estatus social i una mostra de poder social. De forma paral·lela, el rebuig al menjar també pot servir per intentar recuperar el control sobre el món social. Així ho mostren els presos polítics, que en diferents moments al llarg de la història, quan necessiten fer una protesta social, una de les que podem anomenar formes clàssiques de queixa amb majúscules, es produeix a través de la vaga de fam (Odgen, 2005, 77). D'aquí que alguns autors i autores hagin interpretat els TCA com una forma de protesta contra els valors regnants a la societat. No podem emperò, compartir aquesta opinió, atès que els TCA ens semblen més una manca de resistència davant les adversitats, una mena de via d'escapament per intentar afrontar els problemes, una reacció inadequada envers la vida, d'un transcórrer vital que precisament està arrelat en la cultura estètica de l'anomenat primer món.

Les persones que segueixen dietes poden menjar en excés com una manera de transferir la responsabilitat del seu estat d'ànim negatiu, dels aspectes incontrolables de la seva vida, a la seva conducta de menjar. Aquesta teoria de la modificació de l'estat d'ànim, s'ha vist recolzada per recerques que indiquen que les persones a dieta quan passen per moments d'ansietat, mengen més que les no ho estan amb independència del gust del menjar. Per tant, l'excés d'aliment és funcional per les persones que estan a dieta quan emmascaren la disfòria (*ibid.*, 133).

La importància del seguiment de dietes és molt gran de cara a ser més vulnerable a patir un possible TCA. No en va, les trobem com a importants agents predisposants i desencadenants. La transcendència de la dieta beu de la lògica de la suposada relació directa que les persones poden observar entre la ingesta alimentària i la figura corporal. D'igual forma, la dieta és vista com el remei fàcil i assequible per perdre pes, a banda de la "lògica" esmentada, així és com és presentada per nombrosos mitjans de comunicació¹⁰¹. Com afirmen

¹⁰¹ El foment de seguiment de dietes, es realitza per mitjà de gran varietat de mitjans de comunicació, és a dir, no es circumscriu a les que podem anomenar revistes diana, dedicades a dietes i imatge femenina. De forma més o menys directa, amb reportatges o anuncis la majoria de mitjans estenen la idea que les dietes són una forma raonable de perdre pes amb motius estètics. De totes maneres, darrerament es comença a notar en els mitjans una major presència d'advertències sobre els perills de seguir dietes de forma indiscriminada.

Toro i Artigas (2000, 69) la dieta restrictiva acostuma a iniciar-se amb “normalitat”, com tanta gent fa, però poc a poc les coses es van complicant quan el desdèjuni s'intensifica i la restricció es generalitza, podent-se iniciar un intens procés de malnutrició.

Al capítol III, ja hem esmentat a través del recurrent estudi de Keys els efectes de la manca d'ingesta alimentària. Aquesta recerca presenta una gran significació pel nostre temps, no en va, a Estats Units s'ha arribat a calcular que un 40% de les nenes caucàsiques manifestaven haver practicat alguna restricció alimentària en forma de règim, encara que les estimacions valoraven que la xifra real es podia moure al voltant del 53%. Les edats més estudiades sovint són les que es troben entre 9 i 11 anys, essent més escasses les dades sobre els més petits i petites. Tanmateix, un estudi sobre nenes de 7 anys el 1992, trobà que un 27,5% de la mostra havia fet alguna dieta. Al mateix temps, els infants també declaraven recórrer als exercicis físics per controlar el seu pes i figura, a més d'emprar tècniques més dràstiques com provocar-se el vòmit (Smolak, Levine i Shermer, 2000, 183-186).

Cinc estudis de rellevància analitzats per Butryn i Wadden (2005, 289) apunten que el seguiment d'una dieta per tractar un problema de sobrepès a la infància o a l'adolescència, si es realitza sota control professional comporta uns mínims riscos que aquest infant o adolescent precipiti un TCA. De totes maneres, això pressuposa que el seguiment es refereix a una dieta assenyada, i que el professional mèdic té la formació pertinent que li proporciona els coneixements i aptituds necessaris per tractar amb temes que poden arribar a ser tant espinosos. Com expliquem una mica més endavant, massa sovint s'expliquen casos de professionals de la medicina que no són conscients de la repercussió que pot tenir posar l'èmfasi de forma exagerada en el pes dels nanos, amb la conseqüent prescripció de la dieta de rigor, a banda de “l'alegria” amb la qual es prescriuen dietes a la població en general. De fet, segons l'experiència de Zerbe (1993, 107), ja fa temps que és alarmant comprovar com infants de tan sols set o vuit anys estan tan preocupats per estar prims i per les dietes com els adolescents. Els seus pares i mares coincideixen en això, d'aquí que posin la salut dels seus nens i nenes en risc amb dietes prematures quan el menjar és necessari pel seu creixement. Al mateix temps, aquests progenitors també

poden posar en risc la salut psicològica dels infants, quan fan l'èmfasi en el estar prim, estan creant l'escenari cap a una etapa de TCA.

Hi ha experts en alimentació infantil que consideren que els infants poden escollir una dieta sana sempre i quan tinguin aliments sans per escollir. Per exemple, González (1999, 76) considera que en definitiva: *la responsabilitat dels pares es limita a oferir una varietat d'aliments sans. La responsabilitat d'escollir entre aquesta varietat i decidir la quantitat que ingereix de cada un no correspon als pares, sinó al fill.*

No podem compartir del tot aquesta opinió, ja que no emfasitza prou la responsabilitat d'educar dels progenitors, és a dir, d'ajudar a prendre les decisions encertades i progressar. Igualment, sembla que no s'atorgui prou importància a la persuasió que exerceixen els mitjans de comunicació amb tot el seu entramat publicitari, així com la valoració social a nivell infantil que poden adquirir certes dinàmiques encoratjades ja sigui pel professorat, famílies o entorn sociocultural. En consonància, un estudi de Ballester i Guirado (2003, 558) dut a terme entre joves d'entre 11 i 14 anys copsà que un 39,7% d'adolescents a aquesta edat evitava menjar aliments que engreixessin, el 67,8% controlava el seu pes, el 4,2 % prenia laxants, el 7,3 % alguna vegada havia intentat vomitar després d'haver menjat molt, i un 17,3 % havia arribat a plorar per causa de la seva figura.

Tot plegat, de fet ens transporta a una paradoxa alimentària, perquè als Estats del primer món malgrat que un 20% de la població sigui obesa, una bona part de les dones es sotmet a dietes. Això significa que la major part de la gent que "s'acosta" a la indústria del règim no és obesa i molta no té ni tal sols excés de pes, per tant, el desig d'aprimar-se no respon en absolut a una demanda sanitària, sinó que els motius són estètics, necessitat que la indústria de l'aprimament es desviu en mantenir viva (Odgen, 2005, 120).

Com sempre el factor gènere en els assumptes referents als TCA és més que rellevant. Socialment la forma de menjar atribuïda al sexe femení és substancialment diferent a la del masculí. A un estudi les dones que menjaven menys eren considerades com significativament més femenines, menys masculines i més atractives que les dones que menjaven molt. Contràriament,

la quantitat que ingerien els homes no tenia cap relació amb el seu atractiu. Una altra investigació suggeria que les dones contemporànies restringeixen la seva alimentació per tal d'oferir una impressió favorable en els homes (Zerbe, 1993, 122).

Una altra ideologia que segueix la seva pròpia línia argumental en el món de les dietes, és el vegetarianisme. Fiddes (a Odgen, 2005, 78) sosté que el fet de menjar carn simbolitza la civilització dels ésser humans, ja que les persones ens civilitzem quan ens separem del món natural i assolim el poder sobre aquest mateix món. Aquesta idea es veuria "ratificada" per part del que podem anomenar moviment "vegetarianista" que rebutja menjar carn "perquè nosaltres no som superiors als animals", efectuant una personificació moral dels animals. Part d'aquesta gent també té una concepció purificadora del menjar, i atorga una mena de propietat embrutadora a la carn o a d'altres aliments permesos com el formatge en determinats moments del dia.

Tanmateix, l'entramat empresarial que es nodreix del negoci de la bellesa, en oferir-nos per totes bandes models de bellesa inassolibles que "garanteixen la felicitat" a la vida, encara que part del negoci s'hagi derivat cap a les intervencions quirúrgiques, encara continua oferint tot tipus de dietes que canviaran de cap a peus el cos de la persona que estigui disposada a esforçar-se per aconseguir "l'èxit". No podem negar que malgrat les temptacions de la cirurgia, la dieta continua sent el remei "més lògic" i assequible, tant per preu com per "fàcil" de dur a la pràctica. A més, si la indústria es dirigís a qui realment necessita fer règim per raons de salut el seu públic potencial seria molt reduït, per això, va estendre la necessitat de fer dieta per tota la població, amb la idea de que "mai s'està prou prima" per motivar a seguir algún tipus de règim a les persones que mai s'havien sentit grasses, és a dir, règims per a tothom amb independència de les seves necessitats de salut o del seu volum real (Odgen, 2005, 14).

La indústria sobre la dieta crea la necessitat de fer dieta gràcies a la presència que tenen als mitjans de comunicació, perpetuant la idea de què l'estat prim és el més desitjable i saludable. No obstant això, com assenyala Odgen (*ibid.*, 125) quan s'aixecaren veus en contra "del règim per a tothom" el discurs

mediàtic es va reformular àgilment. Llavors van aparèixer en escena tot un seguit d'eufemismes amb els quals es pretenien associar altres valors al fet de seguir alguna dieta com “menjar de forma saludable”, “estil de vida sa”, “una bona dieta”, publicant-se llibres que es presentaven com alternatives a les dietes, seguien manifestant la seva intenció de que la gent perdés pes. Resulta clar doncs, que la indústria del règim continua exercint un paper fonamental en la promoció de la insatisfacció corporal, per oferir a continuació, el règim com a la solució. De tot plegat, resulta fàcil que es desprengui que els interessos econòmics d'un sector empresarial els interessa que la gent no estigui satisfeta amb si mateixa, propiciant així tota mena de disruptcions psicològiques o trastorns més severes com els TCA.

5.2.1.2 MODEL FAMILIAR

Els aspectes de l'ambient que modelen amb més força una persona en el curs del seu desenvolupament psicològic, són aquells que tenen significat per la persona en una situació determinada (Bronfenbrenner, 1987, 41). I quins més significatius que el que es viu a la família a la infància, la família és l'agent socialitzador més potent, per tant, si existeix psicopatologia en els progenitors també pot jugar el seu paper en sentit contrari.

L'agregació familiar dels TCA sembla indubtable, i sens dubte respon tant a factors d'índole genètica com a característiques del medi familiar i social. S'hereta la vulnerabilitat per patir els TCA i la característica temperamental del perfeccionisme, i s'aprenen les formes de menjar, la relació amb el menjar, les estratègies de control personal i les pautes d'interacció social, i tot això succeeix durant els primers anys de la vida en el medi familiar (Mardomingo, 2007, 113).

En general, el pare i la mare estan satisfets amb l'aparença dels seus nanos a l'escola elemental. No obstant això, la satisfacció disminueix quan els nois i noies es van fent grans (Striegel-Moore i Kearney-Cooke, 1994 a Smolak i Levine, 2001, 48). A mesura que van creixent, el pes corporal també és objecte de comentaris per part dels progenitors (Smolak i Levine, 2001, 48), amb l'afegitó que els comentaris directes, el modelatge parental i la preocupació pel

pes pot contribuir a problemes d'estima corporal en els nois i noies. Els pares i mares poden remarcar a l'aparença dels seus propis cossos o poden comprometre's en dietes de restricció calòrica o fer pràctica esportiva amb la finalitat d'aprimar-se.

Tanmateix, encara que els progenitors no encoratgin de forma clara a controlar-se el pes a les seves filles prepúbères més que als fills, les filles poden veure's més afectades pel comportament relacionat amb el pes dels progenitors que els fills (*ibid.*, 49). En ocasions, els pares i mares consideren que han de fer dieta i inicien una mena de joc perillós amb el qual suposem que per motivar-se, obliguen a tota la família a posar-se a dieta. Així que no dubtaran en posar a dieta al seu fill o filla, a qui poden prohibir tota mena d'aliments, alguns dels quals de dubtosa capacitat d'engreix com el caldo de la verdura, però bé, com hem comentat abans les casuístiques poden ser infinites.

