



LA TEMPTACIÓ D'APRIMAR-SE

*La prevenció dels factors de risc dels Trastorns de la Conducta Alimentària
a l'àrea d'influència de l'institut de Llançà*



Agraïments

Agraeixo ala meva tutora del Treball de Recerca que m'ha ajudat a acotar el tema i m'ha proporcionat informació per a l'elaboració del treball. També per la seva comprensió, atenció i ajuda constant, ja que sense ella no l'hauria pogut haver fet.

A tots els experts i professionals , i a totes les persones que m'han dedicat el seu temps per haver-me concedit les entrevistes que m'han proporcionat aquesta informació tan valuosa.

A la meva família, per donar-me tot el suport moral que he necessitat durant aquest període tan llarg i intens.

INDEX

Introducció.....	5
1. Els trastorns de la conducta alimentària i la seva classificació.....	8
1.1. Anorèxia nerviosa.....	9
1.2. Bulímia nerviosa.....	10
1.3. Trastorn de la conducta alimentària no especificat.....	11
1.4. Trastorn per afartament.....	12
2. Incidència i prevalença dels TCA.....	13
3. Principals factors de risc dels TCA.....	17
3.1. Factors biològics.....	17
3.2. Factors individuals i familiars.....	18
3.3. Factors socioculturals.....	19
3.4. Factors precipitants.....	20
3.5. Factors mantenidors.....	21
4. Detecció dels TCA.....	22
4.1. Senyals d'alerta.....	22
4.2. Instruments de cribratge per la identificació dels TCA.....	24
5. Avaluació dels TCA.....	26
5.1. Exploració física.....	26
5.2. Exploració analítica.....	26
5.3. Dades físiques i analítiques que no exclouen el diagnòstic de TCA.....	27
6. Diagnòstic dels TCA.....	28
6.1. Criteris diagnòstics de l'AN.....	28
6.2. Criteris diagnòstics de la BN.....	30
6.3. Criteris diagnòstics TCANE.....	31
6.4. Criteris diagnòstics del TA.....	32
7. Diferents nivells d'atenció.....	33
7.1. Atenció Primària (AP).....	33
7.2. Atenció especialitzada.....	33

8. Tractaments dels TCA.....	36
8.1. Tractament psicològic.....	37
8.2. Tractament nutricional.....	39
8.3. Tractament farmacològic.....	40
9. Pronòstic dels TCA.....	41
10. Prevenció dels TCA.....	43
10.1. Prevenció Primària.....	44
10.2. Prevenció secundària.....	47
10.3. Prevenció terciària.....	48
11. Introducció al treball de camp.....	49
12. Associació Catalana d'Infermeria i Salut Escolar: Programa d'Educació per la Salut a l'Escola i Institut (PESEI).....	50
12.1. Prevenció primària des de l'ABS a les escoles.....	52
12.2. Prevenció primària des de l'ABS a l'institut.....	53
13. Àrea de Benestar del Consell Comarcal: <i>Motxilla Pedagògica</i>	55
13.1. <i>Motxilla Pedagògica</i> a l'institut.....	59
14. Organisme de salut pública de la Diputació de Girona: Dipsalut. Projecte Sigues tu.....	60
14.1. Sigues tu a les escoles.....	64
14.2. Sigues tu a l'Institut.....	68
15. Altres.....	72
15.1. Mossos d'esquadra.....	72
15.2. Departament d'agricultura i Departament d'Ensenyament.....	73
16. Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica.....	74
17. Anàlisi de les activitats de promoció de la salut i els factors de risc dels TCA.....	76
17.1. Escola de Portbou.....	76
17.2. ZER "Cap de Creus".....	78
17.3. Escola de Llançà.....	80
17.4. Institut de Llançà.....	82

18. Conclusions.....	85
Bibliografia.....	90
Annexos	

INTRODUCCIÓ

Actualment vivim en una societat, en la que desgraciadament, el cànon de bellesa imposat és la primesa, a vegades una primesa que arriba a ser extrema, i aquest és l'estereotip que contínuament arriba a milers d'adolescents vulnerables i descontents amb el seu cos. Tenen com a objectiu aquell 90 60 90 de les models de *Victoria's Secret* o el cos d'aquelles que surten a les revistes, sempre acompanyades amb els nois més macos, i associen la primesa amb l'èxit a la vida. Si estàs prim, agrades, sinó no, així de simple.

Però, quin és el preu d'aquesta primesa? Cada cop més gent i cada cop més joves pateixen algun tipus de trastorn de la conducta alimentaria. Generalment noies que volen, sigui com sigui, "un cos perfecte" i moltes opten per la manera més fàcil, deixar de menjar. Es tornen obsesses de l'exercici, del recompte de calories i unes professionals en inventar excuses que justifiquin la falta de gana. Cada cop més primes, cada cop més malaltes.

I què es pot fer per prevenir aquest trastorn? S'ha de saber que aquests trastorns no només afecten al cos, no només és estar massa prim sinó que també són un problema mental. Amb això vull dir que no és suficient en incidir sobre l'alimentació, l'obesitat o l'exercici, és molt més que això, i segons quins temes estiguin relacionats amb la malaltia són difícils de tractar.

Per això el meu treball tracta sobre la prevenció dels trastorns de la conducta alimentària, i la hipòtesi plantejada és la següent:

-Els programes d'activitats de promoció de la salut en l'entorn escolar de Llançà per a infants i adolescents, compleixen els criteris de prevenció dels factors de risc dels Trastorns de la Conducta Alimentària.

Per tant, el treball consistirà en l'anàlisi dels programes d'activitats de promoció de la salut que es realitzen en concret a les escoles de la zona d'influència més propera de l'INS de Llançà i el propi institut, i relacionar-los amb els factors de risc dels Trastorns de la Conducta Alimentària per esbrinar si poden considerar programes de prevenció primària.

Per tal de poder validar o refutar la meua hipòtesi m'he proposat els objectius següents:

1. Conèixer què són els trastorns de la conducta alimentària, les primeres aparicions de la malaltia en la història, la població de risc a la que afecten i saber com es classifiquen i quins tipus hi ha.
2. Saber quanta població pateix la malaltia i també els casos diagnosticats per any en Europa en general, passant per Espanya i concretant a Catalunya.
3. Identificar els factors de risc existents del trastorn que fan més vulnerable la persona i per tant, els factors que s'han de protegir amb la prevenció.
4. Conèixer quines alteracions es produeixen en una persona amb un possible trastorn per tal que l'entorn el pugui detectar, i si és així conèixer com s'avaluen des del punt de vista professional.
5. Conèixer com es diagnostiquen amb els diferents manuals disponibles i quines diferències i ha entre ells i saber també el passos següents, quins tipus de tractament hi ha i on es tracten.
6. Informar-me sobre quin pronòstic tenen aquestes malalties, si és possible una curació i si desgraciadament pot acabar amb la mort.
7. Conèixer els tipus de prevenció existents, saber en que consisteixen, quins objectius tenen i a quina població van dirigides.
8. Conèixer les diferents entitats i organismes que realitzen activitats de promoció per la salut, saber quins són els principals objectius i que ofereixen.
9. Saber quins d'aquests programes s'apliquen a l'àrea d'influència de l'institut de Llançà.
10. I per últim, identificar quins d'aquests programes es relacionen amb els factors de risc dels Trastorns de la Conducta Alimentària.

La metodologia per realitzar el meu treball és pel que fa al marc teòric, fer una recerca bibliogràfica i documental sobre els trastorns de la conducta alimentària, analitzant tota la informació necessària a través de llibres, articles, manuals, webs especialitzades i dades estadístiques i documentals.

Pel que fa el treball de camp, aquest consisteix en conèixer les característiques de les activitats i programes de promoció de la salut que es realitzen a les escoles de Portbou,

Colera, El Port de la Selva i Llançà i a l'institut de Llançà per tal d'analitzar-les i determinar la seva relació amb els factors de risc dels TCA.

O sigui, vull saber si en aquestes activitats s'incideix de manera positiva i com a prevenció en els factors de risc dels TCA.

Amb aquest objectiu m'he entrevistat amb els responsables dels diferents organismes i entitats que ofereixen Programes de Promoció de la Salut per conèixer les seves característiques, els seus objectius i les activitats que presenten (després el centre educatiu escull les que ell considera més adequades a les seves necessitats) sempre destinades a l'edat de més risc dels TCA, 11/12-16 anys.

Seguidament, m'he entrevistat amb la responsable de l'EAP (Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica) que és la que recull i supervisa a nivell general les propostes existents. Assessora el professorat, si és necessari i quan el centre ho demana, i posa en contacte amb les diferents entitats que fan l'oferta de programes amb les escoles i l'institut.

El pas següent ha estat parlar amb les diferents escoles i l'INS de Llançà per saber quines de les activitats proposades duen a terme al centre i a més a més, si fan alguna altra activitat dissenyada pel propi centre o d'altres fonts.

Finalment, a partir de tota la informació que he obtingut de l'anàlisi de les activitats, les entrevistes a professionals dels diferents àmbits, el material que m'han proporcionat i les consultes web, he realitzat unes taules en les que es relacionen les diferents activitats de promoció de la salut amb els factors de risc dels TCA i així saber quines d'aquestes incideixen positivament en aquests i es converteixen en factors de prevenció primària.

1. ELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA I LA SEVA CLASSIFICACIÓ

Els TCA¹són, segons l'Organització Mundial de la Salut, malalties desalut mental complexes, multi causals, que afecten principalment adolescents i dones joves i representen la tercera malaltia crònica més comuna entre els joves, situant-los entre lesmalalties mentals de prioritat pels nens i adolescents donatel risc per a la salut que impliquen.²

Es caracteritzen per tenir una alteració definida del patró d'ingesta o de la conducta sobre el control del pes que produeix un deteriorament físic i psicosocial.

En conseqüència, apareix una malnutrició que afecta a tot l'organisme i al funcionament cerebral, la qual cosa perpetua el trastorn mental. Aquesta alteració de la conducta no ha de ser secundària a cap malaltia mèdica o psiquiàtrica. S'ha relacionat amb una seriosa morbiditat³, així com una significativa mortalitat, constituint un problema de salut pública pel seu curs clínic perllongat i la seva tendència a la cronificació.

Aquests trastorns es classifiquen en quatre tipus de malalties: l'anorèxia, la bulímia, el trastorn de la conducta alimentària no especificat i el trastorn per afartament.

Ja a l'Edat Mitjana, hi havia homes i dones que practicaven el dejuni, però el que movia a la majoria d'aquestes persones a practicar una restricció alimentària era de caràcter religiós, el que es coneix com "anorèxia santa". En aquesta, les persones no presentaven les característiques de l'anorèxia nerviosa actual en què la pràctica del dejuni es troba en funció de la bellesa corporal, com n'era el cas de Santa Catalina de Siena: *“Corría el año de 1360. Catharina Benincasa iniciaba su adolescencia, cuando quedó fuertemente afectada por la muerte de dos de sus hermanas, lo que había aumentado sus deseos de entregarse exclusivamente a Dios. Ante la insistencia de sus padres para que se casara, decidió someterse a un severo aislamiento, y a sus 16 años no comía más que pan, agua*

¹Trastorns de la Conducta Alimentaria.

²Revista de Medicina Clínica Condes - 2011; 22(1) 85 – 97.

³Quantitat de persones d'un grup o d'una població que són afectades per una certa malaltia.

y vegetales crudos. Catalina de Siena mantuvo su austeridad alimentaria toda su vida, lo que la llevó a la muerte en el año de 1380 a los 32 años de edad.”⁴

Encara que les primeres descripcions de l'anorèxia nerviosa daten del segle XVII, quan Morton que al 1689, va establir en el llibre “Phthisiologia, seu Exercitationes de Phthisis” que l'origen d'aquest trastorn, a diferència d'altres estats de malnutrició, era una pertorbació del sistema nerviós acompanyada de tristesa i preocupacions. Descriuint les manifestacions de la malaltia en els següents termes: *“Después de muchos cuidados y sufrimientos espirituales, de una supresión de la menstruación y sin signos de clorosis, decayó el apetito y la digestión. La musculatura se debilitó y el semblante comenzó a palidecer, síntomas habituales en la consunción del cuerpo. Este decaimiento pareció acelerarse [...] sobre todo porque sus estudios nocturnos y lecturas apasionadas de libros a los que se entregó, se expuso día y noche a la inclemencia del aire, que era extraordinariamente frío, sin faltar tampoco una ostensible alteración del sistema nervioso*”⁵

Al segle XIX es descriu com quadre psicopatològic individual similar a l'observat en l'actualitat, tot i que es pensava que era una malaltia de l'ànim. La història de la BN és molt més recent, augmentant considerablement el nombre de persones afectades en els últims anys. Entre les raons, possiblement la seva evolució menys dramàtica i la facilitat de les persones afectades per passar desapercibudes.

Actualment s'ha produït un increment progressiu de la seva incidència⁶ i prevalença⁷ en la població jove d'entre 12 i 16 anys degut, fonamentalment a factors socioculturals. Afecten de forma preferent a la població adolescent femenina i homosexuals i s'observa una tendència a l'augment, arribant a una incidència del 5%. sobretot de formes parcials, en adolescents i homes de risc en una proporció 1/10.

1.1. ANORÈXIA NERVIOSA

⁴Toro J., *El cuerpo como delito*. Ariel 1996

⁵Morton, 1689, *apud* Turón, 1997b;6)

⁶Nombre de persones que emmalalteixen (o de casos d'una malaltia) en una població específica durant un període de temps. També anomenat freqüència.

⁷Terme adoptat per l'OMS (1966) per a indicar la proporció d'afectats d'una determinada malaltia per cada 1000 habitants d'una àrea geogràfica o social, en un temps determinat.

La AN⁸ és un TCA que es manifesta com un desig irrefrenable d'estar prim, acompanyat de la pràctica voluntària de procediments per aconseguir-ho: dieta restrictiva estricta i conductes purgatives. Malgrat la pèrdua de pes progressiva, les persones afectades presenten un intens temor a arribar a ser obeses. Presenten una distorsió de la imatge corporal, amb una imatge extrema per la dieta, figura i pes, i persisteixen en conductes d'evitació cap al menjar amb accions compensatòries per a contrarestar el que ingereixen (hiperactivitat física desmesurada, conductes de purga, etc.). No solen tenir consciència de malaltia ni del risc que corren per la seva conducta.