Com que la major part de gent sovint reacciona de forma negativa envers la gent grassa, aquestes reaccions poden incrementar l'ansietat pel fet tenir sobrepès (Perry, Baranowski i Parcel, 1990, 175). Les criatures de progenitors que tenen sobrepès o que estan massa preocupades sobre qüestions de pes i figura corporal poden exposar-se a un risc incrementat de contraure algun desordre alimentari (Mussell i Binford, 2000, 770). Així doncs, també trobem per exemple nanos corpulents de set anys, que immersos en una complicada situació familiar com la d'una mare que puja sola dos criatures i a la qual li han quedat greus seqüeles en forma de depressió després de la seva separació matrimonial, que condicioni de tal forma la vida del seu infant que l'estigui "conduint" cap a un TCA per una autopista de dos carrils. En un, la depressió de la mare i l'estat de *shock* motiven que no surtin pràcticament de casa. De fet, el nen no volia ni anar a excursions que sortissin fora del poble on residien, amb la conseqüent disminució de la mobilitat pròpia d'un infant d'aquesta edat. En l'altre, el desconeixement i manca d'equilibri psicològic de la mare, a banda d'altres influències és clar, provoca que la mare atesa la corpulència del seu nano, i una mala influència de la pediatria que sense cap mirament li diu que li sobren nou quilos al nen, davant d'ell a més, provoquen que la mare "el posi a dieta", essent una de les accions comeses el no posar esmorzar als nano per l'hora del pati. En aquest cas, la criatura per pal·liar el seu dèficit alimentari es

dedicava a picar de la resta d'esmorzars de la classe. Quan la tutora aconsellà a la mare de canviar la seva actitud, la mare li exposà les afirmacions de la pediatra i només canvià d'actitud durant pocs dies, la situació es tornà a repetir al poc temps.

Canviant un xic de tema, un altre aspecte important dins el model familiar com és la relació que a la família s'estableix amb el menjar. Cutting i altres (1999 a Fisher i Birch, 2001, 33) han mostrat que les mares influencien el comportament alimentari a les seves filles de preescolar, pot a més transmetre informació sobre com es regula la ingesta energètica. Aquest estudi mostra com de molt aviat ja s'efectua el modelatge de forma implícita en els comportaments adults.

Polaritzant situacions, podem afirmar que no és el mateix que a una llar es respiri una passió pel menjar i que la seva alimentació sigui variada, que evidentment, es mengi gairebé "perquè toca", no gaire variat perquè moltes coses no agraden i no gaire "no sigui cas que ens engreixem". Una o altre ambient repercutirà en la qualitat gustativa dels mateixos components de la casa, i possiblement en el seu gust per la varietat. La influència es pot iniciar ja de molt aviat, abans que la gent sigui gaire conscient, ens referim a quan l'infant resta encara a la panxa de la seva mare. El líquid amniòtic envolta el fetus per mantenir la temperatura fetal, la seva característica fa que serveixi de frontera i de vehicle del moviment fetal. Amb l'inici dels mecanismes d'empassar i tast entre la 12 i 14 setmana de gestació, el líquid amniòtic a més, arriba a ser una rica font d'exposició sensorial per al fetus (Liley, 1972 a Fisher i Birch, 2001, 24). Amb l'afegit d'una varietat de substrats metabòlics i per productes com la glucosa, l'àcid làctic, proteïnes i urea, el líquid amniòtic sembla ser sensible a les propietats sensorials de l'alimentació materna (Fisher i Birch, 2001, 24).

Un cop nascuts, l'elecció a l'hora d'alimentar-los en els seus primers mesos de vida, també pot col·laborar en una o altre direcció, sense cap determinisme, això sí. La llet de pit de la mare porta gustos de la dieta materna que apareixen en el líquid amniòtic. Això indica que la més primerenca dieta infantil –llet materna– no proveeix d'una fixa ni unidimensional experiència dietètica. Per

una altra banda, les experiències de gust que proporciona la llet de fórmula són més constants i menys variables (*ibid.*, 25).

Com una conseqüència natural, les mares que escullen alimentar els infants amb biberó han d'assumir un paper més actiu respecte a quan s'inicia la presa i quan finalitza, així com la quantitat ingerida en cada àpat. Aquestes diferències en l'aproximació de la mare entre donar el pit o alimentar amb biberó poden transmetre una informació força diferent a l'infant sobre la sacietat, és a dir, les condicions sota les quals l'àpat es dona per conclòs. Pels infants alimentats amb pit, el final de l'àpat es pot alinear estretament amb les senyals de l'infant que assenyalen plenitud. En canvi, quan és l'alimentació amb fórmula les senyals de l'infant sobre sacietat poden esdevenir secundàries, ja que el control a l'hora de donar de menjar l'exerceix la mare (*ibid.*, 26) o el pare.

Es desconeix si les diferències en el control matern que tendeix a protegir amb el règim alimentari tenen conseqüències en l'habilitat per regular la ingesta. Emperò, el potencial per posteriors problemes de balanç energètic pot venir introduït quan les senyals dels infants respecte la sacietat són menys influents, és a dir si el que determina el final de l'àpat és la decisió materna sobre "quan ja n'hi ha prou" (Wright, Fawcett i Crow, 1980 a Fisher i Birch, 2001, 26).

Un cop abordada la més difícil generalització fase de l'alimentació amb llet materna o de biberó, les criatures comencen a fer les primeres incursions en el terreny dels aliments sòlids, s'inicia un període, els dels primers anys de vida de l'infant, on trets de personalitat a banda, el model alimentari que es respiri a la família, com l'estat psicoemocional de la mare i el pare, o les preconcepcions alimentàries dels progenitors comencen a exercir una més directa o clara influència educativa. De totes maneres, és una etapa que pot ser plena de dificultats i angoixes amb l'alimentació infantil. Evidentment també el desconeixement al voltant del tema és important. La repetida exposició a sabors que proporciona la llet materna pot jugar un paper positiu important en l'acceptació de menjar durant la transició cap al menjar sòlids modificant la resposta dels infants a l'aliment novedós. Aquest fet és molt important, perquè les criatures a les quals els resulta més fàcil efectuar la transició alimentària generen menys estrès en les mares, evitant així la frustració maternal

corresponent en veure les dificultats que el seu fill o filla pot causar-li en un assumpte tant important com és l'alimentació (Fisher i Birch, 2001, 27-28). Així doncs, l'alimentació amb llet materna sembla ser que pot facilitar l'alimentació infantil, la qual cosa no vol dir que, temperaments a banda, una alimentació assenyada amb biberó sigui un opció errònia o moralment reprotxable¹⁰².

Els problemes amb el menjar no són únics, però una de les problemàtiques que suscita més patiment és la inapetència. Els pares i mares quan els seus infants no mengen, més les mares, se senten fracassades i frustrades, se senten culpables que no mengi, és normal que això passi ja que com afirma Lirio (2004), *els pares ens sentim responsables fins i tot de tenir un fill amb Síndrome de Down quan certament no juguem cap paper. De totes maneres, el major capital és el nostre desig d'aconseguir l'èxit encara que comporti alguns fracassos sonats*. La inapetència és angoixant perquè genera en la mare un sentiment de culpa, en el fet que ella no ha sabut preparar de forma adequada el menjar, que no ha educat bé al seu infant (González, 1999, 22-23). Ja que de fet, algunes mares senten el problema que no mengi la seva criatura com una cosa hostil cap a elles "el meu fill no em menja fruita", donant-li a la situació un fals sentit emocional, en comptes de plantejar-ho en termes senzills "gana/ no tinc gana", no en "m'estimes/ no m'estimes" (*ibid.*, 24).

No obstant això, González (*ibid.*, 29) considera que el nen o la nena són els que més pateixen realment, que no tenen res a veure amb la imatge de petits tirans que alguns intenten justificar. *¿Per què un tirà? El nen és sempre qui més pateix en aquest conflicte. Que algun nen, en comptes de verdura i la carn, acaba aconseguint un iogurt de maduixa? Els nens tenen milers de mètodes molt més còmodes i agradables per aconseguir un iogurt de maduixa; ¿creu realment que barallar-se durant més d'una hora amb la seva pròpia mare, escopir, plorar, cridar i vomitar és només una "comèdia" per aconseguir un iogurt de maduixa?*

¹⁰² Per motius personals algunes mares escullen donar biberó en comptes de llet materna als infants fet que pot ser molt incompès pel seu entorn sociofamiliar que la pot arribar a pressionar perquè no ho consideren moralment correcte. En cas contrari, algunes mares malgrat els problemes que els genera s'entesten en donar pit en comptes de biberó perquè volen ser bones mares; algunes d'elles ho passen molt malament però insisteixen en la seva tentativa amb la conseqüent angoixa que es crea al voltant del fet alimentari de la seva criatura.

L'ingeni de las mares a l'hora de fer menjar als seus fills no coneix límits (els pares acostumen a participar menys en aquest tema, probablement més per indiferència que per reflexió). Es comença fent l'avió amb la cullera. Després ve distreure (moltes mares utilitzen sense pudor la paraula "enganyar") al nen amb cançons, danses, ninos i la inevitable tele. Aviat segueixen els precés ("no li facis això a la mama!"), les promeses ("si t'ho menges tot et compro un dinosauri"), les amenaces ("fins que no t'ho acabis no vas a jugar"), les súpliques ("aquesta per la mama, aquesta pel papa, aquesta per la iaia"), les vides exemplars ("mira Popeye, com es menja els espinacs!"). S'explica que uns pares que, en observar que el seu fill es duia a la boca el que es trobava pel terra, van tenir una idea genial: cada dia rentaven bé el terra i després escampaven trossets de truita de patates. Alguns mètodes mouen al riure, però altres mouen més al plor, sobre tot al nen (id., 77).

Sembla del tot necessari que s'incrementi el coneixement de les famílies sobre l'alimentació infantil, per evitar conductes inadequades, angoixes i patiments. A vegades una senzilla dada, pot alleugerir la consciència dels progenitors i estalviar molts maldecaps. Un exemple el trobem en que cap als dos o tres mesos els bebés han adquirit tanta pràctica mamant que poden fer-ho en tan sols, 5 o 7 minuts, àdhuc en tres alguns, la qual cosa pot dur a pensar a famílies no avisades que no ha menjat el suficient (*ibid.*, 116).

Llavors què és el que no s'ha de fer a l'hora de menjar? González (*ibid.*, 105) propugna que no s'obligui a menjar, *per cap mètode, amb cap estratagema, ni per les bones, ni per les dolentes. Ja sé que vostè no lliga a la seva filla a la cadira ni li dona fuetejades. En dir, "no la obligui" volem dir que no li faci "l'avió" amb la cullera, que no la distraigui amb cançons o amb la tele, que no li prometi coses si s'ho acaba tot, ni l'amenaci amb càstigs; que no li pregui ni supliqui; que no apel·li al seu amor filial o la intercessió de la iaia; que no la compari amb els seus germans ni parli de nenes "bones" i "dolentes"; que no condicioni els postres haver-se acabat els altres plats...* tanmateix, també ens alerta de no caure en determinats errors quan es tenen dificultats perquè mengin els infants, es pot donar de menjar entre hores però aliment "sa", no canviar els aliments que havia rebutjat per llaminadures. D'igual mode, avisa sobre no sotmetre's a la tirania de l'infant, o sigui, de no convertir-se en una esclava de la cuina

perquè la criatura tingui capricis en forma de matissos a l'hora de menjar, com que després d'haver preparat macarrons, tornar a passar una estona a la cuina perquè prefereix espaguetis (*ibid.*, 109). D'igual forma (*ibid.*, 110), entén que és raonable demanar als infants que es mengin tot el que han demanat, però no el que altres han demanat per ells.

Un factor de risc generalment acceptat en el desenvolupament dels TCA és la dissolució de l'hora de dinar familiar, així com de les experiències de dinar grupal. A més, avui dia és possible per la gent jove menjar les 24 hores del dia, ja sigui de cadenes de menjar ràpid, màquines o de mini botigues a estacions de servei. En temps en què el menjar era escàs, la gent no tenia cap altra opció que la de seure tothom plegat i compartir el menjar; en conseqüència, el fet de dinar junts proporcionava vincles interpersonals, així com una font de suport pels bons i mals moments. En canvi, els actuals models d'àpats irregular, com el no parar de menjar en tot el dia, la manca de socialització a l'hora dels menjars i la resultant necessitat d'omplir la gana psicològica individual amb menjar, llaura el terreny cap els TCA (Zerbe, 1993, 104-105).

Hem parlat de comportament alimentari en el si de la llar, però la família també pot exercir altres influències tant de caire directe com d'indirecte en un terreny més psicològic i "educatiu". Els fets del seu context que afecten a una persona en el seu desenvolupament, amb una més gran immediatesa i potència, són les activitats en les quals els altres participen amb aquesta persona o que es duen a terme en la seva presència. Per tant, la intervenció activa o el mer fet d'observar les activitats el que fan els altres, acostuma a inspirar a la persona a realitzar activitats similars pel seu compte. Ara bé, el fet que els progenitors puguin complir amb eficàcia el seu rol d'educadors dins de la família, depèn de la demanda de rols, l'estrès i els recolzaments que provinguin d'altres entorns (Bronfenbrenner, 1987, 26).

Qualsevol extrema permisivitat o extrema restricció porta efectes nocius a la personalitat de l'infant (Dager 1964 a Williams, Bean i Curtis, 1970, 284). Per una banda, la permissivitat excessiva dificulta o impossibilita la identificació amb els progenitors, per tant, pot fallar en aprendre normes socials apropiades i valors crucials pel desenvolupament d'una estable autoimatge i el seu

progressiu autoajustament en l'entorn social. Per una altra banda, una forta o excessiva restricció del comportament infantil retalla la llibertat en la seva conducta, amb la qual cosa la quitxalla pot ser forçada a convertir-se en una "extensió" dels pares. A més, com més gran sigui la constricció parental, més gran serà la oportunitat per l'infant de fracassar en l'intent d'assolir les demandes dels seus progenitors, així doncs, és molt probable que es produeixi una mala autoavaluació. Per tant, com afirmen Williams, Bean i Curtis (1970, 284) un autoconcepte positiu està directament relacionat amb una bona salut mental, i al mateix temps, l'excessiva permissivitat o control patern, amb el pobre autoconcepte i baixa autoestima que això comporta, pot conduir a un trastorn mental. Tanmateix, el seu estudi (*ibid.*, 287-288) revela com és necessari sempre actuar pel que fa a la salut mental de la població, ja que els progenitors que per algun o altre motiu tenen problemes de trastorns de la conducta, acostumen a ser més constrenyedors envers les seves criatures per tal de fer la seva conducta més predictable o manejable, o poden senzillament arribar a ser més inatents per alleugerir les causes de molèsties o irritacions.

Minuchin i altres (1978 a Steinberg i Phares, 2001, 130) sostenen que les "famílies psicossomàtiques" –com per exemple les que es caracteritzen per ser "liants", rígides, sobreprotectores i limitades en la resolució de conflictes– posen als adolescents en risc de contraure un TCA. Humphrey (1994 a Steinberg i Phares, 2001, 130) conjecturava que existeix més caos familiar, hostilitat, disturbis, soledat, menys empatia i satisfacció en famílies amb una bulímica o bulímica-anorèxia jove que en famílies amb una jove anorèxia restrictiva. A la inversa, famílies amb una noia anorèxia restrictiva mostraven una rigidesa i dependència més gran. Aquests resultats poden tenir ramificacions per l'autoestima i funcionament psicològic, així com problemes alimentaris àdhuc en mostres no clíniques. Així doncs, els estils educatius dins la família poden exercir una o altra influència. El control i organització excessiva formen part de l'entorn familiar de moltes persones afectades d'anorèxia. En canvi, el descontrol i un ambient carregat de crítiques són característics de la bulímia nerviosa (Mardomingo, 2007, 112).

Tanmateix, a les famílies en les quals es presenta un cas de bulímia nerviosa, es poden trobar persones amb trastorns mentals importants, fonamentalment

depressions, o bé existeixen antecedents d'addiccions, és a dir, dificultats en el control del consum de determinades substàncies. Fet que pot exercir influència sobre la persona malalta de bulímia, que "aprèn" la manca de control pròpia de les addiccions a la ingesta (Raich, 2002, 101).

Al mateix temps, és probable que les bromes o comentaris verbals negatius, especialment dins el context familiar, tinguin una forta influència en el desenvolupament de problemes d'imatge corporal i TCA. No obstant això, per Steinberg i Phares (2001, 138) es necessita ampliar el nombre de recerques al voltant de les bromes al context privat de la família.

A l'estudi de Haworth-Hoepfner (2000, 222-223) tres escenaris familiars es relacionaven amb els TCA: un ambient familiar crític associat amb un discurs principal sobre pes (parlar sobre el pes és habitual i és el principal organitzador de la dinàmica familiar); un ambient crític familiar on es respira una atmosfera coercitiva per part del control patern; i en absència dels altres dos, control patern sense cap mostra d'estima, on el pes adquireix un paper principal al discurs familiar. L'establiment del fet d'estar prim/a com una meta personal o una norma de la casa també implica el seu valor i preeminència a la cultura en que es viu. Dins d'aquest context, l'amplificació per part dels membres de la família dels missatges culturals relacionats amb la primor, especialment aquells que impliquen nocions de feminitat, creen un clima en el qual el pes és crucial per la identitat.

Stein i Woolley (a Steinberg i Phares, 2001, 136) suggereixen alguns mecanismes d'influència que els progenitors amb TCA poden exercir: actituds de preocupació amb el menjar, pes i figura corporal en els pares i mares que poden afectar directament als seus nans; manca d'habilitat per fer de pares i mares de forma adequada per causa del seu TCA; problemes interpersonals dels progenitors que inclouen problemes conjugals que poden tenir efectes negatius sobre els seus infants; i una possible transmissió genètica de TCA.

També, paradoxalment, circumstàncies adverses a la vida poden retallar la dimensió del problema. Com explica Zerbe (1993, 105), un noia jove que era molt bona ballarina, va contraure bulímia per mantenir un baix pes i així poder ballar professionalment. Ella arribava a afartar-se i purgar-se amb una

freqüència de 14 vegades al dia. Malgrat el progrés que la noia feia en la seva teràpia per recuperar-se, amb el conseqüent augment de comprensió d'ella mateixa, la seva severa bulímia persistí fins que la seva carrera la va obligar a canviar-se d'Estat. Allà per motius econòmics va anar a viure amb un cosí llunyà i la seva dona. La parella que la va acollir no era molt pobre, però no podien mantenir els hàbits de la pacient; per tant, els tres es veien forçats a menjar tan sols tres austers àpats al dia. O sigui que la seva ajustada situació financera havia limitat la quantitat de menjar disponible, fet que ja havia condicionat molt positivament la seva bulímia. Ja no disposava de grans quantitats de menjar disponible per afartar-se. Al mateix temps, un altre aspecte novedós la beneficià: veia al seu cosí i la seva dona habitualment a l'hora de menjar i es va forjar una companyonia. Com que eren dos persones que valoraven, tot i no ser molt per altra gent, el que tenien a la vida, influenciaven a la pacient i els tenia en molta consideració. Com a resultat de la seva influència, la pacient va buscar la manera de dur els seu propi sistema de valors amb harmonia amb el d'ells; els seu cosina i la dona serviren de bon *role model* per ella en el sentit de moderació i interacció respectuosa.

Ja hem vist, que és necessari trobar el sempre complicat equilibri educatiu per no imposar normes massa restrictives ni caure en un permissivisme *ad infinitum*. En el cas de l'autonomia, una autonomia òptima no significa trencar tots els vincles entre la mare i la filla, les relacions entre ambdues que permeten poca autonomia a les dues parts poden anunciar una psicopatologia futura (Minuchin i altres, 1978 a Odgen, 2005, 109). Per exemple, l'anorèxia pot venir en part originada per la lluita entre la nena per desenvolupar la seva pròpia identitat personal dins d'una dinàmica entre mare i filla que limita l'autonomia de la darrera. No en va, hi ha estudis que afirmen que més que el modelatge que pugui exercir la mare com a possible causa en la insatisfacció corporal de la filla, el que influencia realment és la natura de la relació (Odgen, 2005, 110).

Tanmateix, la família es considera la "responsable" de factors que influencien de forma més general pel possible TCA. Una recerca de Mc Cabe i Ricciardelli (2005) va determinar que entre els nois els missatges dels pares eren més predictius d'estratègies per canviar el cos, mentre que pel que fa a les noies,

estaven més fortament influenciades pels missatges de les mares i les seves millors amigues. Un altre exemple ens situa en els patrons d'afecte insegurs, o els comportaments de “*cabreig*” com alts nivell de rebuig o de control i nivells baixos de caliu a la llar, que van acompanyats d'alts nivells de problemes alimentaris entre els jovent (Meesters, 2007, 84).

D'acord amb la idea que els progenitors afectuosos i involucrats serveixen de factor de protecció a l'adolescència, l'estudi de May i altres (2006, 737-738) va copsar relacions entre les característiques de la relació mare-filla i la preocupació pel pes de la filla. És a dir, la disminució del coneixement de les experiències diàries de la seva filla –no enteses com una mena d'intrusió o control– i l'augment del conflicte mare-filla estava relacionat amb increments de preocupació pel pes en les filles durant el transcurs de l'adolescència. En canvi, no trobaren relació entre la relació del fill i la mare, i una possible preocupació pel pes d'aquell. Els investigadors explicaven aquesta relació pel fet que per exemple els assumptes relacionats amb el pes tenen més incidència entre les dones.

Si a la família algun component pateix un TCA, la probabilitat que també el tinguin altres membres de la família augmenta considerablement. Si el pare i la mare reacciona amb alarma i concentra totes les seves energies i estratègies en la persona malalta, és possible que els altres fills o filles se sentin en un segon pla, i per tant, de forma fins i tot inconscient, aprenguin a imitar el germà o la germana que són els que concentren tota l'atenció dels progenitors (Raich, 2002, 100). També potser que els trastorn anorèxic es desenvolupi gairebé simultàniament en dues germanes, en alguns casos és fruit de la competència en pro de l'aprimament de les germanes (Toro i Artigas, 2000, 132).

La capacitat d'influir en el comportament de les germanes s'està erigint com una poderosa influència sobre nenes i adolescents, tant de forma positiva com negativa, però és un camp en el qual encara queda molt per investigar, per entendre els rols que exerceixen i la seva influència. S'havia parlat d'imitació però també que poden ser un potent recurs de cara a la recuperació de la germana malalta (Honey i altres, 2006).

Colom, Pérez i Vázquez (2001, 27) ens ofereixen una classificació de sociotipus familiars en relació amb el risc social:

Grau de risc	Sociotipus	Pes	Perfil	Característiques
Cap	Implicades	44%	Participen en els jocs i activitats d'oci dels menors; són permissius en l'aplicació de càstigs als fills/es amb els quals dialoguen sobre les seves amistats i activitats escolars, a més, aquests desenvolupen conductes autònomes amb lleugera anticipació a la mitjana.	Famílies sense risc.
	Passives	28%	Participació dels pares i mares en les activitats de joc i oci dels infants inferior a la mitjana; les conductes autònomes s'adquireixen amb lleugera anticipació a la mitjana. Són permissius en l'aplicació de càstigs, confessen, donar "cachetes" amb freqüència superior a la resta.	Mares sense cap tipus d'estudis.
	Rígidies	10%	Severitat en l'aplicació de càstigs davant conductes inadequades i el mal comportament; però s'impliquen en les activitats d'oci dels seus fills/es.	Mares amb estudis primaris.
	Acollidores	2%	Els infants comparteixen llit amb els adults fins una edat molt superior a la mitjana de famílies, aspecte que afecte de forma negativa a les conductes autònomes bàsiques.	Famílies de risc: famílies sota el llindar de la pobresa, famílies nombroses i famílies monoparentals
	Desinteressades	14%	Baixa participació dels progenitors en les activitats d'oci dels infants. Ni reforça les conductes positives ni té establert elements correctors de les conductes inadequades. Criatures amb horari irregular o van a dormir tard. Desenvolupen les conductes	Famílies de risc, on hi ha indicis de consum d'alcohol i drogues.

			bàsiques més tard que la mitjana de quitxalla.	
Màxim risc (+)	Violentes	2%	Forta desviació de la mitjana en la pràctica de batusses als fills/es. Pares que també registren antecedents de violència familiar. No reforcen les conductes positives dels infants i participen per sota de la mitjana en les seves activitats d'oci.	Famílies de riscos. Hi ha indicis de consum d'alcohol i drogues.