La seva atenció està centrada en la pèrdua ponderal, la qual cosa els causa estats nutricionals carències que poden comportar riscos vitals. Generalment, hi ha trets de personalitat previs amb tendència al conformisme, necessitat d'aprovació, responsabilitat, perfeccionisme i falta de resposta a les necessitats internes.



- a) **Anorèxies restrictives:** Són pacients que aconsegueixen perdre pes restringint la seva dieta. No utilitzen mètodes purgatius i no tenen episodis de descontrol. Aquesta restricció es complementa, en la majoria d'ells, amb exercici excessiu i hiperactivitat.
- b) **Anorèxies purgatives:** Són pacients que, a més a més de fer dieta, utilitzen mètodes purgatius per a eliminar el menjar ingerit. Els pacients anorèxics purgatius poden presentar un perfil de gran descontrol i trastorns de personalitat similars a un pacient bulímic. L'única diferència és que aconsegueixen mantenir el seu pes per sota del 15% del seu pes ideal i no tenen menstruació.

1.2. BULÍMIA NERVIOSA

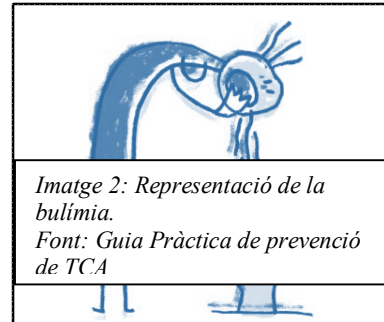
La BN⁹ és un TCA que es caracteritza per episodis d'afartaments (ingesta voraç i incontrolada), en els quals s'ingereix una gran quantitat d'aliment en poc espai de temps i generalment en secret.

⁸Anorèxia Nerviosa.

⁹Bulímia Nerviosa

. En la BN no es produeixen necessàriament alteracions en el pes, es pot presentar pes normal, baix o sobrepès. LaBN sol ser un trastorn ocult, ja que fàcilment pansa desapercebut, i es viu amb sentiments de vergonya i culpa. La persona afectada sol demanar ajuda quan e

- a) **Bulímies purgatives:** Durant l'episodi de bulímia nerviosa el malalt es provoca el vòmit amb regularitat o abusa de laxants, diürètics o ènemes.
- b) **Bulímies no purgatives:** En aquest cas, per controlar el pes utilitzen com a mecanismes compensadors el dejuni i l'exercici excessiu durant els dies següents a l'afartament, però regularment no hi ha vòmits provocats, abús de laxants, diürètics o ènemes.



1.3. TRASTORN DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA NO ESPECIFICAT

Els TCANE¹⁰ són habitualment quadres de AN o BN incomplets, ja sigui pel seu inici o perquè estan en vies de resolució. Per tant, en ells veurem símptomes similars a la AN o a la BN però sense arribar a configurar un quadre complet, encara que no per això menys greu. En els TCANE també s'inclouen trastorns tals com l'ocupació habitual de conductes compensatòries inadequades (després d'ingerir petites quantitats d'aliment, mastegar-les i expulsar el menjar) i episodis compulsius d'ingesta de forma recurrent però sense conductes compensatòries. La diferència principal amb la BN és l'absència de mecanismes compensatoris dels afartaments, per la qual cosa amb el temps el pacient s'encamina inexorablement cap a un problema de sobrepès o obesitat.

¹⁰ Trastorn de la Conducta Alimentària No Especificat.

1.4. TRASTORN PER AFARTAMENT

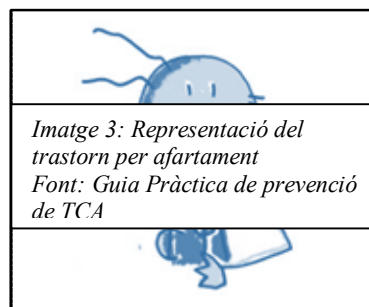
Segons *La Guia de Práctica Clínica*¹¹, el TA¹² és una entitat en fase d'estudi per poder determinar si ens trobem davant un trastorn diferent de la resta de TCANE o simplement és davant una forma lleu de BN.

Però segons vaig poder aclarir a la Jornada, Més enllà de la imatge¹³ realitzada a l'UdG, durant la intervenció de la Glòria Tràfac, psicòloga i coautora de la guia, el TA és considerat un trastorn independent dels altres des del 2013, amb les seves característiques i criteris de diagnòstic propis. Per tant, el trastorn per afartament es caracteritza per episodis d'ingesta compulsiva de forma recurrent. Té moltes similituds amb la BN.

Aquesta nova divisió també la podem comprovar en el DSM-V, el Manual de Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals de l'Associació Estadunidenca de Psiquiatria publicat el 18 de maig de 2013, que ja actualitzat, ha inclòs el TA com un trastorn independent dels altres TCA amb els seus criteris de diagnòstic

particulars. A diferència del manual de diagnòstic i estadístic de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), el CIE-10, que encara conserva el TA com una AN Atípica o una BN Atípica.

La diferència principal és que la persona que sofreix un TA no realitza conductes compensatòries (vòmit provocat, abús de laxants i/o diürètics, dejunis, exercici físic a l'excés, etc.). També és habitual que la persona que té aquest trastorn presenti símptomes depressius. Una de les conseqüències més habituals del TA és sofrir sobrepès o obesitat, amb els riscos que això comporta per a la salut: diabetis, hipertensió, colesterol, etc.¹⁴



¹¹ Arrufat F.J., et al, *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2009.

¹² Trastorn per Afartament.

¹³ Veure ANNEX I, pàgina II

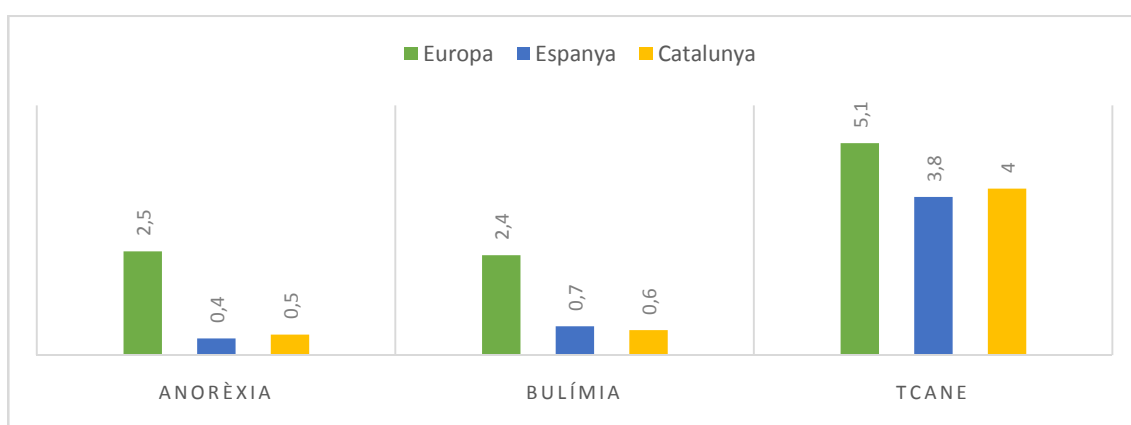
¹⁴ Cita literal del DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), 2013

2. INCIDÈNCIA I PREVALENCIA DELS TCA

L'augment de la incidència dels TCA i les característiques de la població de risc fan d'aquestes patologies un important problema socio-sanitari, afirma Vicente Turón, metge psiquiatra espanyol i assessor del pla director de TCA del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya i membre de la Fundació Institut de Trastorns Alimentaris (FITA). Així en la prevalença dels trastorns *“S'ha de considerar que en les tres últimes dècades l'AN i la BN, com els seus quadres afins, s'han convertit en un important problema amb greus seqüeles físiques, socials i psicològiques.”*¹⁵

A l'Estat espanyol s'estima que entre un 1 i un 5% de dones joves tenen algun tipus de desordre del comportament alimentari, i que en el grup de més risc, les noies de 12 a 24 anys, la prevalença de TCA és aproximadament d'un 0,14-0,60% per a l'AN, d'un 0,55-1,24% per a la BN, i d'un 4,71% per als TCANE. En total, entre el 4,1% i el 5,2% de la població jove estaria afectada per algun TCA.

Reduint aquest tram d'edat al grup de noies entre 12 i 18 anys, trobem dades semblants a Espanya i a Catalunya, que encara estan per sota de la mitjana europea.



Gràfic 1: Prevalença en % dels TCA a Europa, Espanya i Catalunya. Població de dones joves (12-18 anys)¹⁶

¹⁵Revista virtual de medicina, www.dmedicina.com

¹⁶Centre d'Estudis Col·legials, 19, 2005: 4

En la població catalana, el nombre de casos de TCA diagnosticats en nois i noies d'entre 15 i 29 anys s'ha estabilitzat en els darrers anys en una mitjana d'uns 1.400 casos/any, que són gairebé el 60% del total de casos detectats de TCA en la població general.

Fins ara la bulímia nerviosa ha estat molt més freqüent tant en nois com en noies, però en les xifres de l'any 2004 hi ha una nova tendència en els diagnòstics de TCA.

La prevalença de bulímia ha experimentat a Catalunya un descens dràstic —més d'un 60% respecte d'anys anteriors—, alhora que la prevalença de TCANE augmenta en la mateixa proporció. Concretament, el 2004 el 44,4% dels diagnòstics de TCA van correspondre a trastorns atípics o no especificats, seguits per l'anorèxia nerviosa (30,1%) i la bulímia (25,5%).

Aquest fet ens fa adonar de les dificultats de classificació diagnòstica a què s'enfronten els professionals sanitaris. Si observem la taula, els anys 1998 i 1999 ja s'estaven diagnosticant TCANE, una tendència que desapareix pràcticament durant els quatre anys següents, i com hem dit anteriorment, al 2004 torna a aparèixer aquesta tendència en els diagnòstics de TCA. Malgrat això, la gran majoria d'hospitalitzacions —del 60 al 70%— són conseqüència de l'anorèxia nerviosa.¹⁷

¹⁷Departament de Salut, 2004.

	1998			1999			2000			2001		
	H	D	T	H	D	T	H	D	T	H	D	T
Grup d'edat												
15-19 anys	37	459	496	55	544	599	45	575	620	58	591	649
20-24 anys	35	454	489	29	524	553	30	418	448	23	438	461
25-29 anys	15	223	238	18	273	291	17	270	287	18	303	321
Diagnòstic												
Anorèxia	20	413	433	35	455	490	25	420	445	32	425	457
Bulímia	22	340	362	17	344	362	63	832	895	66	890	956
Trastorn inespecífic	45	383	428	50	537	586	4	11	15	1	17	18
Sense informació	—	—	—	—	5	5	—	—	—	—	—	—
Total	87	1.136	1.223	102	1.341	1.443	92	1.263	1.355	99	1.332	1.431
2002												
2003												
2004												
	2002			2003			2004					
	H	D	T	H	D	T	H	D	T			
Grup d'edat												
15-19 anys	50	593	643	59	588	847	58	608	666			
20-24 anys	21	410	431	29	381	410	23	320	343			
25-29 anys	19	295	314	22	285	307	15	284	299			
Diagnòstic												
Anorèxia	32	409	441	27	388	415	20	374	394			
Bulímia	58	881	939	83	866	949	15	318	333			
Trastorn inespecífic	0	8	8				61	520	581			
Sense informació	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Total	90	1.298	1.338	110	1.254	1.364	95	1.212	1.308			

Taula 1: Població de 15 a 29 anys atesa als centres d'atenció primària per trastorns en la conducta alimentària segons grup d'edat i diagnòstic, per sexe. Catalunya, 1998-2004. (Persones)¹⁸

Les taxes més altes de TCANE són generalitzades a Europa, i concorden amb un fet observat en els darrers anys: el notable increment de les formes atípiques de TCA, amb presentacions clíniques més virulentes entre les noies més joves, que sovint no compleixen tots els criteris DSM-IV o CIE-10 per poder ser diagnosticades com a anorèxia nerviosa restrictiva, purgativa o bulímia.¹⁹

Un estudi del 2006 fet per l'Associació Catalana contra la Bulímia i l'Anorèxia (ACAB) en col·laboració amb la Fundació Viure i Conviure de la Caixa de Catalunya, sobre 14.000 estudiants, assenyala que un 6,4% dels catalans entre 12 i 24 anys, és a dir, 118.000 joves, presenten algun tipus de TCA, una xifra que s'hauria triplicat en els darrers vuit anys. L'ACAB informa que al nostre país 117.000 dones i 1.100 homes

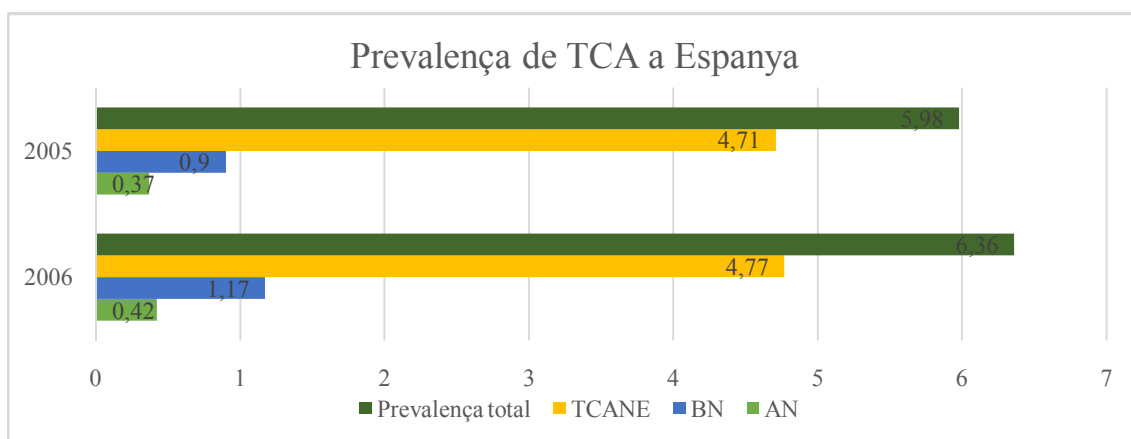
¹⁸ Font: Registre CMBDCSM (CatSalut, 2004)

¹⁹ Ministeri de Sanitat i Consum, 2000.

presenten TCA, dels quals 21.500 persones estan malaltes de bulímia; 7.700, d'anorèxia nerviosa, i els 88.000 restants són TCANE, que el 21,5% dels casos són crònics i que hi ha un 6% de mortalitat.