També elaboraren un índex de correlació entre la consecució de conductes autònomes i la realització d'activitats d'oci entre pares i mares i els nens i nenes menors de sis anys (*ibid.*, 28):

Autonomia	1,000
Activitats d'oci del pare i la mare	
1. Llegir o explicar contes	0,3286
2. Jugar amb ells o pintar i mirar contes	0,3748
3. Fer puzzles, jocs de construccions, ninos	0,3251
4. Jocs d'activitat física	0,3110
5. Altres jocs (mimos...)	0,0488
6. Parlar de temes del seu interès, explicar-los coses	0,4087
7. Passejar	0,1071
8. Fer activitats a la natura	0,2656

Queda clar doncs, que l'ambient familiar és un dels més importants contextos en els quals es desenvolupa el comportament alimentari a través de l'estil educatiu que s'hi respiri, com en el que respecta a les preferències alimentàries que transmeten a la família els progenitors; ja que, proporcionar a la família uns aliments saludables i agradables simbolitza l'amor i la preocupació per ella. D'igual forma, la distribució del menjar dins una família comunica les relacions de poder i la jerarquia dins de la mateixa; fins i tot aprimar-se pot interpretar-se com un rebuig a la família (Odgen, 2005, 254), o bé,.

Estudis com el de Dingemans, Spinhoven i van Furth (2006) indaguen la relació entre els pensaments centrals forjats a la infància, que tenen una gran intensitat i perdurabilitat i el posterior TCA. Aquests pensaments centrals (*ibid.*, 258) reflecteixen creences i sentiments negatius en relació amb l'entorn que la persona interioritza com una mena de principis irrenunciables en la seva manera de ser i pensar. És a dir, aquestes creences bàsiques centrals que durant la infància es creen com a forma de fer front a la vida i durant la vida adulta s'activen quan es donen fets de l'entorn relacionats amb una creença particular determinada. Un exemple, ens els situen en la idea d'abandonament que s'activa durant separacions reals o percebudes (*ibid.*, 259).

En definitiva, diferents estudis apunten en la citada direcció: els i les pacients amb TCA palesen molts més pensaments centrals mal adaptats que els grups de control saludables. Totes aquestes recerques, ens situen una vegada més en la necessitat d'actuar de forma inespecífica a la infància. Evidentment, aquí hi juguen un paper més destacat les persones que actuen directament amb els infants, com la família, per una banda, i el professorat i tot l'entramat de serveis socials que contribueixen a pal·liar les mancances socioafectives que es poden donar en el context familiar. No obstant això, ens aturem aquí perquè aquest tema s'escapa del nostre objecte d'estudi.

Tanmateix, val la pena concretar un aspecte rellevant del model familiar que es dona quan el pare o la mare tenen sobrepès, i es podria sintetitzar a *grosso modo* com "la mare o el pare s'obsessionen amb coneixement de causa", és a dir, el progenitor conscient dels perjudicis socials que pot comportar pel seu infant el poder tenir sobrepès, per experiència pròpia i per coneixement de la realitat social, pot actuar de forma errònia en una mena de prevenció que pot tenir tots els efectes adversos.

Tampoc no és gens estrany que una mare i una filla presentin un mateix trastorn. De vegades, la mare no solament ha servit de model de control de pes, sinó que pot haver induït directament la seva filla a portar a terme mesures de control. També podem trobar el cas oposat, és a dir, la filla de mare obesa que fa tot el que pot per no assemblar-s'hi i així entra en el trastorn alimentari. En aquest cas, la mare actua com a contramodel (Raich, 2002, 100).

5.2.1.3 CULTURALS

5.2.1.3.1 Model social

Del model social que propicia o afavoreix l'actual presència de TCA i de trastorns subclínic relacionats amb conductes anòmales amb els hàbits d'ingesta a la nostra societat, efectuarem un repàs més exhaustiu al tercer capítol, per tant aquí només efectuem una petita introducció contextual.

Resulta clau la influència del model social, com ho mostra el fet que només són presents els TCA en societats on el menjar és abundant. L'obsessió per estar primos o primes només es dona de forma àmplia en aquestes societats. En el pol oposat, en els indrets d'escassetat, l'ideal de figura corporal és més probable que sigui més generós. Tot plegat suggereix que els ideal tendeixen a anar cap a on és difícil d'arribar. Així que la cultura de l'abundància es constitueix com un factor de risc inespecífic (Polivy i Herman, 2002, 191).

Es pot entendre que, entre d'altres persones, contra la gent obesa, o tant sols amb una mica de sobrepès s'exerceix una mena de violència simbòlica força reiterativa, que si no es treballa prou amb sintonia a casa i als centres educatius es va cronificant al llarg de tota l'escolaritat obligatòria.

La violència simbòlica, violència amortida, insensible, i invisible per les seves pròpies víctimes, que s'exerceix essencialment a través dels camins purament simbòlics de la comunicació i del coneixement, o, més exactament, del desconeixement, del reconeixement o, en darrer terme, del sentiment (Bourdieu, 2000, 12).

La gent obesa "té mala premsa" a la societat, perquè a la gent li sembla que l'estat en què es troben és culpa del propi subjecte, l'ha provocat ell amb la seva actitud d'inacció i a còpia de menjar en excés per causa de la seva golafreria o perquè tenen problemes emocionals que els empenyen a menjar en excés. Al mateix temps, alguns estudis han suggerit que se'ls valora de forma més negativa quan se sap que en algun moment han perdut pes que quan l'obesitat es deu a algun problema mèdic (Odgen, 2005, 94).

En 1969 Lerner i Gellert (a Odgen, 2005, 90) varen mostrar dibuixos d'adults de diferents mides corporals –prim, pes mitjà i pes excessiu– a grups de nens de 5

i 10 anys. Quan se'ls va demanar amb quin tipus de persona relacionaven cada figura corporal, atribuïren als de pes mitjà gairebé totes les qualitats positives als prims i als grassos amb totes les negatives. Posteriorment, a un altre experiment van mostrar als nois cinc dibuixos de nens: un minusvàlid, un amb la cara desfigurada, un amb crosses i una cama ortopèdica, un amb el braç esquerre amputat i un nen obès, quan se'ls va preguntar quin era el que més els agradava, tots coincidiren en què l'obès era el que menys els agradava. Wadden i Stunkard (1985 a Odgen, 2005, 90) en el seu estudi sobre les creences dels nens sobre l'obesitat comprovaren que consideraven als seus companys obesos com bruts, tontos, lletjos, tramposos, mentiders i sonsos. Per altra banda, altres estudis han afirmat que els infants elaboren els estereotips negatius sobre l'obesitat cap als sis anys i que les atribucions que els han atorgat es mantenen relativament constants durant la vida adulta amb independència del nivell d'educació.

El grup d'iguals és menys influenciable a l'escola elemental que als anys d'adolescència, emperò no són irrellevants en el desenvolupament dels infants. La comparació social esdevé un factor important per moltes escoles elementals (Ruble, 1983 a Odgen, 2005, 90). Aquest és possiblement un motiu pel qual la quitxalla està a l'aguait de si tenen sobrepès i perquè ells es senten malament per això. És probable, com mostren els estudis citats, que a més contribueixi a que els infants siguin conscients dels estereotips negatius associats amb el cos gras. Així mateix, és raonable esperar que els missatges dels iguals relacionats amb la imatge corporal puguin afectar l'autoestima dels nens i les nenes. De fet, aquesta correlació fou trobada per Oliver i Thelen (1996 a Odgen, 2005, 90) a estudiants de tercer i cinquè curs.

Diferents estudis han mostrar la influència a través dels comentaris dels grup d'iguals tant en noies com noies adolescents. Comentaris tant de la figura corporal, com l'encoratjament per perdre pes o ser més musculós, estan associats amb símptomes de trastorns alimentaris en adolescents (Meesters, 2007, 84).

La moda, la publicitat i la informació són els aspectes que més gràficament descriuen el nostre entorn sociocultural en relació amb el cos i la influència social, a una cultura del culte a la imatge física (Carrillo, 2006, 153-154).

En un estudi realitzat per Fay i Price (1994, 11) en el qual es quantificaven els canvis en la figura corporal i el pes de les models dels anuncis a la premsa escrita de Nova Zelanda des de 1958 fins a 1988, es trobà que la figura corporal s'havia tornat menys curvilínia i el pes havia disminuït vuit quilograms, amb disminucions a la mida de les espatlles, del pit i de les caderes. Amb l'afegit que com a mínim durant els darrers 15 anys, aquest model corporal tan prim ha estat exagerat amb canvis de les postures de les models i en els angles de camera. Com es sabut, és habitual que les nenes, adolescents i dones joves es comparin amb les imatges de les revistes, essent no gens estrany veure-les identificant-se directament amb les que hi apareixen a les revistes ja sigui a mode de joc o com a idolatria.

Malgrat la clara influència dels diferents models socials en els TCA, en alguns casos molt severos arriba un moment que els models socials –les models– deixen d'influir sobre les pacients, la seva especial conceptualització del cos ideal els arriba a considerar a les models de torn com massa voluminoses, el seu model cada vegada més es pot acostar al de la pacient anorèxica d'extrema primor (Toro i Artigas, 2000).

Les investigacions de la psicologia evolutiva, els estudis sobre els mitjans de comunicació i la semiòtica i els estudis sobre la dona concorden que els mitjans de comunicació no produeixen un rentat de cervell, en canvi, sí que provoquen un complex procés d'atenció i interpretació de part dels individus, els quals posen en acció diverses motivacions i estratègies per processar la informació, segons sigui la seva etapa evolutiva, personalitat, situació immediata i altres contextos socioculturals (Levine i Smolak, 2000, 41). El que sí encaixa és que durant les darreres dècades, mentre es produïa l'eclosió de la incidència dels TCA, els mitjans de comunicació han anat plens d'imatges de models i actrius joves, altes, de cames llargues i molt primes. A les revistes de moda, aquesta constant homogeneïtat imatgística conviu amb una varietat "veritablement bulímica" d'anuncis de dietes i articles sobre pèrdua de pes; articles i anuncis

que ofereixen una gran quantitat d'aliments amb alt i baix contingut calòric; anuncis que mostren parts del cos humà, postures de sometiment i altres formes d'ús de les persones com a objectes sexuals i "invitacions" a convertir-se en consumidors insaciabls (*ibid.*, 42).

De totes formes, hi ha qui com Carrillo (2006, 157) considera que encara que desaparegués la publicitat els caos alimentari no disminuiria perquè la influència de la publicitat va per darrere d'altres elements del context social com la moda o la informació. De fet, sembla ser que s'està arribant a un punt en el que la cosmètica estigui reemplaçant a la ideologia com a camp en el qual el polític o política ha de manifestar la seva competència. Així no ens ha de resultar estrany que la majoria dels presentadors de telenotícies de EE UU dediquin més temps a estar amb els seus perruquers que a repassar el seu guió (Postman, 2001, 8).

Els mitjans de comunicació per causa de la seva perversitat i abast són probablement el més senzill i potent transmissor de les imatges corporals idealitzades tant d'homes com dones (Willinge, Touyz i Charles, 2006, 576). Els citats autors, al seu estudi observaren que els individus amb insatisfacció corporal jutjaven les mides actuals de les celebritats de forma inadequada, les feien més primes del que realment eren; d'igual mode, mostraren actituds irreal, jutjant l'ideal de talla per a dones més primes que les ja primes celebritats femenines. Així han comprovat, que tant homes com dones amb insatisfacció corporal jutgen erròniament, atorgant més primor, circumstància que no s'observà en la mostra que no explicitava insatisfacció corporal. Al seu entendre, els autors veuen que la seva recerca demostra com és de necessari actuar de forma preventiva en la població que té insatisfacció corporal (*ibid.*, 580). Així que intervenció específiques han d'anar adreçades a intentar corregir les males percepcions de les idealitzades imatges dels mitjans entre el jovent, incloses les actituds irreal sostingudes pels homes envers les dones (*ibid.*, 581).

La informació que arriba al jovent sobretot per mitjà de revistes adolescents, sembla ser un element més influent en el desenllaç dels TCA que la publicitat i els valors transmesos a través d'aquesta. Per tant, la informació és un vehicle

de transmissió d'estereotips i de continguts relacionats amb el cos, en definitiva, transmissors d'una altra mena publicitat. Ja que de fet, les publicacions per adolescents del tipus *Ragazza*, *Super Pop*, *Nuevo Vale*, etc., no contenen gaire publicitat *light*, ara bé, transmeten en tots els seus continguts l'estereotip de dona prima igual a dona triomfadora, d'aquí el nombre d'informacions dirigides al aprimament, i inclòs als tests personals, les informacions de moda, etc., estan comunicant aquesta tendència (Carrillo, 2006, 155).

A un estudi de Murray i col. (1995 a Levine i Smolak, 2000, 45) es va mostrar que entre el 60 i el 80% de pacients amb una alimentació irregular, els mitjans de comunicació havien influït en la seva forma de concebre els seus propis cossos, en part perquè desitjaven lluir com els models ideals de bellesa publicitats.

La influència de la publicitat és un dels ja típics cavalls de batalla dins del camp de la comunicologia. Ara bé, sense entrar en controvèrsies, la seva capacitat d'influència com afirmen Heath i Potter (2005) és indubtable, *és que han d'influir a la força*, forma una part substancial del nostre sistema ecològic, del nostre medi ambient cultural.

Dins tot el farcell de valors implícits de la informació, trobem el factor gènere en els assumptes que podríem considerar de rellevància per a un o altre sexe. Pels homes, la cosmètica i la roba tendeixen a eliminar el cos en favor de signes socials de la posició social –indumentària, uniforme, etc–, en el cas de les dones tendeixen a exaltar-la i a convertir-la en un signe de seducció, cosa que explica que la inversió en temps, diners, energia..., en el treball cosmètic sigui molt més gran en el cas de la dona (Bourdieu, 2000, 123). Com han mostrat diferents anàlisis, les dones apareixen força menys als diaris, i quan ho fan, és més probable que el text mencioni el seu aspecte, la seva roba i si estan casades o són mares (Odgen, 2005, 83).

La moda als mitjans pot convertir-se en un missatge i directament afegides a les imatges, en contingut dels mateixos, que influeixen en la percepció de la gent, adolescents i infants amb menys eines cognitives, és per això que interessa el control de les imatges que hi surten, i que reproduïxen una

determinada realitat social, no creada sinó *re-creada* pels mitjans. Per altra banda, tenim la roba dels aparadors del carrer, que sovint no té una relació directa amb la moda que apareix al mitjans, com tampoc ho té la moda del carrer o les tendències emulades pel col·lectiu adolescent (Carrillo, 2006, 154).

Un aspecte del món de la moda que ocupa molt espai als mitjans de comunicació són les seves desfilades. Constantment apareixen, i en vista de la constatació de l'augment d'incidència dels TCA a la població, i gràcies a les pressions d'associacions que lluiten contra els trastorns alimentaris, darrerament sorgeixen comentaris, si bé a vegades superficials perquè no entren en el fons del circ de la moda, que qüestionen les imatges corporals d'extrema primor que s'hi ofereixen. Això ha estat emprat per algunes passarel·les de forma propagandística en sentit positiu. La desfilada de moda que desencadenà el debat fou la passarel·la Cibeles de Madrid, que aconseguí dur al 2006 el debat a la societat amb la prohibició de desfilat a noies excessivament primes, els requisits es calculaven en funció del pes i l'alçada per evitar l'extrema primor. Paradoxalment, la passarel·la de moda va aconseguir amb aquesta mida una gran notorietat internacional que ha rebut perllongacions en altres desfilades. No obstant, com era d'esperar, la mesura va rebre airades protestes per part de la indústria com la de Lucham Georgescu, director de l'agència "Colors": *aquestes fires haurien de servir per crear i promocionar el "made in Spain" i no per aquestes parides* (Ortega, 2006). Sembla prou clar que per aquells qui es guanyen la vida amb el negoci de la primor, que el model estètic d'extrema primor col·labori a desencadenar els TCA, resulta un efecte col·lateral que no mereix cap atenció que desviï els seus interessos econòmics.

Tanmateix, un factor relativament recent a casa nostra, i que també s'ha de tenir en compte, és el fenomen de l'aculturació que acompanya les onades migratòries. L'aculturació produeix nombrosos canvis en la població immigrada que poden potencialment afectar de forma positiva o negativa en la seva salut (Abraído-Lanza i altres, 2006, 1342). L'aculturació pot afectar la salut de les persones com a conseqüència de la discriminació i pobresa, pèrdua de xarxes socials, exposició a diferents models de comportament de salut, canvis en la identitat, creences, valors o normes. L'aculturació pot ser un factor de risc de

cara adoptar conductes poc saludables o un factor de protecció que recolza comportaments saludables com la pràctica esportiva i augment de l'exercici en estones de temps de lleure (*ibid.*, 1343).

Un altre aspecte, històricament conegut amb moltes variants, és el de la relació que a vegades es pot establir entre la restricció alimentària estricta i la religiositat. Algunes dones afectades d'anorèxia, principalment aquelles que tenen un rerafons religiós conservador, empren conceptes del cos i el menjar i nocions d'ascetisme, que són una part de la seva tradició religiosa fonamentalista, per atorgar un significat i expressió conscients, al seus motius subjacents (Giles, 1996, 108), atesa la relació entre les sistemes de creences i l'expressió subjectiva d'autoinaniació. Aquest fenomen apunta línies de continuïtat amb la coneguda com "anorèxia santa" de la que hem parlat al primer capítol.

Un altre element *in crescendo* del nostre model social és l'absència de pèl, aquesta característica el pes de la qual les dones fa llarg temps que carreguen s'està traspasant als homes i noies. No obstant, les que més ho pateixen són les nenes, i no és gens estrany veure nenes de sis, set o vuit anys que demanen a les seves mares que les decolorin els bigotis o els braços per dissimular una quantitat de cabell corporal "no permesa" per les dones.

En definitiva, com afirma Sarwer (2001, 342) ho admitem o no, hem après que l'aspecte importa, l'atractiu físic és més ben vist per la gent, així que les persones físicament atractives són sovint vistes de forma més positiva pels altres i són freqüentment els que reben un tracte interpersonal preferent. Per tant no ens ha d'estranyar que de ben joves es vulgui recórrer a la cirurgia estètica.

El problema rau en que les adolescents només pensen en millorar la seva aparença estètica però no aprecien la relativa permanència dels efectes de la cirurgia estètica als seus cossos, per exemple, en l'augment de pit, els implants necessitaran ser reemplaçats diverses vegades a la vida de la dona, subjectant-se així a successives operacions per sempre. Per altra banda, una altra mala percepció sobre la cirurgia amb motius estètics, és que es vegi de forma inexacta l'operació com un tractament mèdic amb mínims riscos amb la

qual s'aconsegueix una gran transformació. Aquesta mala percepció, en part està promoguda pels anuncis de les revistes que freqüentment utilitzen models professionals com a representacions de resultats de "després de l'operació" i promeses de grans millores en l'autoestima i la qualitat de vida. Al mateix temps, també hi col·laboren els programes de televisió que ofereixen el més grans avenços en el camp de les operacions estètiques sense comentar els riscos i la realitat com la de l'augment de pits tot just citat (*ibid.*, 343).

Dins del model social no podíem deixar de parar esment a la necessària sensibilització dels professionals de la medicina, que són els socialment més acreditats per atendre la nostra salut. Exemples com el recollit a López Madrid i Sallés (2005, 94) en el qual un metge recomanava a un pacient una operació per motius estètics però no per motius de qualitat de vida, i què en cas de ser aquesta segona raó la causa del desig d'operar-se d'un problema bucal, el metge li adverteixi que llavors haurà de passar un test psicològic, ens alerten de què no podem deixar de tenir en compte que no tota la professió mèdica té els coneixements mínims al voltant de l'entramat que envolta els TCA i què com a persones que viuen a la nostra societat, en major o menor mida també són participants dels valors imperants, i poden no ser conscients dels perills que entranyen alguns comentaris o recomanacions, i no parlem ja dels qui directament treballen en assumptes de cirurgia estètica.

L'aprenentatge social descriu la influència que té l'observació de les conductes d'altres persones en el comportament propi. Ja un estudi de Duncker (1938 a Odgen, 2005, 44) examinava la influència de la "suggerió social" en l'elecció de menjar dels infants. Els models que van escollir eren altres criatures, un adult desconegut i un heroi de ficció. Els resultats mostraren que es produïa un canvi major de preferència alimentària si el model era un nen més gran, un amic o l'heroi de ficció. L'adult desconegut li mancava capacitat d'influència en la preferència alimentària.

5.2.1.3.2 Activitats de risc

Les activitats de risc, tant de caire més esportiu com professional, són les ocupacions on l'aspecte físic, a nivell d'imatge i/o de potència, hi juga un paper destacat per assolir l'èxit desitjat.

Els esports que posen l'accent en el manteniment d'un cos prim predisposen als seus practicants a un risc més alt de patir TCA, essent moltes vegades els propis entrenadors i entrenadores els que poden forçar la situació fins i tot sense ser-ne conscients (Zerbe, 1993, 137). Les activitats esportives que requereixen primor com el patinatge, la natació sincronitzada, la gimnàstica, el *cheerleading*, el ballet o el rem entre d'altres, estan més associades amb els TCA que els esports que toleren un rang més ampli de figures corporals, ja que, per guanyar no és tant important la figura corporal perquè es requereixen diferents construccions corporals (*ibid.*, 139). Per descomptat, i cada vegada pot anar en increment, que els homes no són cap excepció pel que fa a les activitats de risc, els que participen en esports competitiu en els quals la mida i la figura corporal són importants com la gimnàstica, patinatge sobre gel, dansa o lluita també contrauen un major risc de caure en alguna mena de TCA (Black, 2001).

Al risc "intrínsec" de determinades professions o esports, se li afegeix la importància que tenen a la nostra societat els esportistes d'elit, els quals, amb els actors i actrius, així com els grups musicals, encarnen el model a imitar sobretot pels infants, adolescents i joves. El seu èxit no té comparació amb cap altre figura social, les seves fites són airejades als mitjans de comunicació, la gent els valora i els enveja, els fa seus o contraris a ells (Toro, 1996, 196-197). I malgrat que l'activitat física és molt recomanable, tant per aspectes socials com de salut en un sentit més estricte –si més no la practicada amb assiduitat i moderació– a qualsevol etapa del desenvolupament humà; una altra cosa és l'activitat física que es duu a terme amb la principal finalitat de perdre pes, que en cas d'aconseguir-se, es recupera el pes perdut quan es deixa de practicar l'activitat física, restablint-se així el nivell de regulació ponderal anterior. El perill rau en l'associació entre activitat física i restricció alimentària, atès que

restricció d'aliments i l'exercici físic poden entrar en una espiral perniciosa que dirigeixi a la persona cap a una menor ingesta alimentària (*ibid.*, 200-206)

Una de les prototípiques professions de risc, en les quals s'uneix la potència física en sentit ampli com també un alt component estètic, és el ballet i la gimnàstica. S'ha arribat a extrems com el de Christy Heinrich, gimnasta coneguda arreu del món, que va caure en l'anorèxia després que un jutge la considerés massa grassa per integrar l'equip olímpic d'Estats Units. En aquell moment vital determinant per l'esportista, tenia divuit anys, mesurava 1,47 i pesava 42,2 kg. Quan va morir als tres anys, pesava 21,3 Kg (Kolodny, 2000, 52).

En el ballet clàssic s'ha comprovat que moltes noies ambicioses es pensen que poden controlar el procés de maduració física i "menjar com una ballarina", és a dir, d'una forma molt restrictiva tant abans com durant el procés de la pubertat. A més, l'extrema adhesió als estàndards de canvis corporals restringits i restriccions en el menjar, és sovint malinterpretada pels estudiants, i a vegades pel professorat, com a indicador de gran dedicació, motivació i àdhuc talent (Piran, 1999, 85).

Thomas, Keel i Heatherton (2005) estudiaren les possibles diferències de prevalència d'actituds i conductes inadequades amb el menjar entre ballarines de ballet a escoles nacionals, regionals o locals. Als seus resultats, corroborant i ampliant recerques anteriors, trobaren que les de major risc atès el seu nivell de pressió externa i perfeccionisme personal eren les dels centres nacionals. No obstant això, tot i que en les escoles locals moltes vegades les ballarines estaven fora dels circuits de pressió més directes, ja que no hi ha una relació directe amb el món professional de la dansa sinó que són activitats més lúdiques, també presentaven percentatges elevats d'actitud de risc les que tenien un elevat grau de perfeccionisme. Suggestint així, que malgrat que comptin amb una baixa pressió externa, aquestes ballarines s'autoimposen unes demandes personals similars a les dansaires de les escoles nacionals.