Pel que fa al TA, encara que no existeixen dades fiables sobre quanta població pateix aquest trastorn, però es considera que un 2,8% pot presentar aquesta patologia.

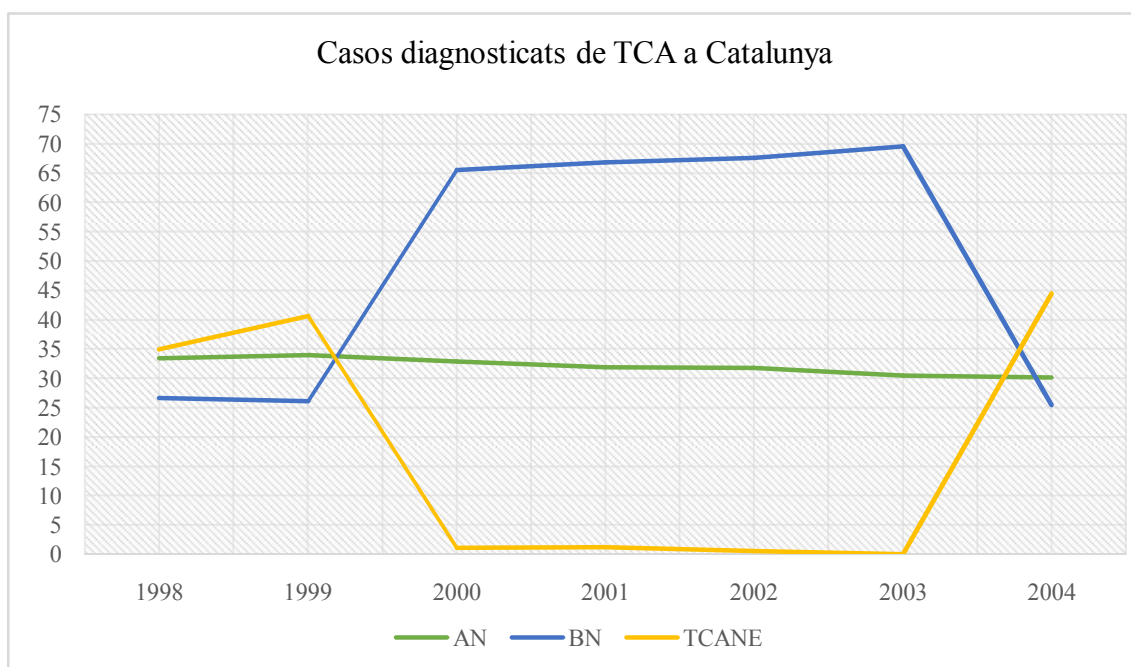
En resum, a l'Estat espanyol, al 2005, entre el 5,1% i el 6,2% de la població jove (12-24 anys) estaria afectada per algun TCA, xifres que han anat en augment en els darrers anys tot i que encara estan per sota de la mitjana europea.



Gràfic 2: Prevalença en % dels TCA a Espanya durant els anys 2005 i 2006. Població de 12-24 anys.

Amb l'aparició del TCANE, on les taxes més altes són generalitzades a Europa pel notable increment de les formes atípiques de TCA, la prevalença de la BN, ha experimentat a Catalunya un descens del 60%, augmentant la prevalença del TCANE.

I pel que fa a Catalunya la incidència s'ha estabilitzat en els darrers anys amb una mitjana d'uns 2340 casos/any, dels quals 1400 són entre la població de 15-29 anys.



Gràfic 3: Casos diagnosticats entre els anys 1998 i el 2004 a Catalunya. Població d'entre 15-29 anys.²⁰

3. PRINCIPALS FACTORS DE RISC DELS TCA

Per tal de poder realitzar un bon treball de camp, he pres de referència els factors de risc i la classificació d'aquests, proposada a *La Guia de Pràctica Clínica* i, juntament amb altres fonts d'informació els he ampliat per tenir un ventall més ampli d'opcions.

²⁰Font: elaboració pròpia a partir de les dades extretes del Registre CMBDCSM (CatSalut, 2004).

Toro i Vilardell 1987, consideren el trastorn anorèxic com un model multi causal de la malaltia, resultat de diversos factors que interactuaran entre si, relacionats amb les diferents dimensions de la persona, en quant el biològic, psicològic i social (model bio-psico-social)²¹. En aquesta mateixa línia, Garner presenta la interacció de tres tipus de factors, predisponents, precipitants, i mantenidors (model multi causal), com un procés que desencadena la simptomatologia final.²²

3.1. FACTORS BIOLÒGICS

Entre aquests factors que predisposen a patir un trastorn alimentari hi ha la pertinença al **sexe femení**, ja que les dones estan més exposades a presentar aquests trastorns (en proporció de 10/1 respecte els homes) i l'**edat**, amb una major prevalença d'aquestes patologies en la pubertat i l'adolescència, encara que existeixen casos excepcionals de presentació de la malaltia després dels trenta anys o a la infància.

El fet d'haver patit un **sobrepès** previ durant la infància també és un factor que en ocasions predisposa a la malaltia, sobretot quan s'associa a la realització de dietes d'aprimament sense control mèdic.



Existeixen altres factors biològics que poden suposar una predisposició genètica cap a la malaltia.

Així, s'ha observat, per exemple, que la concordança de TCA en bessons monozigòtics²³(40%) és molt superior als bessons dizigòtics²⁴(15%) , o que una persona que té un familiar afectat de TCA té deu vegades més possibilitats de patir la malaltia que un altre sense antecedents.

*Imatge 4: bebè amb sobrepès
Font: <http://radio.uchile.cl/2013/12/03/informe-fao-chile-supero-el-hambre-pero-lidera-indices-de-obesidad>*

²¹Toro J, Vilardell E. Anorexia nervosa. Barcelona: Martínez Roca, 1987

²²Garner DM. Pathogenesis of anorexia nervosa. TheLancet 1993; 341:1631-1635

²³ Dit de l'individu que prové d'un sol òvul fecundat (zigot), com és el cas d'un bessó idèntic.

²⁴ Producte doble del mateix embaràs, desenvolupat a partir de dos òvuls alliberats simultàniament per l'ovari i fertilitzats alhora.

Hi ha factors de predisposició i més importants són genètics, al voltant del 60% de l'explicació és genètica [...] Si una germana té un trastorn anorèxic, que l'altra germana faci un trastorn això implica un 0,5% de probabilitats, però si fossin bessones monozigòtiques la probabilitat seria del 60%.²⁵

3.2. FACTORS INDIVIDUALS I FAMILIARS

Les característiques de personalitat que fan a una persona més vulnerable a patir aquestes malalties són la immaduresa, la por a madurar, la baixa autoestima o la inestabilitat emocional entre altres.

La **baixa autoestima** és un problema comú entre els adolescents i s'associa fortament amb la imatge negativa del cos. La tendència a comparar el seu cos amb altres i la insatisfacció amb la imatge corporal es relacionen amb aquesta baixa autoestima.

Los estudios indican que las personas masculinas y andróginas tienen una autoestima más alta que las femeninas o indiferenciadas (Whiteley, 1983). También se ha comprobado que las personas que juzgan sus cuerpos más favorablemente tienen una autoestima más alta [...] (Marsella et al., 1981; Noles et al., 1985). Además una baja autoestima y una imagen corporal negativa o distorsionada del cuerpo se han asociado a trastornos de la alimentación [...]²⁶

El **perfeccionisme**, la **autoexigència** o l'**autocontrol** són característiques més pròpies de pacients amb AN, mentre que la frustració, la dificultat per el control d'impulsos o l'absència d'hàbits ben estructurats ho serien dels pacients amb BN.

La pubertat i l'adolescència són etapes del desenvolupament de l'esser humà caracteritzades per tensions, conflictes i canvis, tant en els aspectes corporals com en els familiars i socials, en els que el jove ha de començar a assumir el paper d'adult, fer front a noves responsabilitats i abandonar el paper de dependència familiar.

A més a més, els canvis corporals que es produeixen en aquesta època (augment de pes i de talla, aparició dels caràcters sexuals secundaris, etc.) poden generar un sentiment de malestar i inseguretat amb el propi cos.

²⁵ Dr. Josep Toro, <http://lamevaanorexia.cat/2010/03/21/entrevista-a-els-matins-a-tv3/>

²⁶ Jackson et al., (1988; 430) *Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal*, 38

Pel que fa als *factors familiars* implicats, suposen un factor predisposant a patir aquest trastorn els hàbits alimentaris familiars inadequats, la preocupació excessiva dels pares per l'aparença externa i l'èxit dels fills o la presència d'obesitat en algun membre de la família. Un factor de risc important és l'existència de patrons d'interacció familiar anòmals, com l'absència de comunicació entre els membres de la família, els amics o la parella, la incapacitat per resoldre els conflictes familiars o les actituds de sobre protecció.

3.3. FACTORS SOCIOCULTURALS

Els models socials que afavoreixen el culte a un cos prim, la influència de la publicitat als mitjans de comunicació i la moda i les exigències derivades d'unes activitats determinades com el ballet, la dansa, algunes modalitats esportives o algunes professions vinculades amb la moda, influeixen com a desencadenants de poder patir un TCA. Actualment són els factors més influents en la població de risc (noies i nois d'entre 12 i 16 anys).

L'actual model de bellesa, que enalteix una primesa excessiva, té un pes molt important en el desenvolupament dels TCA. En els darrers anys, l'aparició d'aquest nou cànon de bellesa ha vingut acompanyat d'un increment molt notable de la incidència de casos de TCA.



En les últimes dècades, el valor social de la imatge també ha guanyat rellevància, de manera que no només tenim un model de bellesa perjudicial per a la salut sinó que, a més, la pressió social rebuda pel que fa a la importància d'assemblar-se a aquest model

és excessivament elevada. Aquests dos factors combinats tenen una clara influència en l'aparició de TCA.

El paper dels mitjans de comunicació en la difusió del model de bellesa actual els situen com a agents responsables, en bona mesura, en la proliferació dels TCA en la nostra societat. Missatges dirigits sobretot a la dona i que arriben d'una manera especial a les joves, que son molt més receptives a tot tipus de missatges socials perquè la seva capacitat de crítica del que prové de l'exterior està menys desenvolupada.

Un altre factor sociocultural important és l'**existència de les pàgines web que fan apologia de l'anorèxia i la bulímia**. En els últims anys han aparegut i s'han reproduït a una velocitat vertiginosa. Són pàgines dirigides per una persona que pateix TCA i en les que diferents persones afectades per la malaltia es posen en contacte amb l'objectiu d'intercanviar trucs per aprimar, reforçar les conductes patològiques pròpies de la malaltia (com, per exemple, autoexigir-se un pes per sota del que es considera saludable), i enganyar familiars i amics, entre d'altres accions.

3.4. FACTORS PRECIPITANTS

Entre aquests factors de la malaltia s'ha de destacar la **realització de dietes d'aprimament**, la majoria dels cops autoimposada pel mateix pacient. També la pèrdua de l'hàbit de menjar en família i el fet cada cop més freqüent de **menjar sol** fa que es perdi el vincle social i afectiu del menjar familiar, i a la vegada, es facilita l'existència en el pacient d'hàbits alimentaris anòmals, ja que la seva conducta no queda sota control extern.

Altres experiències negatives, com la mort d'un familiar pròxim, la separació dels pares, l'existència d'un conflicte amorós, les estades a l'estranger o l'existència de crítiques o burles de familiars o companys, incrementen la vulnerabilitat i l'estrès i poden precipitar l'aparició del trastorn.

3.5. FACTORS MANTENIDORS

Un cop instaurat el trastorn, existeixen un sèrie de factors que actuen com a mantenidors de la malaltia, fent que augmentin les probabilitats que el trastorn es perpetui o es

retardi la seva resolució. La **malnutrició** és el factor més important pel manteniment de la majoria de casos d'anorèxia nerviosa. Altera la gana i la digestió i provoca ansietat, irritabilitat, tristesa, comportaments obsessius i conductes compulsives per perdre pes.

La presència de **trastorns psiquiàtrics simultanis**, com ara l'existència de trastorns de la personalitat depressius i obsessius i els **factors socials i culturals**, que poden reforçar el trastorn quan ja s'ha instaurat la malaltia, com ara la pressió dels cànons estètics del culte al cos prim.

4. DETECCIÓ DELS TCA

Tal i com diu *La Fundació Imatge i Autoestima*: “*La detecció precoç dels TCA, tant si és en l'àmbit familiar, o l'escola o dins de dels grup d'iguals és un element fonamental*

per a una intervenció d'èxit i la resolució del problema alimentari. En aquests primers moments cal saber si realment s'està desenvolupant un TCA i, en cas afirmatiu, com comunicar-ho a la persona afectada i finalment com intervenir.”²⁷

4.1. SENYALS D'ALERTA

Les senyals d'alarma són aquells comportaments que poden estar relacionats amb la possible existència de TCA. No es tracten de criteris diagnòstics i, per tant, no confirmen la malaltia. Per diagnosticar-la és indispensable que la persona que sembla estar patint-lo sigui avaluada per professionals de la salut mental. Però tot i no ser vàlids per diagnosticar un TCA, són senyals que poden informar-nos sobre la presència de la malaltia.

4.1.1. Alteracions psicopatològiques

Les alteracions psicopatològiques estan presents i dominen en tot moment el trastorn alimentari. En aquest sentit, un adolescent, generalment dona, pot estar submergint-se en aquest món dels TCA s'observa que ha augmentat el grau de preocupació pel seu pes i la seva figura, que amb el temps esdevé una obsessió. PauChapur en el seu llibre diu *“La mejor manera de detección, es la observación del estado de ánimo. Tenemos en cuenta que —al ser enfermedades mentales— tendremos cambios de carácter: se vuelven más tristes, más irritables, más agresivos, tienden a estar solos, a aislarse”²⁸*. Frequentment presenten dificultats per mantenir l'atenció i la concentració i la presència d'insomni. En casos ja avançats, es produeix una pèrdua de la capacitat per expressar sentiments i emocions.

4.1.2. Alteracions en relació a la conducta

Aquestes alteracions es presenten a l'inici d'aquests trastorns i són similars a les que es poden observar en les pacients amb major temps d'evolució de la malaltia.