Com hem esmentat, les professions o dedicacions de risc no es circumscriuen a l'àmbit de l'esport. Feines com les d'actrius i actors en què l'aspecte físic pot jugar un paper destacat en la seva carrera, i en què al mateix temps, són

subjectes a un minuciós seguiment mediàtic són propícies també als TCA. En març de 1996, després d'una cerimònia d'entrega dels Òscar, una actriu adolescent –protagonista de *Clueless*– va partir burles per part de la premsa perquè recentment s'havia engreixat, encara que fossin menys de cinc quilos. Com que anava a participar a la següent pel·lícula de Batman, alguns titulars la ridiculitzaren dient-li “Batman i Batigrassa” o “Vigila, Batman: aquí ve Batinatges!” (Kolodny, 2000, 23). Així no ens ha d'estranyar que periòdicament sorgeixin rumors sobre els hàbits alimentaris de les estrelles cinematogràfiques, les qual com s'ha dit, són un gran model pel conjunt de la societat.

Calvo (2002, 58) ens explica un cas que mostra fins a quin punt moltes professions fins fa poc protegides poden arribar a ser susceptibles de risc pel que fa a les TCA: un tenor de molt bona veu que tenia un contracte firmat, fou rebutjat pel coreògraf perquè no el considerava apropiat per representar un personatge per ser “gras i baixet”.

Per altra banda, en la mescla d'esport i espectacle trobem el món de l'animació que envolta alguns esdeveniments esportius, sobretot a Estats Units, on les *cheerleaders* també poden rebre una gran pressió similar a les de les gimnastes, patinadores o natació sincronitzada. Ja que l'aspecte físic en sentit estètic i de pràctica esportiva és molt important, així com la competitivitat a tall individual com grupal (Thompson i Digsby, 2004, 85).

En resum, tota activitat que impliqui control de pes corre el risc de facilitar la pràctica de dietes restrictives (Toro, 2003, 284). Segons els estudis de Toro (*ibid.*, 286), tot i que encara manquen dades per extreure conclusions més resolutives, es suggereix que tant esportistes dones com homes presenten més símptomes, actituds i conductes de risc que els possibles grups de control. Per altra banda, les tasses són superiors en les dones, emperò, en els homes el percentatge també sembla ser superior al de la població general masculina.

5.2.1.3.3 Influència dels mitjans de comunicació

En l'ecosistema social que habitem, el que apareix als mitjans de comunicació té una gran rellevància per la vida de les persones. Com afirma Sánchez Noriega (2002, 26):

Parlem de sistema mediàtic com un conjunt de comunicadors que, en la diversitat senyalada, tenen en comú una presència pública rellevant i fins i tot hegemònica respecte a altres instàncies socials en ordre a constituir-se en “veu pública” i configurar el pensament comú. Aquest sistema té unes fronteres cada vegada més difuses perquè, si bé els mitjans de masses han nascut històricament per satisfer necessitat d'informació (diaris i ràdio), ben aviat troben que poden servir, en diferent grau, per l'entreteniment, la cultura i l'oci.

La televisió és sens dubte, tot i la competència a què està sent sotmesa per part d'internet¹⁰³, el mitjà més consumit. Les característiques intrínseques d'aquest mitjà global el fan idoni per un consum familiar i individual. El mitjà televisiu desenvolupa en bona part les funcions que posseeix un diari, una ràdio, una revista, el cinema o el teatre, perquè el seu format aconsegueix unificar en un tot informació, coneixement, espectacle, entreteniment o cultura (*ibid.*, 59).

Però als *media* com mostren per exemple les polèmiques que periòdicament envolten els Consells Audiovisuals, que poden regular els mitjans o la forma de dirigir les televisions públiques, s'hi mouen interessos polítics i econòmics que moltes vegades són generalment desconeguts, i que a vegades poc tenen a veure amb la tradicional funció social del periodisme. Tot plegat ve determinat per la preponderància en el món mediàtic pel fet que hi circuli una d'informació “interessada”, en el qual empreses de relacions públiques i els assessors d'imatge estan darrere de la promoció de cantants, músics, actors, escriptors, polítics, i no tan sols programen les aparicions públiques dels seus representats sinó que negocien el tractament que rebran als mitjans en funció del qual facilitaran la feina periodística (*ibid.*, 81).

¹⁰³ S'ha de tenir present que precisament els vídeos i les pel·lícules són uns dels principals reclams d'internet, és a dir “la tele per l'ordinador”.

Com succeeix amb la població adulta, les criatures veuen rols sexuals desviats a la televisió, incloent-t'hi la presentació del "ideal", potser, fins i tot les típiques dones com a primes. Als darrers cursos de l'escola primària¹⁰⁴, les noies poden començar a llegir les revistes adolescents que vénen una particular idea de l'aparença així com una preocupació per l'aparença com a eix fonamental de l'existència femenina. És per això, que no és tan sols l'aparença de Barbie i les seves congèneres la que pot incrementar en les noies joves la consciència del seu pes i imatge corporal, els continguts de determinats tipus de revistes ofereixen un punt de vista molt femení de la dona, en el mal sentit de la paraula femení, és a dir, nenes i noies sempre preocupades de la seva roba, d'anar de botigues, d'agradar als altres, de ballar, etc., però rarament ofereixen continguts de caire més intel·lectual. El curs 2004-05 es va posar de moda entre els primers cursos d'Educació Primària els cromos i àlbum de la nena guanyadora del concurs *Eurojunior*, María Isabel, que havia assolit la seva gran fama a través d'aquest concurs televisiu. Alguns dels seus capítols eren els següents:

- Antes bailo que camino
- Lo que yo te diga con mi abanico
- La moda de inventar tu propia moda
- Una auténtica chica modelo
- Belleza al instante
- Una mañana en el gimnasio
- Una tarde entre burbujas
- De éxito en éxito sin parar

Un exemple de la força de la influència sociocultural imbrica directament amb el fet alimentari a la primera infància. Ja hem comprovat que el fet d'escollir donar

¹⁰⁴ Tampoc no és estrany observar nenes de segon de primària que ja consumixen aquestes publicacions, que se les enduguin a l'escola, i a l'hora del pati juguin a mirar la revista i a identificar-se amb els personatges que hi apareixen. Ocasionalment també de forma molt primerenca, com un cas de tercer de primària, en la seva vessant masculina "transgresora" veure emprar revistes eròtiques en una mena de reconeixement social masculí amb els nens grans.

el pit o llet en fórmula pot iniciar trajectòries molt diferents amb influència sobre l'experiència alimentària dels infants, com el control matern sobre la ingesta. Doncs bé, tot i que ja fa temps que no es discuteix la bondat de la lactància materna, no fa massa anys no era així, sinó que es lloaven els beneficis de l'alimentació de fórmula per moda i/o interessos de la indústria que avalen conductes més còmodes¹⁰⁵. En definitiva, l'entorn mediàtic en sentit ampli¹⁰⁶ pot condicionar de ben aviat el comportament de la mare en l'alimentació de la seva criatura.

Un altre "èxit mediàtic"¹⁰⁷ ha consistit en què el moltíssimes dones i noies arreu del món, i per extensió també els homes, considerin la cel·lulitis com a quelcom patològic, quan el terme cel·lulitis tan sols existeix a partir de 1973 quan Vogue va rebatejar el que fins la data era senzillament carn de dona adulta, creant així un problema estètic i àdhuc una malaltia del no res (Etxebarria, 2005). De fet, no es tracta de cap terme tècnic, el que succeeix és que la pell està subjecta al múscul mitjançant fibres de col·lagen disposades en forma de xarxa, per tant, quan es depossita el greix corresponent, omple els buits podent aparèixer "petits sots". Aquests es manifesten amb claredat o s'exagereu quan la pell perd elasticitat, circumstància que succeeix sobretot amb el pas dels anys i després d'excessives exposicions a la llum solar. Però no és quelcom que sigui essencialment patològic i molt menys produït per unes suposades toxines (Sanders i Balzagette, 1994 a Toro, 1996, 183)

Durant l'adolescència els famosos i famoses guanyen terreny en relació als pares i mares: molts adolescents volen ser com els personatges famosos. L'estudi de Maltby i altres (2005, 28) varen trobar que només hi ha relació entre el personatge famós i la imatge corporal en el cas de les noies. D'aquestes són les que mantenen una relació més intensa amb el personatge famós, les que

¹⁰⁵ Si per algunes mares el fet de donar el pit al seu noutat no els fa massa gràcia, perquè els fa mal o per motius estètics, que estigués en boga que era més saludable la llet de fórmula era com una mena de salvoconduite maternal per la consciència de moltes mares, que àdhuc avui dia poden rebre pressions familiars per aquest afer.

¹⁰⁶ Entenem com a entorn mediàtic en sentit ampli tant les idees que els mitjans poden disseminar sobre un tema, com la propagació de les mateixes com a "dogmes de fe" que la gent expressa en el seu quefer diari.

¹⁰⁷ Aquest és un bon exponent de l'estratègia de l'indústria de la bellesa que continua efectuant, sempre oferir o crear artificialment per assolir el model corporal de cada època, que en la nostra és el cos global, el que es pot segmentar en fragments susceptibles de ser perfeccionats amb tota mena d'artilugis i intervencions.

no tracten del personatge famós amb les seves amistats, i prefereixen conservar una “interacció” exclusiva amb el personatge mediàtic, el cos de la qual admiren.

Diferents estudis indiquen que la influència del personatge famós decreix conforme augmenta l'edat de la noia (McCutcheon i altres, 2002, 68). No obstant això, la influència dels personatges famosos principalment a l'adolescència, tot i que a Educació Primària s'observen conductes similars, és tan rellevant que, per exemple McCutcheon i altres (2002) han elaborat un qüestionari que ajudi a estudiar les dinàmiques emocionals i cognitives que generen els personatges famosos amb més detall.

Ha estat clarament demostrat que la premsa escrita i la televisió afecten en la forma com els individus se senten amb el seu cos. L'exposició als mitjans pot conduir a una insatisfacció corporal i una simptomatologia de trastorns alimentaris entre les noies i dones principalment. A més, la mínima exposició a aquestes imatges ocasiona un increment temporal d'angoixa psicològica, per tant coherentment, una exposició diària a llarg termini és potencialment molt més perjudicial. Així que les recerques han mostrat la influència sobre les persones que internalitzen molt el missatge dels mitjans, aquesta alta dosi d'exposició pot ser considerada com “tòxica”. Emperò, no es sap amb certesa si l'exposició als mitjans és un factor etiològic en la pertorbació de la imatge corporal i de l'alimentació o si les dones amb distorsió de la seva imatge corporal o patologia alimentària escullen exposar-se a determinades imatges en una proporció superior que les seves homòlogues (Thompson i Heinberg, 1999, 344).

5.2.2. PRECIPITANTS

5.2.2.1 Règims

Dietes n'hi ha per donar i vendre, o per llogar-hi cadires, això sí, bàsicament es basen en tres idees: menjar només aliments baixos en calories, fer dejuni o menjar de tot en quantitats molt petites (Raich, 2002, 109). Avui dia, no és estrany que les nenes de sis anys equiparin el fet d'estar prima amb que és bo,

es preocupin per la possibilitat de ser massa grasses i comencin a seguir dietes per millorar la seva persona.

L'estatunidenca The National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity defineix el fer dieta com "*la intencional i sostinguda restricció d'ingesta calòrica amb el propòsit de reduir pes corporal o canviar la figura corporal, ocasionant un significatiu equilibri d'energia negatiu*". Per tant, els intents de restricció calòrica de la ingesta que no resulten en una pèrdua de pes poden ser qualificats de "dietes fracassades", aquests intents són freqüentment descrits per individus amb símptomes de TCA (Evans i altres, 2005, 304).

A més, com s'ha observat al primer capítol, la restricció alimentària influeix en l'estat d'ànim, així que és més fàcil estar de mal humor, irritat o trist si es segueix un règim, no tant al principi ja que pot haver-hi una ràpida recompensa inicial en forma de pèrdua de pes, sinó més aviat al cap d'un temps (Raich, 2002, 110).

Les dietes restrictives dutes a terme en edat primerenca s'han associat amb el posterior desenvolupament de trastorns alimentaris, d'igual mode formen part dels símptomes de l'anorèxia nerviosa i acostumen a ser paral·leles a la bulímia nerviosa i els afartaments (Smolak, Levine i Shermer, 2000, 176).

A un estudi de Furnham i Greaves (1994 a Odgen, 2005, 126) el 87% de la mostra havia estat a dieta en algun moment de la seva vida. De la mateixa manera, s'ha comprovat que les adolescents, o àdhuc nenes de Primària han seguit alguna dieta amb finalitat d'aprimar-se.

De totes formes, com afirma Odgen (2005, 116) per entendre la relació entre insatisfacció corporal i la influència de la indústria dietètica és necessari tenir perspectiva històrica. Al llarg de la història el cos femení ha estat constantment objecte de possible canvi, sempre era susceptible de ser adaptat als gustos del moment, ja fos en forma d'embenat dels peus, circumcisió femenina o els corsés polissons, per tant el règim alimentari no és res més que la versió moderna d'aquest fenomen conegut al llarg dels anys. Potser caldria afegir-li que actualment és la "més barata" de les opcions disponibles. Odgen considera que els canvis en el cos de la dona sempre han consistit en ressaltar les diferències que els situaven amb el cos femení, segons un antic refrany xinès

“si estimes a un fill, sigues inflexible amb els seus estudis; si estimes a una filla, sigues inflexible amb l'embenat dels seus peus” (Daly, 1978 a Odgen, 2005, 116), com que les dones acostumen a tenir els peus més petits que els homes, l'antiga tradició xinesa de l'embenatge subratllava aquesta diferència.

Tanmateix, en referència a la restricció alimentària es pot caure en un cercle viciós transcendent: la malnutrició incrementa la motivació per l'actitivat física, en cas d'estar-se practicant prèviament, i l'activitat física disminueix la gana, en estats de malnutrició (Toro i Artigas, 2000, 81).

Molt lligada a la idea de fer dieta, està el rebuig al sobrepès o l'obesitat. La visió demoniaca que s'ha ofert de l'obesitat i el sobrepès ha estat sustentada per les empreses d'assegurances, els metges moralitzants –habitualment prim–, la indústria farmacèutica i els nutricionistes dòcils i ingenus que sovint són enganyats pels qui marquen la moda (Sanders i Bazalgette, 1994 a Toro, 1996, 174). Els citats autors enumeren alguns avantatges del sobrepès:

- Les dones gruixudes pareixen nounats de major mida, la qual cosa suposa per aquests un menor risc futur de malalties cardíaques i diabetes.
- Les dones grosses tenen menys problemes amb la lactància de les seves criatures.
- A l'ancianitat, les persones grosses experimenten menys hipotèrmia.
- Les persones grosses pateixen menys fractures òssies per patir menys d'osteoporosis.
- Les persones grosses sobreviuen als atacs cardíacs més que les persones primes.
- Les persones grosses pateixen menys infeccions en general i més concretament pulmonars.

En tot plegat, com ja s'apuntava al capítol I, trobem el substrat del rebuig al greix com quelcom perjudicial, aquesta és la motivació de molts règims: evitar les substàncies greixoses perquè són dolentes. Aquesta lògica infantil, a més de ser simplista és errònia perquè un cos sa de dona necessita que entre un

18-30% del seu pes estigui determinat per teixit greixós. En el homes les xifres oscil·len entre el 12 i el 20%. Els mascles tenen més teixit muscular que és metabòlicament més actiu, la relació entre greix/múscul és inferior en les dones com també el seu pes, així que les seves necessitats energètiques també són inferiors a les masculines (Toro, 1996, 181-182). Això fa pensar que les dones puguin guanyar pes amb més facilitat i que tinguin més dificultats que els homes per perdre'l (Rolls i altres, 1991 a Toro, 1996, 182).

5.2.2.2 Experiències estressants

L'estrès és un constructe multidimensional, elements del qual han estat trobats com a components d'esdeveniments ambientals de vida, a la reacció biològica a tals esdeveniments, en les pressions de les relacions interpersonals, i en els múltiples símptomes psicològics i capacitat d'aguantar fetes en reacció als canvis i molèsties que fem front diàriament. L'estrès pot ser considerat realment com un concepte holístic que uneix la psique, el soma, i els entorns socials i psíquics (Grant, 2001, 148).

Tant és així, que en determinats moments o experiències estressants en la vida de les persones es produeix el que Bronfenbrenner (1987, 26) anomena transicions ecològiques, enteses com els canvis de rol o d'entorn que es donen al llarg de la vida. Per exemple, poden ser-ho que neixi un germà o germana, l'inici de pàrvuls o de l'escola, la promoció a un curs superior, canviar de casa, etc. La importància de les transicions ecològiques pel desenvolupament prové del fet que gairebé sempre van acompanyades d'un canvi de rol, o sigui de les expectatives de conducta associades amb determinades posicions dins la societat. *Els rols tenen un poder quasi màgic per modificar com es tracta a una persona, com actua, el que fa, i per tant, àdhuc el que pensa i sent. El principi és vàlid no només per la persona en desenvolupament, sinó per les demés persones del seu món (id.).*

Els successos traumàtics com haver patit abús sexual a la infància cada vegada són més vistos com a potencials contribuïdors al desenvolupament de diferents patologies (Connors, 2001, 149). D'igual mode, el maltractament a la infància té una estreta relació amb posteriors problemàtiques amb l'alcohol i

altres drogues a l'adolescència o la vida adulta, entenent per maltractament un ampli rang de tipologies, com l'abús sexual, violència física, abús psicològic – dins el qual s'inclou el haver presenciada violència– (Miller i Mancuso, 2004, 149-150).

És clar que aquests abusos constitueixen un risc significatiu pel desenvolupament de la imatge corporal i problemes alimentaris en adolescents i joves adults. La prevenció dels abusos pot conduir a una considerable disminució del risc d'un possible TCA. A la vegada, en nombrosos estudis fora de l'àrea dels TCA, la duració de l'abús ha estat lligada a uns resultats més pobres (Browne i Finkelhor, 1986 a Miller i Mancuso, 2004, 160). D'aquí que sigui probable que una primera i apropiada intervenció en situacions en les quals hi ha hagut abús sexual pot reduir posteriors simptomatologies (Neumann i altres, 1996 a Miller i Mancuso, 2004, 160). Al mateix temps, gràcies a les interaccions familiars sembla que es modera la relació entre abusos sexuals i TCA; les intervencions que proveeixen d'ajuda als pares i/o mares i faciliten el funcionament familiar poden reduir el risc. Aquestes poden incloure teràpia familiar, a l'escola o programes que involucren a la comunitat promovent la força i resistència familiar. La resistència de la seva mostra adolescent estava associada a tenir accés a un clínic o infermeria a l'escola, percebent nivell més baixos d'ús de substàncies a l'escola.

Hi ha qui com Wallace (2007, 56) afirma que l'estrès és més comú avui dia que cap altra vegada ho havia estat a la societat occidental. I és ben cert, que atès la mobilitat i dinamisme de la societat actual mai com fins ara una persona podia arribar a experimentar tantes transicions ecològiques en el seu transcórrer vital. Per descomptat que aquest estrès que es palesa en molta gent per diferents motius, afecta a l'alumnat d'Educació Primària. En conseqüència, aquestes situacions augmenten la seva vulnerabilitat davant les "inclemències de l'entorn". A Catalunya, on els infants passen moltes hores a l'escola –sis lectives a les que es poden afegir les dues hores de menjador i una i mitja més d'extraescolars–, incrementades recentment per la implementació a marxes forçades de la sisena hora, moltes criatures duen a terme una autèntica jornada laboral de 8 o 10 hores, gràcies a les activitats extraescolars, hores de permanència i aollida. A banda, que òbviament, la

dificultat o manca de predisposició de combinar vida laboral i personal directament pot tenir diferents implicacions pel que fa a la salut de la quitxalla, en consonància amb l'esmentada influència de l'entorn sobre l'infant en un sentit ampli, ecològic.

En relació amb el desenvolupament biològic, la menarquia primerenca també pot ser un factor de risc, ja que el cos acostuma a agafar més volum que els de les seves companyes. Això pot comportar una major insatisfacció corporal perquè les noies amb la pubertat acostumen a allunyar-se del model social imperant pel cos femení (Raich, 2002, 112-113).

Canalda (a Raich, 1994, 63) ha desenvolupat una escala d'esdeveniments vitals per a infants en els quals destaquen:

- Naixement d'un germà o germana.
- Separació del pare i mare.
- Mort del pare o mare.
- Canvi de lloc de residència.
- La mare comença a treballar fora de casa.
- Canvi d'escola.
- Canvi d'etapa educativa.
- Aparició d'una malaltia greu.
- Conflictes importants amb amistats íntimes.

De totes formes, malgrat que els successos traumàtics com els abusos i maltractaments afavoreixen que a posteriori existeixin més seqüeles en el terreny de la salut, les experiències estressants són enormes en quantitat i tipologia¹⁰⁸, per tant "el conreu" de la resiliència es perfila com un dels elements claus per resistir-hi. Un bon element per front a l'estrès és escriure en un diari personal, com a mínim tres cops per setmana, durant uns vint minuts, per

¹⁰⁸ Paradoxalment una insatisfacció corporal prèvia a un trastorn pot venir perquè la noia consideri que té massa poc pit, o perquè cregui que té massa pit, i l'acomplexi. De tal forma, que tant una com l'altra casuístiques, evidencien que els complexos que poden predisposar als TCA són constructes socials on l'entorn i la història de vida individual juguen un paper primordial.

permetre una experiència reflexiva, realitzar una bona gestió del temps tot analitzant la que efectuen actualment, per això, és important que es creïn límits personals i aprendre a dir no, ser flexible amb l'horari i pensar en distraccions i emergències, marcar-se prioritats; tècniques de relaxació... (Wallace, 2007, 57).

Malgrat que la capacitat de resistir i adaptar-se a les situacions canviants estigui ben desenvolupada, les mesures més punitives també poden ajudar a prevenir esdeveniments vitals que puguin propiciar un TCA, una idea és la que defensen Herrin i Matsumoto (2007, 80) mitjançant la prohibició de totes les bromes sobre el pes, encara que siguin de bon humor, ni dels canvis de la pubertat, ja que a més, les noies és més fàcil que amb el canvi s'allunyin més de l'ideal corporal dominant.

5.2.2.3 Trastorns psiquiàtrics

Entre els trastorns psiquiàtrics destaca la propensió a la depressió, és a dir, a veure-ho sempre el got mig buit, sentir-se trist, desgraciada, poca cosa com a persona, afrontar totes les situacions de forma pessimista sense valorar el que es té. Tant és així, que diferents estudis han mostrat que la depressió és present com antecedent o bé com a conseqüència dels trastorns (Raich, 2002, 104-105).

Stice i altres (2001 a Raich, 2002, 105) consideren que als TCA s'hi arriba perquè hi ha una gran insatisfacció corporal que porta a la dieta i de la dieta a la depressió; o també perquè la gran insatisfacció corporal porta a la depressió, que posteriorment conduirà a algun TCA. D'igual mode, s'entén que una explicació plausible per entreveure perquè les dones tenen més depressió pot tenir una relació directa amb l'educació. Al fet que els nois siguin educats en valors més actius, de planificació, d'independència i exploració del món –que els fa més forts per afrontar l'estrès–, en canvi, que a les noies siguin més ensenyades a valorar les relacions interpersonals, a tenir unes habilitats més passives –com pensar-hi i donar-li voltes– i depressores.

5.2.2.4 Exercici físic en excés

La gimnàstica artística i la gimnàstica rítmica són esports amb un elevat risc de patir trastorns alimentaris, perquè per practicar-los es valora excessivament tenir un cos prim. En aquestes pràctiques, la causa dels trastorns pot estar acompanyada de la mateixa exigència de l'esport i potser encara més de la valoració que se'n fa (Raich, 2002, 112).

Pel que fa a l'exercici físic en excés ens són vàlides les consideracions esmentades anteriorment a la secció que parlava de les professions de risc, és clar que l'esport comporta benefici per la salut, però si la seva pràctica es torna obsessiva, com que treu temps per altres activitats importants de la vida quotidiana, pot ser "molt debilitador".