²⁷ Cita literal de la Fundació Imatge i Autoestima.

²⁸ Chapur, P. *Vivir peligrosamente*, Editorial M&M Euroeditores 2002

Tenen la necessitat de saber en tot moment quant pesen, quines mesures tenen... No poden resistir-se a pesar-se i mesurar-se amb freqüència, modificant l seu estat d'ànim i humor en funció de les seves mesures. La realització d'exercici físic intens i la hiperactivitat en la vida quotidiana, juntament amb l'interès creixent que mostren per determinats fàrmacs per aprimar són també senyals d'alerta per sospitar d'un TCA.

4.1.3. Alteracions en la dieta

L'alteració fonamental d'aquests trastorns és la modificació dels patrons de la ingesta. Sovint comencen per evitar els menjars en família, i quan això és inevitable, tracten de servir-se el menjar elles mateixes per intentar controlar la quantitat servida. En ocasions s'aixequen molts cops durant el menjar i se les nota inquietes. També pot ser és habitual en etapes primerenques d'aquestes malalties que s'ofereixin elles mateixes com a cuineres. Mostren un gran interès pel valor nutritiu dels aliments, s'aficionen ràpidament als productes "light". Es tornen grans defensores els aliments i les dietes "saludables", arribant inclús a tractar de convèncer a la resta del nucli familiar i social del benefici de consumir aquests tipus d'aliments.

És freqüent que durant els àpats juguin amb els aliments, els tallin en trossos petits i els masteguin interminablement abans de empassar-los. A més a més solen amagar el menjar per llançar-lo a les escombraries.

4.1.4. Alteracions en relació al físic

El primer que fa cridar l'atenció és la disminució gradual del pes, en la majoria de les ocasions aquesta disminució és exagerada i traspasa els límits de l'admissible. Inclús podem apreciar un aspecte físic com d'envelliment corporal, amb els ulls enfonsats i els ossos prominents. Si l'aprimament és important, hi ha una pèrdua de les menstruacions regulars o, si encara no ha tingut lloc la menarquia²⁹, es produirà un retard important de la primera menstruació.

A més a més, tenen una major tendència a la caiguda del cabell, una disminució de la freqüència cardíaca i respiratòria, amb presència freqüent d'estrenyiment i molèsties abdominals.

²⁹ Aparició de la primera menstruació.

4.2. INSTRUMENTS DE CRIBRATGE PER LA IDENTIFICACIÓ DELS TCA (ficar als annexos els exemples dels tests de la Guia)

Els instruments de cribratge serveixen per identificar, mitjançant una sèrie de tests i qüestionaris, possibles casos de TCA als pacients.

Per a l'AN, només un instrument de cribratge, l'EAT-40 i les seves versions *EAT-26 i cheat*, té sensibilitat i especificitat alta però amb un valor predictiu positiu (VPP) baix per a la identificació de casos d'AN a la població.

Per a la detecció de la BN, hi ha tres instruments de cribratge, però només el BULIT i el BITE tenen valors de sensibilitat i especificitat. No obstant això, l'especificitat d'aquests qüestionaris per diferenciar entre la BN i els casos parcials de BN i altres TCA és poc coneguda i les dades de base poblacional són limitats.

4.2.1. EAT – Qüestionari d'actituds davant l'alimentació, *Eating Attitudes Test*. DM Garner y PE Garfinkel, 1979³⁰.

El EAT va ser dissenyat per a l'avaluació de les actituds alimentàries anòmales, especialment les relacionades amb la por a guanyar pes, l'impuls d'aprimar i la presència de patrons alimentaris restrictius. La seva intenció era dissenyar un instrument fàcil d'administrar i corregir i que resultés sensible als canvis simptomàtics al llarg del temps. El EAT és una eina autoaplicada de 40 ítems (EAT-40). Cada ítem es valora en una escala Likert de 6 punts, que van des mai a sempre. El rang de puntuació va de 0 a 120. És un qüestionari vàlid i fiable que ha estat àmpliament utilitzat per a l'avaluació dels TCA.

4.2.2. BULIT - Test de bulímia, *Bulimia Test*. MC Smith y MH Thelen, 1984.³¹

³⁰Veure ANNEX II, pàgina III

El BULIT va ser dissenyat amb l'objectiu de cobrir algunes necessitats detectades en el àmbit de l'avaluació de la BN, com són la distinció entre persones amb BN davant persones sense problemes de TCA; persones amb BN davant de persones amb altres TCA, i subgrups de BN basats en criteris específics.

Consta de 32 ítems (més quatre ítems de caràcter informatiu relatius a abús de laxants i ús de diürètics, així com sobre amenorrea) que es distribueixen en cinc dimensions (afartaments o descontrol dels àpats, malestar, vòmits, tipus d'aliment i fluctuació en el pes). Cada ítem es puntua mitjançant una escala de Likert de 5 punts (d'1 a 5).

En diversos ítems la resposta més simptomàtica es presenta al final en comptes de al principi per prevenir un biaix en la resposta, a causa de l'ordre de presentació. La suma de tots els ítems (excepte els purament informatius) permet obtenir una puntuació global que oscil·la entre 32 i 160 (major puntuació indica major intensitat de la simptomatologia bulímica)

4.2.3. BITE - Test d'investigació de bulímia d'Edimburg *Bulímia Investigatory Test Edinburgh*. M. Henderson i C.P.L. Freeman, 1987³².

El BITE és un qüestionari autoadministrat dissenyat per identificar subjectes amb símptomes bulímics (BN o TA).

Consta de 36 ítems que configuren dues subescales: l'escala de símptomes (avalua el nombre i grau dels símptomes que estan presents; 30 ítems; màxima puntuació: 30; punt de tall: 20 punts o més) i l'escala de gravetat (proporciona un índex de gravetat del trastorn que es basa en la freqüència amb què es produeixen les conductes patològiques; 6 ítems; màxima puntuació: 39; punt de tall de 5 punts o més). Una puntuació total de 25 punts o més és indicativa de presència d'un TCA greu.

5. AVALUACIÓ

5.1. EXPLORACIÓ FÍSICA

³¹ Veure ANNEX III, pàgina IV

³² Veure ANNEX IV, pàgina X

En els pacients amb història confirmada o sospita diagnòstica de TCA ha de realitzar-se una exploració física completa dirigida a:

- Valorar l'estat nutricional del pacient.
- Detectar la possible presència de complicacions físiques secundàries per la restricció dietètica i/o per les conductes purgatives.

En aquest sentit, es recolliran sempre les dades corresponents vitals (FC³³, TA³⁴, temperatura, FR³⁵) i es determinarà l'índex de massa corporal. La CIE-10 estableix com a pauta diagnòstica per AN un IMC <17,5.

Així mateix, en el context de l'exploració general d'aparells i sistemes, es fa una exploració de la pell i les mucoses, una exploració cardiocirculatòria, una exploració respiratòria i una exploració neurològica.

5.1. EXPLORACIÓ ANALÍTICA

Malgrat que AN és un trastorn mental que pot arribar a tenir greus complicacions mèdiques, sovint els paràmetres analítics resten normals durant molt de temps, tot i que la pèrdua de pes hi sigui important.

Així doncs, cal tenir cura a l'hora de demanar-ne l'analítica, perquè pot donar resultats normals. Malgrat aquesta circumstància, no s'hi pot descartar el diagnòstic d'AN, de tal manera que mai no s'hauria de tancar una sospita clínica, encara que la bioquímica sigui normal.

“ Una analítica normal mai no descarta el diagnòstic d'anorèxia ”³⁶

5.2.1. Aspectes contra prudents de fer una analítica

³³Freqüència Cardíaca.

³⁴Tensió Arterial.

³⁵Freqüència Respiratòria.

³⁶Guia per a l'atenció primària de salut: “*Trastorns del comportament alimentari*”

- Si és normal, pot donar una falsa tranquil·litat a la família i al mateix professional sanitari.
- Si tot és normal, pot convertir-se en un reforç positiu per a l'actitud del/ de la pacient.
- El pacient pot veure el metge com un aliat de la seva família.

5.2.3. Aspectes favorables de fer una analítica

- Descartar possibles causes orgàniques de la pèrdua de pes.
- Possibilitar que el pacient torni per buscar-ne els resultats. Això permetrà fer un control del pes i tenir més temps per fer una entrevista acurada sobre el seu aprimament.
- Fer un ionograma és imprescindible si se sospiten vòmits o auto administració de laxants.

5.3. DADES FÍSiques I ANALÍTiques QUE NO EXCLOUEN EL DIAGNÒSTIC DE TCA

- Sexe masculí.
- Edat inferior als 12 anys o edat adulta.
- Exploració física normal.
- Analítica sense alteracions significatives.
- Cicles menstruals regulars.
- Negació del desig de perdre pes o de por a l'obesitat.
- Negació de la percepció distorsionada de la silueta corporal.
- Presència de simptomatologia depressiva que pugui justificar la pèrdua ponderal.
- Rendiment social, acadèmic i/o laboral adequat.
- Verbalització de queixes somàtiques.
- Absència de dieta restrictiva, però amb presència d'activitat física.
- Malaltia sistemàtica o situació estressant a l'inici de la pèrdua ponderal.

6. DIAGNÒSTIC DELS TCA

Críteris per al diagnòstic de F50.0 Anorèxia Nerviosa (CIE-10)

Pel que fa al diagnòstic dels TCA, s'utilitzen dos manuals mundialment coneguts per la detecció de malalties mentals, la CIE-10 i el DSM-IV-TR o el DSM-V.

Per una banda, el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) de l'APA (*American Psychiatric Association*) és una classificació dels trastorns mentals que es va elaborar amb el propòsit de proporcionar descripcions clares de les categories diagnòstiques, amb la finalitat que els clínics i els investigadors puguin diagnosticar, estudiar i intercanviar informació i tractar els diferents trastorns mentals. El 1994, es va publicar la quarta versió, DSM-IV. A l'any 2000 es va publicar el DSM-IV-TR, que inclou algunes revisions i modificacions respecte la versió anterior i que, juntament amb l'última versió publicada, el DSM-V, es treballa actualment. L'últim manual publicat inclou el nou tipus de TCA que no inclou cap altre, el TA.

Per l'altra banda, l'OMS el 1992 va publicar la CIE (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD*). La CIE és usada mundialment per a les estadístiques sobremorbiditat i mortalitat, els sistemes de reintegrament i suports de decisió automàtica en medicina.

Aquest sistema està dissenyat per promoure la comparació internacional de la recollida, processament, classificació i presentació d'aquestes estadístiques.

6.1. CRITERIS DIAGNÒSTICS DE L'AN

Críteris per al diagnòstic de F50.0 Anorèxia Nerviosa (DSM-V)

- A. Rebuig a mantenir el pes corporal igual o per sobre del valor mínim normal considerant l'edat i la talla (p.ex., pèrdua de pes que dona lloc a un pes inferior al 85% de l'esperat, o fracàs a l'hora d'aconseguir un augment de pes normal durant el període de creixement, que dona com a resultat un pes corporal inferior al 85% del pes esperat).
- B. Por intensa de guanyar pes de convertir-se en obès, fins i tot tenint un pes per sota del normal.
- C. Alteració de la percepció del pes o la silueta corporal, exageració de la seva importància en l'autoavaluació o negació del perill que comporta el baix pes corporal

A. Pèrdua significativa de pes ($IMC < 17,5 \text{ kg/cm}^2$) . Els malalts prepúbbers poden no experimentar el guany de pes pròpia del període de creixement
B. La pèrdua de pes està originada pel propi malalt , a través de: 1) evitació de consum de "aliments que engreixen" i per un o més d'un dels símptomes següents : 2) vòmits autoprovocats , 3) purgues intestinals autoprovocades , 4) exercici excessiu i 5) consum de fàrmacs anorexígens o diürètics .
C. Distorsió de la imatge corporal que consisteix en una psicopatologia específica caracteritzada per la persistència , amb el caràcter d'idea sobrevalorada intrusa , de paüra davant la grossor o la flacciditat de les formes corporals , de manera que el malalt s'imposa a si mateix el romandre per sota d'un límit màxim de pes corporal.
D. Trastorn endocrí generalitzat que afecta l'eix hipotàlem - hipofisari - gonadal manifestant-se en la dona com amenorrea i en l'home com una pèrdua de l'interès i de la potència sexuals (una excepció aparent la constitueix la persistència de sagnat vaginal en dones anorèxiques que segueixen una teràpia hormonal de substitució , generalment amb píndoles contraceptives) . També poden presentar-se concentracions altes d'hormona del creixement i de cortisol , alteracions del metabolisme perifèric de l'hormona tiroïdal i anomalies en la secreció d'insulina
E. Si l'inici és anterior a la pubertat , es retarda la seqüència de les manifestacions de la pubertat , o fins i tot aquesta es deté (cessa el creixement , en les dones no es desenvolupen les mames i hi ha amenorrea primària , en els homes persisteixen els genitals infantils) . Si es produeix una recuperació, la pubertat sol completar-se, però la menarquia és tardana.

Els criteris d'investigació de la CIE-10 i els criteris diagnòstics del DSM -IV per l'anorèxia nerviosa difereixen en diversos aspectes . La CIE -10 requereix específicament que la pèrdua de pes resulti autoinduïda mitjançant l'evitació de menjars grassos i , en l'home , comporti una pèrdua de l'interès i de la potència sexual (corresponent al que en les dones seria l'amenorrea). Finalment, a diferència del DSM-V on el diagnòstic d'anorèxia nerviosa té preferència sobre el de bulímia nerviosa, la CIE-10 exclou el diagnòstic d'anorèxia nerviosa si s'han donat afartaments de forma regular. El DSM-V suprimeix el criteri de l'amenorrea respectes les versions anteriors, ja que aquest criteri no pot ser aplicat a dones premenàrquiques, usuàries d'anticonceptiu oral, post-menopàusiques i homes.

6.2. CRITERIS DIAGNÒSTICS DE LA BN

Críteris per al diagnòstic de F50.2 Bulímia Nerviosa (DSM-V)

- A. Presència d'afartaments recurrents. Un afartament es caracteritza per:
1. La ingesta d'aliment en un curt espai de temps (p. ex., en un període de dues hores) en una quantitat superior a la que la majoria de les persones ingeririen en un període de temps similar i en les mateixes circumstàncies.
 2. La sensació de pèrdua de control sobre la ingesta de l'aliment (p. ex., la sensació de no poder parar de menjar o no poder controlar el tipus o la quantitat de menjar que s'està ingerint).
- B. Conductes compensatòries inapropiades, d'una manera repetida, amb la finalitat de no guanyar pes, com són provocar-se el vòmit; fer un ús excessiu de laxants, diürètics, ènemes i altres fàrmacs; el recurs al dejuni, i l'exercici excessiu.
- C. Els afartaments i les conductes compensatòries inapropiades tenen lloc, com a mitjana, almenys un cop a la setmana durant un període de tres mesos.
- D. L'autoavaluació està exageradament influenciada pel pes i la silueta corporal.

Críteris diagnòstics de la bulímia nerviosa (F50.2) (CIE-10)

- A. Preocupació contínua pel menjar, amb desitjos irresistibles de menjar, de manera que el malalt acaba per sucumbir a ells, presentant episodis d'afartaments durant els quals consumeix grans quantitats de menjar en períodes curts de temps.
- B. El malalt intenta contrarestar l'augment de pes així produït mitjançant un o més d'un dels següents mètodes: vòmits autoinduïts , abús de laxants , períodes intervals de dejuni, consum de fàrmacs com ara supressors de la gana, extractes tiroïdals o diürètics. Quan la BN es presenta en un malalt diabètic, aquest pot abandonar el seu tractament amb insulina.
- C. La psicopatologia consisteix en una por morbós a engreixar, i el malalt es fixa de forma estricta una llinda de pes molt inferior al que tenia abans de la malaltia, o al del seu pes òptim o sa. Sovint, però no sempre, hi ha antecedents previs d'AN amb un interval entre els dos trastorns de diversos mesos o anys. Aquest episodi precoç pot manifestar d'una forma florida o per contra adoptar una forma menor o larvada, amb una moderada pèrdua de pes o una fase transitòria d'amenorrea.

Els criteris diagnòstics de la CIE-10 i els del DSM-V coincideixen en gairebé tots els ítems. La CIE-10 no especifica el nombre d'afartaments mínims per diagnosticar una BN, mentre que el DSM-V exigeix una mitjana d'un a la setmana durant un període de tres mesos. L'altra diferència entre ambdós manuals és que la CIE-10 considera sovint que en la BN hi ha antecedents previs d'AN.

6.3. CRITERIS DIAGNÒSTICS DEL TCANE

Criteris diagnòstics del Trastorn de la Conducta Alimentària No Especificat (DSM-V)
A. En dones es compleixen tots els criteris diagnòstics per a l'anorèxia nerviosa, però les menstruacions són regulars.
B. Es compleixen tots els criteris diagnòstics per a l'anorèxia nerviosa excepte que, malgrat existir una pèrdua de pes significativa, el pes de l'individu es troba dins dels límits de la normalitat.
C. Es compleixen tots els criteris diagnòstics per a la bulímia nerviosa, amb l'excepció que els afartaments i les conductes compensatòries inapropiades apareixen menys de 2 vegades per setmana o durant menys de 3 mesos.
D. Mastegar i expulsar, però no empassar, quantitats importants de menjar
E. Trastorn per afartament: es caracteritza per afartaments recurrents en absència de la conducta compensatòria inadequada típica de la bulímia nerviosa.

Pel que fa al TCANE, la CIE-10 no té una taula de criteris diagnòstics per aquest tipus de trastorn, sinó que els denomina Anorèxia Atípica i Bulímia Atípica que són aquells que no compleixen amb alguns dels criteris de les taules anteriors.

Així doncs, segons la CIE-10, el terme d'Anorèxia Nerviosa Atípica ha de ser utilitzat pels casos en què falta una o més de les característiques principals de l'anorèxia nerviosa (F50.0) , com amenorrea o pèrdua significativa de pes, però que d'altra banda presenten un quadre clínic bastant característic. També es poden incloure aquí malalts que tinguin tots els símptomes importants de l'anorèxia nerviosa , però en grau lleu. Aquest terme no s'ha d'utilitzar per trastorns de la conducta alimentària que s'assemblen a l'anorèxia nerviosa però que són deguts a una etiologia somàtica coneguda.

I el terme de Bulímia Nerviosa Atípica ha de ser utilitzat pels casos en què falta una o més de les característiques principals de la bulímia nerviosa (F50.2) , però que d'altra banda presenten un quadre clínic bastant típic. Els malalts tenen sovint un pes normal o

fins i tot superior al normal, però presenten episodis repetits d'ingesta excessiva seguits de vòmits o purgues. No són rars síndromes parcials acompanyats de símptomes depressius.³⁷

Criteris diagnòstics del Trastorn per Afartament (DSM-V)

- A. L'ocurrència d'episodis recurrents d'afartaments. Un episodi d'afartament es caracteritza pels dos fets següents:
1. Ingestió, en un període determinat (p.ex., d'un període qualsevol de dues hores), d'una quantitat de aliments que és clarament superior a la que la majoria de les persones ingeririen en un període similar a circumstàncies semblants.
 2. Sensació de manca de control sobre el que s'ingereix durant l'episodi (p.ex., sensació que no es pot deixar de menjar o no es pot controlar el que s'ingereix o la quantitat del que s'ingereix).
- B. Els episodis d'afartaments s'associen a tres (o més) dels fets següents:
1. Menjar molt més ràpidament del normal.
 2. Menjar fins a sentir-se desagradablement ple.
 3. Menjar grans quantitats d'aliments quan no se sent fam físicament.
 4. Menjar sol, a causa de la vergonya que se sent per la quantitat que s'ingereix.
 5. Sentir després a disgust amb un mateix, deprimat o molt avergonyit.
- C. Malestar intens pel que fa als afartaments.
- D. Els afartaments es produeixen, de mitjana, almenys una vegada a la setmana durant tres mesos.
- E. L'afartament no s'associa a la presència recurrent d'un comportament compensatori inadequat, com en la bulímia nerviosa, i no es produeix exclusivament en el curs de la bulímia nerviosa o anorèxia nerviosa.

6.4. CRITERIS DIAGNÒSTICS DEL TA

Només l'última versió dels manuals de *l'Associació Americana de Psiquiatria*, el DSM-V, ha inclòs el TA com una categoria independents, amb uns criteris que fa que es distingeixi clarament d'altres formes de TCA i d'obesitat.

³⁷CIE-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD*)

7. ACTUACIONS EN ELS DIFERENTS NIVELLS D'ATENCIÓ

7.1. ATENCIÓ PRIMÀRIA

L'assistència primària es realitza en el CAP, que són el primer nivell d'accés a l'atenció sanitària per detectar i derivar als seus pacients amb trastorns alimentaris per que rebin un tractament integral.

Atès que la intervenció precoç en aquests trastorns preconitza millors resultats en la seva evolució i pronòstic, el paper fonamental dels professionals de A. és fer una detecció precoç. Per això, han de focalitzar l'atenció en la població de risc i en la detecció de símptomes i signes d'alerta.

El CAP és l'encarregat de decidir si es pot tractar en el propi centre o s'ha de derivar a l'atenció especialitzada, per això ha de tenir en compte el tipus de TCA, l'edat, el nivell de risc, les complicacions físiques i psicològiques i les preferències de la persona afectada, i tot seguit iniciar el tractament nutricional que inclou com objectius aconseguir en el pacient un pes normal, corregir la malnutrició, controlar o curar les complicacions mèdiques, dur a terme educació nutricional amb l'objectiu de normalitzar els patrons dietètics alterats, tant en el pacient com en la seva família, i prevenir o controlar les recaigudes.

*El doctor Vallejo Ruiloba ressalta la necessitat d'oferir una explicació detallada, tant al pacients com als familiars de les característiques i de les greus conseqüències d'aquestes malalties si s'està a l'inici del trastorn.*³⁸

7.2. ATENCIÓ ESPECIALITZADA

L'atenció especialitzada correspon amb el segon i tercer nivell d'accés a l'assistència sanitària en el qual es troben serveis com hospitalització completa (hospital general o psiquiàtric), consultes ambulatories especials (CSMIJ I CSMA) i hospitalització parcial,

³⁸Lahortiga, F. et al. *Trastornos de la conducta alimentaria* 99

servei d'urgències, serveis mèdics d'hospitals generals i unitats específiques (de TCA, de trastorns límit de la personalitat i de toxicomanies).

En aquests casos, el responsable de l'atenció de la persona serà un psicòleg i en altres, un psiquiatre. Aquests, seran els encarregats de seleccionar el tipus de intervenció que correspongui a cada persona.

7.2.1. Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) I Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA)

L'Avaluació específica i el diagnòstic es realitzen de manera ambulatoria als centres de salut mental (CSMA i CSMIJ) a partir de la derivació des de l'AP.

Després d'establir el diagnòstic, l'equip de salut mental dissenyarà un pla de tractament individualitzat (PTI) que mostrarà al pacient i a la família i el qual inclou la definició del problema segons el diagnòstic i les àrees pertorbades, la formulació dels objectius psicoterapèutics, l'elecció del tractament i terminis per a l'avaluació terapèutica.

El grau de deteriorament nutricional, al costat de la presència o no de complicacions, determinen la selecció de la via d'accés i alimentació, així com el lloc on s'ha de fer el seguiment nutricional.

Els criteris de derivació d'atenció primària a salut mental (CSMA i CSMIJ) són els següents:

- Quan hi ha un diagnòstic de TCA establert.
- Pèrdua de pes igual o superior al 10%-25% del pes, sense una causa que ho justifiqui.
- Presència d'episodis bulímics regulars i/o conductes purgatives persistents.
- Presència d'alteracions psicopatològiques associades.
- Manca de consciència de malaltia.
- Si, tot i seguir les pautes de l'AP, no milloren el pes ni les conductes bulímiques.

7.2.2. Hospitalització parcial

El tractament a l'hospital de dia és aquella intervenció terapèutica intensiva que es fa amb els pacients durant tots els dies laborables de la setmana, algunes hores al dia, també anomenat hospitalització parcial.

Els objectius terapèutics d'aquesta hospitalització inclouen diversos aspectes com normalitzar les pautes de menjar mitjançant un programa conductual, eliminant la restricció d'aliments i/o els afartaments, nodrir al pacient, mitjançant una dieta equilibrada, estructurada i socialitzada, incloent els aliments "prohibits", que permetin augmentar de pes. També tenen com a objectiu prevenir els comportaments purgatius i l'exercici intensiu i intenten identificar i tractar els processos patològics subjacents, tant psicològics, interpersonals i familiars.

A l'hospital de dia es pot arribar per diverses raons i en diferents moments del tractament:

- A l'inici del tractament, per presentar un trastorn greu però sense complicacions físiques alarmants.
- A l'alta de l'hospitalització total, quan les complicacions físiques s'han recuperat però la gravetat del trastorn exigeix un teràpia intensiva.
- Degut a les dificultats d'integració i cooperació d'alguns pacients quan han d'ajustar-se a un règim de tractament tancat.

7.2.3. Hospitalització total

El tractament integral dels pacients amb un TCA pot requerir l'hospitalització completa quan hi hagin circumstàncies que ho aconsellin, especialment per la gravetat dels símptomes. Aquesta és una unitat tancada on els pacients romanen aïllats. El tractament va destinat a pal·liar les complicacions físiques i mèdiques, juntament amb el servei de Pediatria i Medicina Interna. L'hospitalització de pacients amb un TCA ha d'utilitzar-se com a últim recurs.

En tot moment s'ha de respectar els criteris d'hospitalització que són:

- L'estat biològic que impliquin risc de complicacions greus (nul·la ingesta d'aliments i especialment de líquids, IMC <16, alteracions iòniques, vòmits autoinduits continuats, abús de laxants i ús de diürètics, hematèmesis³⁹ i rectorragies⁴⁰).
- Hi ha símptomes depressius importants amb risc d'autòlisi.

³⁹ Expulsió de vòmit amb sang procedent del tub digestiu.

⁴⁰ Tipus d'hemorràgia que consisteix en la pèrdua de sang vermella o fresca a través de l'anús, bé sola o associada a la femta.

- Conductes auto lesives importants.

8. TRACTAMENT DELS TCA

Un tractament es un procés d'aprenentatge instrumental i afectiu, realitzat a través de la relació de confiança que s'estableix amb un equip terapèutic.

És un procés en el que conflueixen molts components, tots ells encaminats a ajudar al pacient i als familiars en la realització dels canvis necessaris, que els permetin resoldre els seus conflictes d'una manera saludable. Requereix temps, informació i implicació en la implementació dels coneixements i les tècniques que facilitaran i estabilitzaran el canvi.⁴¹

Un trastorn alimentari pot implicar anys de tractament intensiu,- el promig de durada és de 2-4 anys- i ha de continuar encara que els aspectes alimentaris s'hagin recuperat. S'hauran de salvar diferents obstacles: falta de motivació per recuperar-se, acceptació de l'augment de pes i el descens de perfeccionisme són fonamentals per a la recuperació. La durada del tractament depèn de diversos factors com el temps d'evolució i la gravetat del trastorn.

Els objectius del tractament en els TCA són els següents:⁴²

- Restaurar o normalitzar el pes i l'estat nutricional a un nivell saludable pel pacient.
- Tractar les complicacions físiques.
- Proporcionar educació sobre patrons alimentaris i nutricionals sans.
- Modificar/Millorar les disfuncions prèvies o adquirides a conseqüència dels TCA (pensaments, actituds, sentiments, conductes inadequades, etc.), així com incrementar el pes, reduir/eliminar els afartaments i purgues, depressió, entre altres variables clíniques d'interès. Per a això es disposa de diferents tractaments:
 - Teràpies psicològiques.
 - Tractaments farmacològics.
 - Tractaments nutricionals.
 - Combinació d'intervencions.

⁴¹Calvo, R. *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas* 196

⁴² Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria

- Tractar els trastorns associats, tant psiquiàtrics (incloent les alteracions de l'estat d'ànim, la baixa autoestima, la conducta, etc.) com a físics.
- Aconseguir el suport familiar de la persona afectada del TCA i proporcionar-li assessorament i teràpia quan sigui necessari.
- Prevenir les recaigudes. Inclou abordar i prevenir situacions que puguin afavorir-les i planificar estratègies per enfrontar-se a elles.