5.2.3. CRONIFICANTS

Els factors cronificants o perpetuants són aquells que fan que el trastorn es mantingui, el reforcen en la seva espiral patològica. Evidentment una intervenció preventiva de caire primari pot ajudar a les persones afectades de TCA així com al seu entorn sociofamiliar, però els objectius d'una acció preventiva del tipus que plantegem li agafen una mica de lluny a els elements cronificants. En conseqüència, tan sols els esmenten d'Adelantado i altres (2001, 11), tot i que com és obvi, bona part d'ells ja han aparegut ocupant un altre paper dins el model multicausal explicatiu dels TCA.

Trastorns psiquiàtrics: alguns dels més habituals poden ser la presència de trastorns de la personalitat, depressius i obsessius.

Malnutrició: es considera el factor més important de manteniment perquè altera la gana i la digestió, provocant ansietat, irritabilitat, tristesa, comportament obsessius i conductes compulsives per perdre pes.

Socioculturals: pressió pels canons estètics i el cult al cos prim.

Psicosocials: sobretot tenen més rellevància els familiars, com les discussions amb el pare i la mare per causa del menjar, que provoquen una situació d'estrès crònic a la família.

5.2.4 FACTORS DE RISC

Els factors de risc poden ser entesos com a barreres per a un desenvolupament humà exitós. Per tant, és necessària una comprensió del desenvolupament dels processos que ajuden als individus a satisfer les seves necessitats de desenvolupament i/o defugir barreres identificades (Murray, Guerra i Williams, 1997, 121).

Un factor de risc és qualsevol variable, la presència de la qual incrementa la probabilitat que el trastorn en qüestió es desenvolupi (Kraemer i altres, 1997 a Levine i Smolak, 2006, 95). Alguns factors de risc són fixes com és el cas del gènere, i per tant no poden ser modificats. En canvi, d'altres són modificables, com és el cas dels rols de gènere (Levine i Smolak, 2006, 95).

Com hem comentat, existeixen factors de risc específics i inespecífics, de totes maneres, atès que l'abordament a la problemàtica dels TCA ha de ser holístic, les llistes de factors de risc elaborades fins la data poden o no anar diferenciats però els vasos comunicants són molt nombrosos. De fet, els factors de risc esdevenen indicadors concrets de molts dels agents causants.

Striegel-Moore i Steiner-Adair (2000, 28-29) proporcionen un recull de factors de risc per l'anorèxia i la bulímia nervioses:

- Ingressos elevats i alt nivell educatiu dels progenitors¹⁰⁹.
- Problemes alimentaris a la primera infància.
- Baixa autoestima.
- Predomini de conductes neuròtiques.
- Sobreprotecció materna.
- Algun parent de sexe femení que pateix d'anorèxia o bulímia nervioses.
- Psicopatologia dels pares i/o mares.

¹⁰⁹ Encara que antigament es pensés que l'anorèxia era pròpia de classes mitges-altes i posteriorment s'hagi comprovat que no respecta gaire classes socials. També és clar, que segons quines classes socials no es poden permetre tants luxes amb el menjar i conserven modes de vida més "tradicionals" com els àpats familiars, que prevenen l'aparició de trastorns com l'anorèxia o la bulímia.

- Abús sexual a la infància.
- Mernarquia primerenca.
- *Locus* extern de control.
- Obesitat a la infància.
- Preocupació pel pes.
- Pressió social respecte al pes i/o l'alimentació.
- Dietes familiars.
- Trastorns alimentaris en membres de la família.
- Criança inadequada.
- Discòrdia entre el pare i la mare.

Ho podem complementar amb alguns altres factors de risc definits per Polivy i Herman (2002, 205), que recullen alguns dels factors de risc que han rebut més atenció: pressió sociocultural per estar prima; variables de personalitat com la por a créixer, perfeccionisme, dissociació, desconfiança interpersonal, predisposició genètica.

Per Polivy i Herman (2005) és difícil imaginar la presència d'algun TCA sense que hi hagi algun d'aquests factors: insatisfacció corporal, baixa autoestima, distorsions cognitives com els pensaments obsessius (com que s'està massa gras), estressors ambientals (habitualment el factor que ho provoca), emocions negatives com depressió, ansietat o característiques personals com la necessitat de control (sobre si mateix o sobre el cos) i una inadequada formació de la identitat.

Per la seva banda, Jacobi (2005, 78) ha sintetitzat els factors de risc i correlacions retrospectives per a l'anorèxia nerviosa:

Naixement: Factors genètics.

Gènere.

Etnicitat.

Complicacions d'embaràs, edat de gestació.

Naixement prematur, trauma de naixement.

Moment de naixement.

Infància: Problemes de salut primerencs.

Problemes digestius, pica, símptomes anorèxics.

Conflictes amb el menjar, pugnes al voltant del menjar, menjar poc saludable.

Adopció internacional i preocupació per la cura.

Problemes per menjar i problemes gastrointestinals; problemes per dormir.

Aculturació.

Trastorn d'ansietat, trastorn de personalitat obsessiva-compulsiva i trets.

Abús sexual, esdeveniments vitals adversos.

Alts nivells de solitud, timidesa, inferioritat, alta preocupació paterna.

Adolescència:

Edat adolescent.

Pubertat primerenca.

Preocupació pel pes, dietes.

Alt nivell d'exercici i trastorn obsessiu-compulsiu.

Trastorn dismòrfic.

Factors de risc i correlacions retrospectives per a la bulímia nerviosa (*ibid.*, 79):

Naixement:

Genètics.

Gènere.

Etnicitat.

Complicacions a l'embaràs.

Infància:

Problemes de salut primerencs.

Ansietat, depressió.

Abús sexual, negligència física.

Trastorn sobreansios.

Obesitat infantil.

Aculturació.

Adolescència:

Edat adolescent.

Pubertat primerenca.

Preocupació per la figura i el pes, fer dietes, imatge corporal negativa.

Baixa autoestima, ineficàcia.

Morbilitat psiquiàtrica, afectivitat negativa.

30 dies de consum d'alcohol.

Impopularitat i agressivitat.

Alts nivells de neuroticisme.

Esdeveniments vitals negatius.

Baix suport social, fòbia social, alts nivells de timidesa, alts nivells d'exposició a ambients de dietes de risc (ex. experiències familiars adverses, alcoholisme patern, depressió, abús de drogues, obesitat parental, comentaris crítics dels pares sobre pes i figura, baix contacte i altes expectatives).

Evitació a aguantar situacions.

Símptomes pròdroms.

Factors de risc i correlacions retrospectives per als trastorns alimentaris d'afartament (*ibid.*, 80):

Naixement:

Factors genètics.

Gènere.

Etnicitat.

Infància:

Abús sexual.

Negligència física.

Negligència paternal percebuda i rebut.

Obesitat infantil.

Adolescència:

Dietes i baixa autoestima.

Alta preocupació pel cos, preocupació pel cos prim i pressió social.

Esdeveniments vitals negatius, alt ús de la fugida per evitar situacions.

Baix nivell de percepció de suport social, alt nivell d'exposició a ambients de dietes risc. Ex. autoavaluació negativa, depressió major, marcats problemes de conducta.

Autolesió deliverada, alts nivells d'exposició a crítica parental, altes expectatives, mínim afecte, baixa participació i cura maternal i alta sobreprotecció.

Qualsevol abús sexual, repetit i severos abusos físics.

Bullyng, discriminació, comentaris crítics de la família sobre figura, pes o menjar, i burles sobre figura, pes, menjar i aparença.

The McKnight Investigators (2003, 248) feren recerca sobre els factors de risc per l'inici de TCA en noies adolescents sobre una mostra de 1353 noies. Emprant la definició de risc que suggeriren Kraemer i altres¹¹⁰. Comprovaren (*ibid.*, 253) que la preocupació per tenir un cos prim i la pressió social són els indicadors més forts de l'inici d'un trastorn alimentari. El factor "desitjar tenir un cos prim" els apareixia de forma relativament estable de sisè a 12è grau, la qual cosa els suggeria que la preocupació amb un ideal de cos prim podia venir d'abans de sisè grau. Per tant, els esforços per reduir les fonts de preocupació per un cos prim, la pressió dels iguals o l'entorn cultural són necessaris per prevenir els trastorns alimentaris.

No obstant, els agents no sempre estan presents ni són causes necessàries, de fet, per al mateix trastorn pot variar en diferents grups ètnics, nivells evolutius i moments en que es realitzin les medicions (O'Connor i Rutter a Smolak, Levine i Schermer, 2000, 175).

En general els estudis mostren que les persones afectades de TCA, en contrast amb altres trastorns psiquiàtrics, tenen més possibilitats d'haver patit abans de l'inici del trastorn (Shisslak i Crago, 2001, 107):

- Gran pressió parental, altes expectatives o abús.
- Més problemes de salut.
- Obesitat infantil.
- Més crítica familiar sobre el seu pes, figura o hàbits alimentaris.
- Una autoavaluació més negativa.

En el cas de la recerca sobre TCA hem de fer front a quatre desafiaments (Levine i Smolak, 2006, 96-97):

1. La baixa prevalència de les variables dependents clínicament significatives.
2. La relació entre símptomes individuals, síndromes subclínic, i trastorns alimentaris és confusa.

¹¹⁰ (1997 a *ibid.* 248), "un factor de risc està definit com una característica, experiència o event que, si es presenta, s'associa amb un increment de la probabilitat (risc) d'un resultat particular sobre la tasa base del resultat en la població general".

3. L'abús i assetjament sexual poden ser uns contribuïdors importants.
4. Les influències socioculturals probablement varien depenent de l'emplaçament.

Pel que fa al darrer punt és força diferent els efectes que els comentaris dels iguals sobre el pes i figura puguin comportar si es donen en un context en el qual és habitual aquest tipus de "bromes", que en indrets on aquestes burles són escasses. Al mateix temps, els comentaris dels iguals poden tenir diferents efectes si succeeixen de forma relativament aïllada comparats amb els que es donen entre missatges sobre grassos i prims del modelatge paritari, model parental i comentaris, burles de germans, i mitjans de comunicació (*ibid.*, 100). Tanmateix, és important considerar que la majoria de factors de risc han estat extrets de recerques amb mostres de dones blanques, per tant, la validesa més àmplia d'aquests factors és oberta a qüestionaments (*ibid.*, 102).

Tant la prevenció selectiva com la universal requereixen d'identificar els factors de risc. No obstant això, la prova final per a un factor de risc és demostrar que la seva reducció condueix a una reducció de la incidència del trastorn i els factors de risc dels TCA encara no han passat la prova. Molt personal investigador ha argumentat que les activitats de prevenció s'haurien de centrar en els factors "protectors" com construir alts nivells d'autoestima, que redueix la probabilitat d'encetar un trastorn alimentari. Emperò, aquests factors no s'han identificat en estudis prospectius de factors de risc (Barr, 2005, 2).

Shisslak i Crago (2001, 105) consideren que s'ha escrit força sobre els factors de risc, però no gaire sobre els factors protectors que poden incrementar la resistència als TCA. Entenen que els factors protectors a tall individual són:

- Posseir autonomia i assertivitat.
- Rendiment reeixit en la duta a pràctica de múltiples rols com cura familiar, família, interessos personals.
- Fer front bé a situacions estressants.
- Alta autoestima.
- Predisposició genètica per ser prim.

A nivell familiar:

- Ser membre d'una família en la qual no fan gaire èmfasi amb el pes o l'atractiu.
- Properes, però no massa properes, relacions amb els progenitors.

Pel que fa als factors protectors en l'àmbit sociocultural:

- Acceptació social d'una àmplia tipologia d'imatges corporals i talles.
- Participació en esports que animen a la valoració del cos per la seva pràctica més que sols pel seu atractiu.
- Estretes relacions amb amistats o parelles que estiguin relativament despreocupades amb el pes.
- Suport social.

Si bé encara falta avançar en el seu coneixement, en consonància amb el seu origen multicausal, els factors de risc coneguts a dia d'avui són força nombrosos, no obstant, obtenen especial rellevància els que s'engloben dins la preocupació pel cos prim i tot el que l'alimenta. Al mateix temps, molts dels factors de risc ja es donen o s'inicien a Educació Primària. La qual cosa ens confirma, que cal treballar aviat per contrarestar-los a través d'una intervenció pedagògica que eduqui en aspectes tan rellevants com l'assertivitat o la comprensió crítica mitjançant les trames de les produccions audiovisuals. Així mateix, els factors protectors que es poden treballar mitjançant l'educació en valors ens permeten encarar la prevenció amb una actitud positiva que allunya efectes secundaris adversos.