Hi ha un factor important que cal tenir en compte respecte al tractament: la manca de consciència de malaltia. És un tret típic dels TCA i es dona en molts casos, sobretot a l'inici de la malaltia. Aquesta manca de consciència pot comportar que la persona afectada, tot i sentir-se malament, no sigui capaç de reconèixer l'eficàcia del tractament sobre la malaltia.

8.1. TRACTAMENT PSICOLÒGIC

El tractament psicològic juntament amb la reeducació i normalització dels hàbits alimentaris és la base d'un bon programa de tractament en anorèxia i bulímia. Està orientat a aconseguir canvis duradors en els pensaments distorsionats i en les emocions negatives relacionades amb el pes, la silueta i la grandària corporal, de manera que es disminueixi la importància que la pridesa té pel pacient i recuperar una identitat que ajudi a la persona a sentir-se ben amb si mateixa.

Aquest tractament pot ser en sessions tant individuals com grupals al costat d'altres persones que comparteixin els mateixos problemes i, en alguns casos, amb persones de la família.

8.1.1. Teràpia cognitiu-conductual

Aquesta teràpia és la més eficaç en les fases inicial i mitjana del tractament. Teràpia psicològica dissenyada perquè les persones puguin establir vincles entre els seus pensaments, sentiments o accions i les seves conductes actuals o passades i revalorar les seves percepcions, creences i raonaments sobre elles. La intervenció hauria d'incloure almenys un dels següents aspectes com el control de pensaments, sentiments o comportaments en relació amb la conducta, l'ajuda a utilitzar formes alternatives de fer front a la conducta i reduir l'estrès.

La seva atenció se centra no només a ajudar als pacients a canviar els seus hàbits alimentaris, sinó també a fer front a les seves formes de pensar.

La teràpia cognitiu-conductual, tot hi que és de les més eficaces per abordar el tractament, també té unes certes dificultats:⁴³

- La teràpia requereix una posició activa del pacient i una bona relació terapèutica, un aspecte difícil d'aconseguir en alguns casos per la manca de col·laboració del pacient, sobretot al començament del tractament.
- El programa està acuradament estructurat i les tasques són de dificultat gradual, això comporta la impossibilitat d'avançar si el pacient no respon positivament a la teràpia.

8.1.2. Autoajuda i Autoajuda Guiada

La finalitat dels grups d'autoajuda és el canvi d'estil de vida, alterat en gran mesura per les característiques de la malaltia, a través d'un establiment de metes reals i saludables, fomentant d'aquesta manera el creixement i l'autorealització dels seus integrants.

Els grups estan formats per persones que comparteixen unes circumstàncies vitals i/o uns problemes comuns que es reuneixen per oferir suport mutu mitjançant l'acció de compartir experiències personals viscudes i intercanviar recursos.⁴⁴

L'autoajuda guiada es tracta de l'autoajuda definida anteriorment, més el contacte amb un terapeuta que pot ser un professional de salut mental o una persona no especialitzada que ajuda als pacients a aprendre a exterioritzar els sentiments i les emocions dels participants.

Tant l'una com l'altra es basen en el suport d'iguals i en l'aprenentatge proporcionat per l'experiència de cadascun dels seus membres.

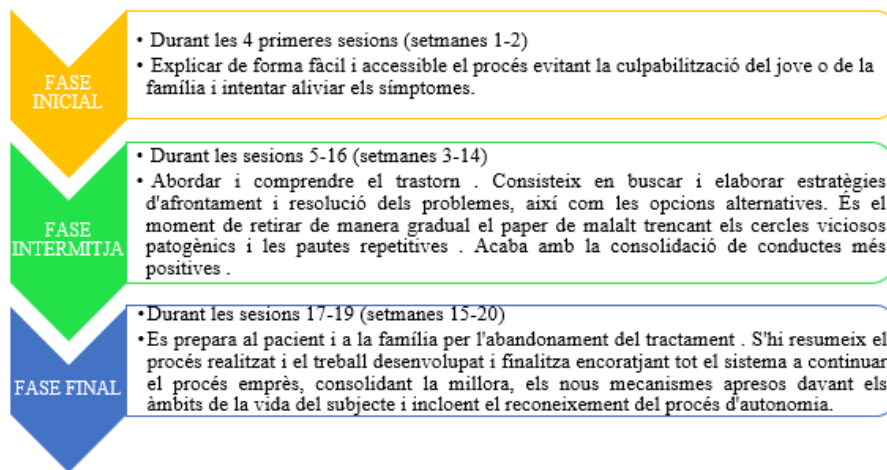
Emfatitzen les dimensions emocional, social i espiritual de les persones afectades, en lloc de centrar-se en els aspectes físics o tècnics.

⁴³ *Guía Práctica Clínica de los trastornos de conducta Alimentaria*, Rica, V. Et al, Murcia 2001.

⁴⁴ I. Jáuregui, *Trastornos de la Conducta Alimentaria 2* (2005) 171

8.1.3. Teràpia interpersonal

Aquesta teràpia va ser desenvolupada originàriament per Klerman, psiquiatre nord-americà, al 1984, amb la finalitat de ser aplicada com a tractament de manteniment de la depressió, encara que posteriorment es va emprar com a tractament independent i, en l'actualitat, s'ha ampliat a una varietat de trastorns diferents.⁴⁵ La TIP⁴⁶ aborda principalment les relacions interpersonals actuals i se centra en el context social immediat del pacient: duel, disputes interpersonals, transició de rol i dèficit



interpersonals.

Esquema 1: Fases del tractament interpersonal.⁴⁷

⁴⁵ *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria.*

⁴⁶ Teràpia interpersonal.

⁴⁷ Font: elaboració pròpia.

8.2. TRACTAMENT NUTRICIONAL

La seva principal funció és aconsellar sobre hàbits saludables d'alimentació i advertir sobre el perill de seguir dietes innecessàries i dietes que, encara que puguin ser justificades, no estiguin prescrites i controlades per un professional sanitari competent. També cal ressaltar l'aspecte social del menjar, entesa com a punt de trobada familiar i plaent, fins i tot per sobre del valor nutritiu.

És important rebre l'assessorament nutricional des de les primeres etapes del tractament per prevenir les recaigudes.

8.3. TRACTAMENT FARMACOLÒGIC

Dirigit a aquelles persones afectades que precisin fàrmacs en combinació amb tractament psicològic, sobretot en casos de BN i trastorn per afartament, o per resoldre simptomatologia associada, com a depressió, ansietat o impulsivitat.

Pel tractament de l'AN s'utilitzen fàrmacs que augmenten la gana, anomenats antianorèxics i també els antidepressius, ja que aquesta malaltia està acompanyada freqüentment d'alteracions en l'espera afectiva.

Un altre dels grups farmacològics utilitzats són els ansiolítics, que s'utilitzen generalment per disminuir el grau d'ansietat que presenta el pacient, i en algunes ocasions, per restaurar el ritme del son.

En el cas de la BN es poden utilitzar alguns fàrmacs denominats estabilitzadors de l'estat d'ànim.

Entre els fàrmacs antidepressius, el més eficaç pel control de la ingesta compulsiva és la fluoxetina. El tractament ansiolític també pot ser utilitzat, en casos necessaris, per disminuir el nivell general d'ansietat o per frenar l'angoixa prèvies a un episodi d'afartament.

Cualquier plan de tratamiento para un paciente con un Trastorno de la Conducta Alimentaria debe incluir métodos para normalizar su alimentación [...]. Por supuesto, con solo realimentar a un paciente no se

obtendrán remisiones duraderas si no se acompañan de un tratamiento psiquiátrico adecuado.⁴⁸

9. PRONÒSTIC DELS TCA

Vicente Turón, explica que aquests trastorns requereixen tractaments llargs i complexos sense tenir una curació completa. No obstant això, cada vegada és major la taxa de recuperació: ha passat d'un 30% fa quinze anys al 67-73% en l'actualitat, a més d'haver-se reduït la mortalitat d'un 10% a menys del 5 en l'actualitat.⁴⁹

No obstant això, aquest èxit en el pronòstic ha suposat un notable i preocupant augment de quadres crònics, segons Turón, aquest tipus de trastorns constitueixen la tercera malaltia crònica més freqüent en l'adolescència.

Per això, encara que el tractament tingui èxit, és prolongat, i la cronicitat més encara, i és una malaltia que en persones joves interromp el desenvolupament normal i la maduració la qual cosa porta conseqüències imprevisibles.

El pronòstic de l'AN indica el següent: la taxa bruta de mortalitat mitjana és del 5%. El 50 % dels casos d'AN evoluciona a remissió completa. La remissió parcial s'observa entre el 20% i el 30 % dels casos d'AN . Entre el 10% i 20 % dels casos evolucionen a cronicitat.

El curs natural de la BN als 5 anys en pacients que viuen en comunitat és el següent: cada any, el 33% remet i un altre 33% recau. El que indica un pronòstic relativament dolent per a persones no tractades. En estudis de seguiment a 6 anys per persones

⁴⁸INSALUD, 1995

⁴⁹ Turón, V *Preocupante aumento de cronicidad en TCA* [18;10;2011]

tractades , el 60% es consideraven de bon pronòstic, el 30% de recuperació parcial i un 10% de mal pronòstic.

Segons l'especialista, el percentatge de recuperació de pacients donats d'alta amb anorèxia nerviosa, als quals se'ls fa un seguiment de cinc a deu anys, és del 48% i el de millora, un 29,1. En el cas de la bulímia nerviosa, la recuperació i millora va del 65 al 72%.

Els casos que majoritàriament tracten els especialistes són els quadres incomplets. En els últims anys, els metges han observat com han canviat les característiques clíniques, evolutives i de pronòstic dels TCA, de manera que l'augment de la incidència ha afavorit un increment de pacients crònics, i l'estat clínic d'ells fa engrossir el nombre del qual anomenen quadres atípics.

En estudis de seguiment a 5 anys en casos de TA, el 10 % dels casos diagnosticats de TA mantenien el diagnòstic, el 18% -20% presentaven una remissió parcial i el 70% un bon pronòstic. La presència d'afartaments pronostica un augment de pes. La prevalença d'obesitat es va duplicar en el grup de pacients que mantenien el trastorn al final de l'estudi.

10. PREVENCIÓ DELS TCA

La prevenció dels TCA és necessària i difícil per tractar-se d'adolescents en que és fàcil crear necessitats i induir al consum. És difícil diferenciar entre informació preventiva i propagació de conductes. Les intervencions preventives que tenen com a base el sistema escolar podrien incrementar els riscos i produir més danys que beneficis. Aquestes intervencions han de ser acuradament dissenyats, realitzats per professionals adequats i coordinats per les institucions per tal d'unificar criteris.

Per aplicar les mesures de prevenció primària hi ha dues estratègies molt sovint complementàries: l'estratègia poblacional i l'estratègia d'alt risc. L'estratègia poblacional és de tipus general i s'adreça a tota una població determinada amb l'objectiu de reduir el risc mitjà de la mateixa. L'estratègia d'alt risc és de tipus més específic i es dirigeix a aquelles persones que més ho necessiten, o sigui, als individus més vulnerables o que presenten un risc especial com a conseqüència de l'exposició a determinats factors de risc. En el cas dels TCA, els grups de risc ho són ja sigui per la seva edat, sexe o participació en activitats de risc, ja sigui a nivell d'oci o professional (gimnastes, atletes, models, ballarins/es, patinadors/es, esportistes d'elit, etc.).

Els tres nivells es troben interrelacionats, de manera que la necessitat de posar en marxa estratègies preventives a un dels nivells no és altra cosa que el reflex del fracàs total o parcial de les mesures adoptades en el nivell anterior.



Esquema 2: Tipus de prevenció.⁵⁰

10.1. PREVENCIÓ PRIMÀRIA

Té com a objectius reduir la incidència de la malaltia, en aquest cas dels TCA, i actuar sobre la vulnerabilitat i els factors de risc. El primer pas per establir mesures de prevenció primària és identificar les exposicions pertinents i avaluar el seu impacte sobre el risc de emmalaltir en el individu i en la població.

Les intervencions de prevenció primària específiques per als TCA més freqüents s'inclouen en els següents 5 tipus: psicoeducacionals, d'educació en el criticisme cap als mitjans de comunicació, tècniques d'inducció i dissonància⁵¹, intervencions focalitzades en eliminar els factors de risc dels TCA i en enfortir l'hoste.

10.1.1 Als nens

- Ensenyar a acceptar un ampli rang de siluetes corporals.
- Guiar el desenvolupament d'interessos i habilitats tendents a l'èxit sense basar-se en la seva imatge corporal.
- Ensenyar alimentació saludable i hàbits d'exercici, emfatitzant els efectes negatius de les dietes.
- Ensenyar maneres de resistir bromes sobre el seu pes o les pressions per posar-se a dieta.

⁵⁰ Font: elaboració propia.

⁵¹ Tipus d'intervenció que pretén generar controvèrsia i constatar la inconsistència entre les conductes i els pensaments de les persones que participen a la intervenció per tal de crear una motivació cap al canvi d'hàbits perillosos.

- Informar sobre els diferents aspectes del desenvolupament, per alleujar ansietats sobre la pubertat i emfatitzant que el guany de pes és normal i necessari en el desenvolupament.

10.1.2. A l'adolescència primerenca (11-13 anys)

És un període molt crític per la prevenció, a causa de l'aparició d'actituds i conductes alimentàries no saludables. El desenvolupament corporal, el sorgiment de les emocions i la necessitat d'independència són els factors de risc més importants en aquesta etapa. Tota la seguretat de les adolescents està projectada en el seu aspecte físic, del que estan insatisfetes la majoria d'elles i volen canviar aprimant-se. Alguns estudis indiquen que al voltant del 80% de nenes de 11-12 anys intenten o fan dietes.

En aquesta etapa existeixen certes tasques preventives que poden pal·liar les influències externes:

- Els pares i els seus fills necessiten comprendre i acceptar l'augment de la necessitat d'independència.
- Informar sobre els canvis de la pubertat, increment del greix corporal com alguna cosa normal i sobre els components psicosocials.
- Aprendre a afrontar les burles dels altres amb entrenament assertiu.
- Relaxació per regular emocions.
- Educar sobre conductes inadequades per afrontar les emocions, incloent l'ús de menjar, drogues i alcohol.
- Entrenar en habilitats de maneig del temps, per resistir pressions acadèmiques.
- Proporcionar informació comprensible sobre alimentació saludable i exercici físic, efectes de les restriccions i dietes cròniques, i perills físics i psicològics de les pèrdues dràstiques de pes.

10.1.3. A l'adolescència mitja (14-16 anys)

En aquesta edat, ja existeix un grup d'adolescents relativament nombrós que està fent dietes, es donen afartaments, es provoquen vòmits, utilitzen laxants i diürètics, tenen insatisfacció de la imatge corporal i sentiments permanents de grassor.

Ja que els canvis de la pubertat ja s'han donat en la majoria de les adolescents i tenen menys força per provocar patologia, les tasques preventives d'aquesta etapa han d'enfocar-se, primordialment, en la necessitat de regular les seves emocions, la millora del seu dèficit d'autoestima, l'establiment d'una relació positiva amb els iguals, la moderació del seu desig per aconseguir l'ideal de *superdona* o *superhome* i el maneig del estrès.

Les estratègies preventives han d'incloure, al menys, els següents temes:

- Estratègies cognitiu-conductuals pel maneig d'emocions, ajudant a establir connexions entre emocions i ús d'aliments o substàncies per avaluar alternatives saludables en el maneig de l'afecte negatiu.
- Qüestionar i discutir els valors personals, amb exercicis que facilitin una autovaloració diferent a l'èxit acadèmic o professional.
- Les imatges de dones en mitjans de comunicació poden usar-se com a punt de partida per discutir el paper femení. Es poden usar exercicis, fotos, dibuixos o simular passarel·les, per millorar la imatge corporal.
- Discussió i confrontació amb habilitats de resolució de problemes per aconseguir solucions constructives enfront de les dificultats de relació entre pares fills.

10.1.4. A l'adolescència tardana (17-20 anys) i als joves (21-25 anys)

Durant aquesta etapa, les joves han d'afrontar canvis importants en la seva vida, a conseqüència de l'augment de la independència. És possible que hagin de canviar la seva vida acadèmica, deixar el col·legi, estudiar a la universitat o començar a treballar.

Aconseguir ser atractiva per l'altre sexe esdevé, així mateix, un tema primordial.

Les estratègies preventives que es proposen per aquests dos grups són:

- Ensenyar a manejar l'estrès generat pels canvis.
- Fomentar el creixement de les relacions interpersonals i disminuir l'aïllament.
- Facilitar estratègies que fomentin la salut emocional.
- Informar i ensenyar a manejar els comportaments inadequats com el menjar, les purgacions i l'exercici excessiu.
- Educar sobre factors de risc i l'efecte contagiós de les dietes i afartaments.

- Prevenir als atletes, esportistes i altres grups vulnerables, sobre factors de risc.
- Ensenyar a entrenadors, pares i alligats, la repercussió dels comentaris sobre talles, aspecte corporal, competitivitat excessiva, etc.

Aquests tipus d'intervencions preventives poden fer-se mitjançant presentacions educatives i tallers interactius en col·legis, facultats, gimnasos, etc.

10.1.5. Als adults (més de 25 anys)

Per major infortuni social, els TCA s'han estès a edats adultes. Les dones professionals i les mestresses de casa estan immerses en la bogeria de la primesa, que creuen que els hi permetrà sentir-se joves per sempre. En aquest grup, a més a més dels tots els factors de risc esmentats anteriorment, es poden unir problemes matrimonials, la pèrdua de l'atractiu i la soledat. Tenir un objectiu personal, que no depèn de ningú més que d'elles mateixes i els té la ment ocupada, converteix les dietes i al exercici físic en conductes fàcilment incontrolables.

Les estratègies preventives en aquesta etapa de la vida han d'anar dirigides a:

- Conscienciar del <<pessimisme>> com una forma de prejudici similar al racisme i el sexisme.
- Ampliar les interessos vitals i les possibilitats de socialització a través de temes que no siguin, exclusivament, mantenir el cos en forma
- Crear grups de dones que explorin els efectes dels conflictes del rol femení sobre la salut.

10.2. PREVENCIÓ SECUNDARIA

Té com a objectius reduir la prevalença (escurçar la durada del trastorn i el temps que mitjana entre la seva aparició i la recerca de tractament), mitjançant la detecció i el tractament precoç.

- Formació adequada de diferents col·lectius de professionals que poden estar en contacte amb la població de risc i actuar com a elements de detecció dels TCA (mestres, professors, psicòlegs escolars, farmacèutics, etc.).

- Formació adequada dels metges d'atenció primària, perquè siguin capaços de diagnosticar el més precoçment possible, i, en conseqüència, tractar o derivar els casos que arriben a les seves consultes.
- Desenvolupament dels dispositius assistencials necessaris en el segon i tercer nivell per proporcionar un tractament adequat als casos que han estat identificats.

10.3. PREVENCIÓ TERCIÀRIA

Té com objectius reduir les conseqüències del trastorn, evitant l'aparició de complicacions i aplicant el tractament adequat per aquestes. Un tractament ràpid i adequat és l'element principal capaç de reduir l'aparició de seqüeles associades als TCA i evitar la cronificació dels pacients.

El treball interdisciplinari entre metges de capçalera, pediatres, psiquiatres i unitats d'hospitalització:

- Afavoreix la continuïtat del tractament.
- Disminueix les hospitalitzacions.
- Redueix l'estada mitjana.
- Actua sobre els factors que provoquen o mantenen el quadre.
- Avaluen les necessitats assistencials.

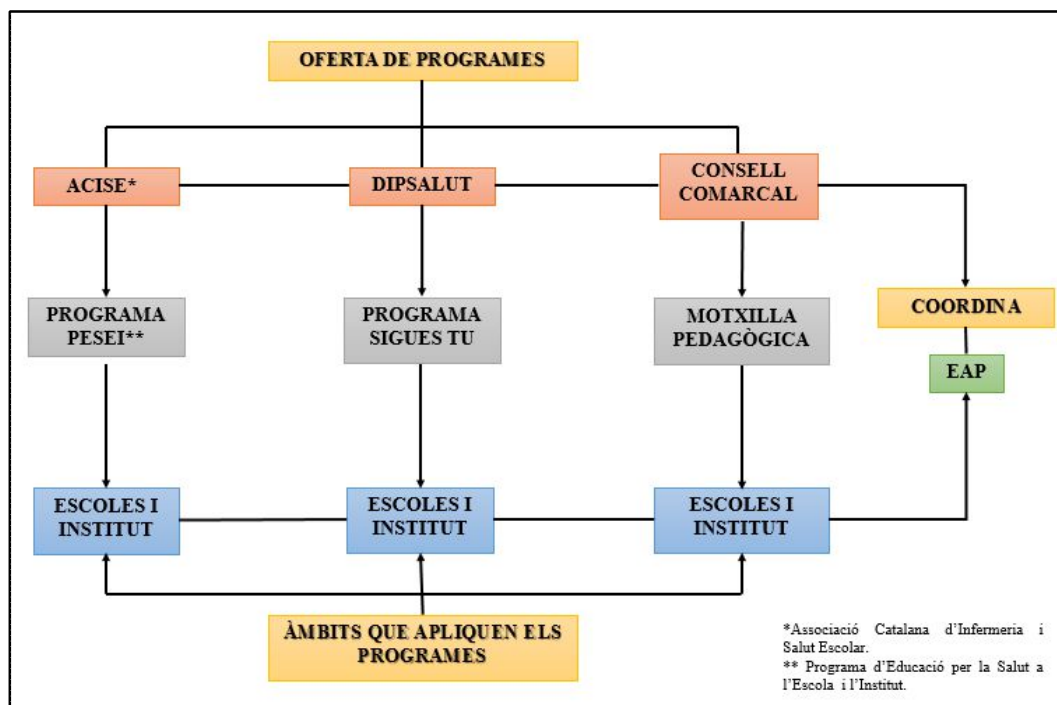
D'altra banda, el desenvolupament de dispositius capaços de seguir l'evolució dels mateixos, de proporcionar tractaments a llarg termini i de brindar el suport social necessari és imprescindible de cara a reduir la discapacitat futura.

11. INTRODUCCIÓ AL TREBALL DE CAMP

El treball de camp consisteix primerament en un recull d'informació extreta d'una sèrie d'entrevistes realitzades als diferents organismes i entitats que ofereixen els programes de promoció per la salut per conèixer en què consisteixen i quins continguts tracten.

El següent pas és analitzar les activitats que es realitzen a cada escola i a l'institut seguint unes pautes a través de la informació obtinguda en el pas anterior i d'unes entrevistes realitzades als diferents centres per poder veure millor quins temes es treballen per poder realitzar el pas següent.

Aquest últim pas consisteix en la realització d'unes taules en les que es relacionen les



diferents activitats de promoció de la salut amb els factors de risc dels TCA, a partir de tota la informació que he obtingut de l'anàlisi de les activitats, les entrevistes a professionals dels diferents àmbits, el material que m'han proporcionat i les consultes web, i així saber quines d'aquestes incideixen positivament en dits factors i es converteixen en factors de prevenció primària.

*Esquema 3: Planificació del treball de camp.*⁵²

12. ASSOCIACIÓ CATALANA D'INFERMERIA I SALUT ESCOLAR: PROGRAMA D'EDUCACIÓ PER LA SALUT A L'ESCOLA I INSTITUT (PESEI)

El programa PESEI, és la fusió de dos programes: PESE (Programa d'educació per la salut a l'escola) i PESI (Programa d'educació per la salut a l'institut). D'aquesta forma s'integren les bases dels continguts mínims a treballar en matèria d'educació escolar de forma continuada al llarg de la etapa escolar dels nens i adolescents.

Segons l'Engràcia Soler Pardo, presidenta de *l'Associació Catalana d'Infermeria i Salut Escolar*, l'associació: *“Pretén que la infermera estigui incorporada a dins de l'escola i faci educació per a la salut, és a dir, faria com si fos una matèria i ella seria la mestra, amb un temari que vagi pujant de nivell, des de P3 fins a 2n de batxillerat.”*⁵³

La finalitat del programa és la de millorar la salut dels nens/es i adolescents que estan a la franja d'edat del 4 a 18 anys, corresponents als cursos de P3 fins a 2on de Batxillerat, mitjançant la promoció d'hàbits saludables, prevenció de riscos i coneixements necessaris en educació per a la salut que garanteixin la presa de control vers la seva pròpia salut present i futura, així com la corresponent al seu entorn i comunitat.

L'Associació ofereix un programa diferent per cada curs, però que treballen en cercle, és a dir, si un tema és treballa un any, a l'altre anys es pot tornar a repetir però ampliant els continguts, però sempre amb els mateixos objectius. També fem xerrades destinades únicament als pares i als professors.

⁵² Font: elaboració pròpia.

⁵³ Veure ANNEX V, pàgina XII

El nombre de sessions mínimes recomanades son de 4 pels cursos de P3, P4 i P5, i de 8 a 12 sessions per la resta de cursos (d'1 hora a 2 hores de duració aproximada). Tot i que es pot adaptar el nombre de sessions i durada a les necessitats de l'escola.

Reduint el tram d'edat als joves d'entre 12 i 16 anys, edat de risc del TCA i el qual jo analitzo en el meu treball de camp, les temàtiques proposades pel programa són les següents:

- Nens i nenes de 5è i 6è: El cos humà (El creixement del preadolescent i l'adolescent), els hàbits saludables que inclouen; hàbits de l'alimentació i l'exercici, hàbits de l'oci i el descans, hàbits sobre les addiccions i hàbits d'higiene i culte al cos. Proposen també prevenció d'accidents i de riscos i primers auxilis. Per últim els temes del *bulling* i respecte, l'educació en valors, la igualtat de gènere i el món de la sexualitat.

- Alumnes de 1r i 2n d'ESO: Els canvis físics, hormonals, mentals i emocionals de l'adolescència, la higiene diària de tot el cos, l'alimentació saludable en la pre-adolescència i adolescència, els hàbits sobre les addiccions, els hàbits del son i el descans i la pràctica d'exercici de forma regular.
Proposa novament la prevenció d'accidents i primers auxilis i per últim; la gestió de les emocions i la resolució de conflictes, la diversitat, el respecte i la igualtat entre gènere i persones dins la societat, la relació de vincles familiars i socials en l'entorn de l'adolescent, el *bullying*, el *cyberbullying* i l'educació afectiva i sexual.

- Alumnes de 3r i 4t d'ESO: Pel que fa als últims dos anys de l'ESO els temes que es proposen són els valors humans, la salut emocional, l'autoestima i pressió de grup el respecte i resolució de conflictes i el culte al cos. També inclou les noves tecnologies, la protecció i seguretat de l'ús de les xarxes i el coneixement dels serveis sanitaris i dels seus professionals.
Per últim proposa temes relacionats amb les conductes de risc com les malalties de transmissió sexual i prevenció de conductes de risc, el món de les drogues, la violència de gènere, l'educació afectiva i sexual, els mètodes anticonceptius i l'avortament.

12.1. PREVENCIÓ PRIMÀRIA DES DE L'ABS A LES ESCOLES

De les activitats proposades anteriorment pel PESEI i l'Àrea Bàsica de Salut, les escoles i el institut realitzen les següents:

1. Programa “Nens en moviment”

Programa que va néixer a l'hospital *Vall d'Hebron* a on hi havia la Unitat d'Obesitat i Nens amb sobrepès i obesitat important. Allà hi havia un grup amb una doctora nutricionista i una psicòloga i totes dues abordaven el problema de l'obesitat amb els nens, però una ho abordava des de la part més nutricional i l'altra des de la part més psicològica (l'autoestima, el rebuig..) i totes dues veien que per separat els faltava com una part de nexa en comú i van decidir crear aquest programa i treballar conjuntament.

- **Objectius:** augment de l'autoestima i les relacions socials, promoure una alimentació equilibrada i un estil de vida saludable.
- **Continguts:** educació nutricional, activitats físiques, aspectes emocionals i psicològics i la implicació familiar.
- **Temporització:** 11 sessions d'una hora i mitja cadascuna durant el curs.
- **Destinataris:** un grup reduït (entre set i 10 alumnes) de nens i nenes amb sobrepès o obesitat infantil d'entre set i onze anys. La família dels participants.
- **Responsables:** una psicòloga i una nutricionista originàriament. En el cas de Llança serà l'infermer i la pediatra els qui ho dirigeixen.

2. Xerrada d'igualtat i respecte de gènere

L'escola de Portbou és la única que realitza una xerrada sobre la igualtat i respecte de gènere als alumnes de 5è i 6è del programa PESEI.

- **Objectius:** conèixer la importància de la igualtat i el respecte per igual entre gèneres i les seves conseqüències.
- **Continguts:** la igualtat i respecte.
- **Temporització:** una xerrada d'una hora.
- **Destinataris:** alumnes de cicle superior.
- **Responsable:** infermer o infermera del CAP.

3. Xerrada alimentació

Les xerrades sobre l'alimentació i els hàbits de vida saludables són les més freqüents que es duen a terme a les escoles i els instituts i es realitzen des dels més petits als més grans, encara que en totes les edats coincideixen en el factor en el que es vol incidir.

- **Objectius:** aconseguir els bons hàbits d'aliments des de petits, donar a conèixer els aliments, el problema de l'obesitat, la importància de no saltar-se els àpats, el consum equilibrat dels diferents grups de nutrients, la relació de la bona alimentació i la salut. Promoure els àpats en família i la importància de l'exercici.
- **Continguts:** aliments i els bons hàbits de l'alimentació, estils de vida saludables, què vol dir estar ben alimentat i estar ben nodrit, la piràmide d'aliments i els àpats en família.
- **Temporització:** 1 xerrada d'una hora aprox. a l'hora de tutoria.
- **Destinataris:** alumnes de primària i 1r d'ESO.
- **Responsable:** infermer o infermera del CAP.

12.2. PREVENCIÓ PRIMÀRIA DES DE L'ABS A L'INSTITUT

1. Xerrada d'educació afectiva i sexual

Les xerrades i activitats relacionades amb el món de la sexualitat, ja sigui la relació en parella, les malalties de transmissió sexual o els mètodes anticonceptius ja es comencen a introduir a partir del cicle superior (5è i 6è) i es van ampliant els continguts a mesura

que els alumnes passen de curs. A les escoles de Portbou, Colera, Llançà i El Port de la Selva, però no es realitzen, i no és fins a l'institut de Llançà, durant 3r d'ESO, que s'incorporen aquests temes.

- **Objectiu:** conèixer i fer entendre que tota relació de parella hi ha d'haver més factors que el sexual perquè funcioni i sigui saludable com el respecte i la igualtat. Donar a conèixer els diferents mètodes anticonceptius. Descriure els pros i contres de cadascun. Explicar el concepte d'avortament i conèixer els mètodes per avortar dins del marc legal i les conseqüències psicològiques que comporta. Donar coneixement de les malalties de transmissió sexual.
- **Continguts:** concepte de la sexualitat i canvis que formen part de l'adolescència, salut en relacions de parella, anticonceptius, avortament i riscos i les malalties de transmissió sexual.
- **Temporització:** una xerrada per trimestre d'una hora cadascuna.
- **Destinataris:** alumnes de 3r d'ESO.
- **Responsable:** infermer o infermera del CAP.

2. Xerrada alimentació

La xerrada de l'alimentació es torna a repetir al primer curs de l'ESO.

- **Objectius:** el problema de l'obesitat, la importància de no saltar-se els àpats, el consum equilibrat dels diferents grups de nutrients, la relació de la bona alimentació i la salut. Promoure els àpats en família i la importància de l'exercici.
- **Continguts:** aliments i els bons hàbits de l'alimentació, estils de vida saludables, què vol dir estar ben alimentat i estar ben nodrit, la piràmide d'aliments i els àpats en família.
- **Temporització:** 1 xerrada d'una hora aprox. a l'hora de tutoria.
- **Destinataris:** alumnes de 1r d'ESO.
- **Responsable:** infermer o infermera del CAP.

13. ÀREA DE BENESTAR DEL CONSELL COMARCAL: LA MOTXILLA PEDAGÒGICA

L'Àrea de Benestar del Consell Comarcal està formada pel conjunt de serveis, recursos i equipaments creats per a garantir i facilitar als ciutadans i a les ciutadanes de la comarca l'accés als serveis i recursos existents.

Aquesta àrea té com a objectius:

- Afavorir la promoció i la integració de les persones i col·lectius a la societat.
- Posar a l'abast de les persones els recursos per millorar la seva qualitat de vida, reduir la desigualtat i augmentar la seva autonomia.
- Valorar i ajudar-los a resoldre les seves possibles dificultats socials,
- Prevenir i intervenir sobre les causes que condueixen a l'exclusió social.

La tècnica d'infància i adolescència de l'Àrea de Benestar del Consell Comarcal, Meritxell Pomés em defineix la Motxilla Pedagògica com: *“una guia en format digital que recull tota l'oferta educativa que s'adreça a les escoles i als instituts de la comarca i que es fa des de diferents àrees del Consell Comarcal però també d'alguns agents externs, és a dir, empreses i entitats que també fan ofertes d'activitats per a les escoles”*⁵⁴

Les activitats i tallers que s'ofereixen dins aquest recurs educatiu estan organitzades a l'entorn de deu centres d'interès: educació ambiental, interculturalitat i cultura de la pau,

⁵⁴ Veure ANNEX VII, pàgina XVIII

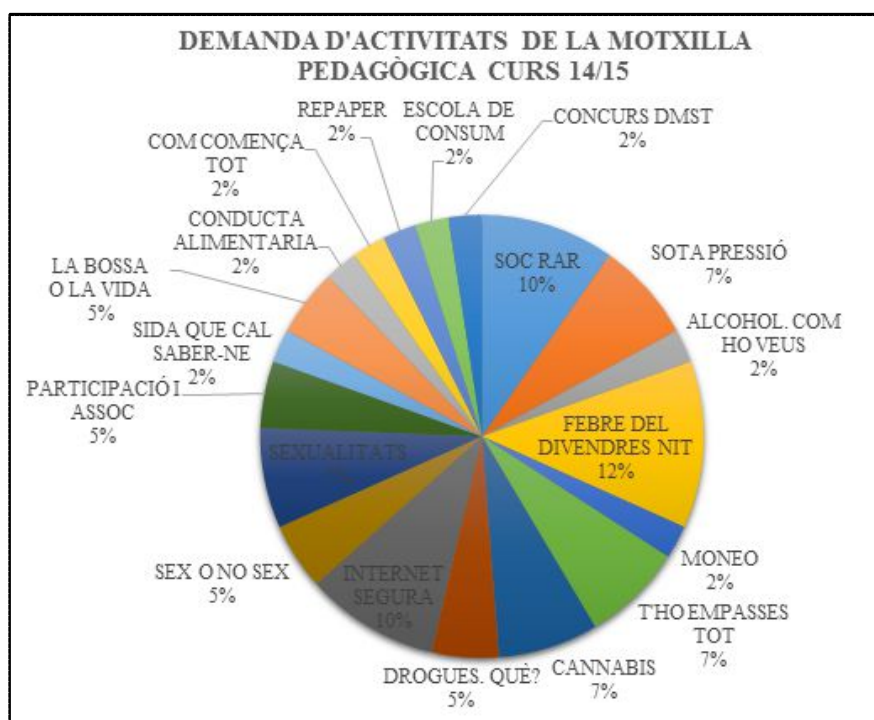
gènere i prevenció de la violència,educació per a la salut, consum, esports, treball i formació, noves tecnologies, joventut i altres recursos.

La Motxilla posa a disposició dels centres escolars de la comarca un total de 59 activitats i tallers, dels quals alguns van adreçats a infants que cursen educació primària i d'altres s'adrecen a alumnat de secundària de la comarca.

Les activitats que proposa la *Motxilla Pedagògica* són les següents:

ACTIVITAT	CICLE INICIAL	CICLE MITJA	CICLE SUP.	1R ESO	2N ESO	3R ESO	4T ESO	BATX	ALTRES
EDUCACIÓ AMBIENTAL									
Tutorització dels Treballs de Recerca				■	■	■	■	■	
Suport a la programació activitats en entorn escolar									■
Visita a l'abocador controlat			■						
La Deixalleria		■							
Repaper Alt Empordà		■	■	■	■	■	■		
GÈNERE I PREVENCIÓ DE LA VIOLÈNCIA									
Els drets ens protegeixen	■	■	■						
Parlant prevenim l'Abús Sexual Infantil				■	■	■	■	■	
Com comença tot							■		
Qui vol ser com Messi, qui vol ser com la Katy Perry?	■	■	■						
Adolescents: aprenent la masculinitat i la feminitat				■	■	■	■	■	
Cossos Irrerals				■	■	■	■		
Destjar ser un cos model		■	■						
Desmuntant els mites de l'amor romàntic a través del cinema, la TV i la literatura						■	■	■	
Missatges ocults als vídeos de Youtube						■	■	■	
On és la meua altra part?	■	■	■						
Per amor, NO tot s'hi val						■	■	■	
Tants nois i tantes noies, com ens podem entendre?				■	■				
Un dia per explicar contes coeducatius	■	■	■						
Una botiga de joguines diferent	■	■							

EDUCACIÓ PER A LA SALUT										
Jo sóc RAR										
El tabac al descobert										
T'ho empasses tot?										
Sota Pressió										
Cannabis, com ho vius?										
Sexualitats										
Febre del divendres nit										
Alcohol, com ho veus?										
Sex o no sex										
La bossa o la vida										
Marxa més segura										
Concurs Cartells Dia Mundial Sense Tabac										
MONEO										
Drogues, què?										
Que no s'ho empassin tot!!!!										
Sida, què cal saber-ne										
Prevenió de la conducta alimentària										
Primers auxilis bàsics										
Primers auxilis bàsics en l'esport										



Gràfic 4: Demanda d'activitats de la motxilla pedagògica dels instituts de la comarca el curs 14-15⁵⁵

13.1. LA MOTXILLA PEDAGÒGICA A L'INSTITUT DE LLANÇA

1. Cànnabis, com ho vius?

L'activitat consta d'una exposició guiada, en format còmic, que està formada per 12 plafons verticals de 70x100 cm, on es plantegen situacions al voltant de l'anàlisi de les conseqüències del consum de cànnabis i es treballen possibles situacions que es poden trobar els joves, relacionades amb la substància.

- **Objectius:** informar sobre les conseqüències del consum de cànnabis. Identificar i analitzar, de manera crítica els principals factors que influeixen en les decisions dels adolescents i joves de fumar "porros". Potenciar la capacitat crítica i afavorir la presa de decisions autònomes i individuals.
- **Temporització:** una hora.
- **Destinataris:** alumnes de 3r d'ESO.
- **Responsables:** Programa Comarcal de Prevenció de Drogodependències.

2. Campanya de prevenció de la conducta alimentària dels joves

⁵⁵ Font: ANNEX VIII, pàgina XX

L'activitat és una campanya d'educació en salut i alimentació juvenil adreçada als joves de 15 i 16 anys de la comarca. La jornada es farà tot un matí a l'Escola d'Hostaleria de Vilamalla. Es fa una xerrada teòrica-pràctica sobre alimentació, salut i bons hàbits a la cuina.

- **Objectius:** informar als i les joves en: alimentació, dieta i nutrició. L'adquisició d'aprenentatges i la millora del comportament alimentari i de la salut dels joves i donar a conèixer els hàbits alimentaris adequats per ells.
- **Temporització:** tot el matí de 9 a 15h.
 - 09:15h→ Sortida en autocar des del centre i fins a l'Escola d'Hostaleria.
 - 10:00h→ Xerrada sobre hàbits saludables.
 - 10:45h→ Xerrada sobre alimentació, dieta i nutrició a càrrec d'un/a dietista.
 - 11:45h→ Taller teòric-pràctic de cuina saludable a l'aula Ferran Adrià.
 - 13:00h→ Informació sobre l'escola d'Hostaleria i estudis professionals.
 - 13:15h→ Dinar pedagògic.
- **Destinatari:** alumnes de 4t d'ESO.
- **Responsables:** Consell Comarcal i Escola d'Hostaleria de l'Alt Empordà.

14. ORGANISME DE LA SALUT PÚBLICA DE LA DIPUTACIÓ DE GIRONA. DIPSALUT:

PROJECTE SIGUES TÚ: L'AVENTURA DE LA VIDAI SOM-HI!⁵⁶

Dipsalut és una administració pública local en forma d'organisme autònom de la Diputació de Girona. S'encarrega de donar cobertura a aquestes obligacions municipals en salut pública i ho fa proporcionant serveis, suport tècnic i econòmic als 221 ajuntaments de la demarcació de Girona.

Aquesta entitat ofereix un ventall de programes de protecció de la salut dirigits a reduir els riscos presents en el nostre entorn, dintre del qual s'inclou el projecte Sigues tu.

El projecte pretén facilitar l'aprenentatge de les deu habilitats bàsiques per a la vida que diu la OMS⁵⁷ i promoure estils de vida saludables de forma coordinada amb altres

⁵⁶ Totes les imatges i taules d'aquest apartat han estat extretes de "La Guia del Professorat" dels programes

⁵⁷ Organització Mundial de la Salut

agents del territori, donant eines als mestres, als docents i a les famílies per avançar en aquesta direcció.

La M^a Antònia Barceló, tècnica de salut del programa, durant l'entrevista realitzada m'explicava que *“El projecte Sigues tu és un projecte de promoció per la salut. Aquest projecte té dos tipus de materials o dos tipus de programes: el programa de primària i el programa de secundària. El programa de primària treballa amb un material que es diu “L'aventura de la vida” que agafa des de 3r fins a 6è, i el programa de secundària té un material que es diu “Som-hi”.”*⁵⁸

Els tres objectius principals tant de *L'aventura de la vida* com del *Som-hi!* són:

- Desenvolupar les habilitats dels infants i les persones joves per tal que puguin afrontar de forma positiva els desafiaments de la vida quotidiana.
- Promoure la incorporació als centres educatius d'un treball transversal d'educació per a la salut i ajudar així a millorar la qualitat de vida tant de l'alumnat com del professorat.
- Facilitar a les famílies espais de reflexió sobre la salut dels seus fills i estratègies per afrontar el seu procés de desenvolupament com a persones.

Aquest projecte ha estat impulsat per *Dipsalut i Fundaesplai*: *“Dipsalut és l'organisme de salut de la diputació i Fundaesplai, que és la fundació Catalana de l'Esplai, per qui jo treballa, és una entitat sense ànim de lucre que treballa en el món del lleure. Dipsalut és el que subvenciona tot el personal i tot el material, i la Fundació és qui ho porta a terme als centres educatius.*

L'Aventura de la Vida és un programa d'Educació per a la Salut i s'adreça a escolars d'entre 8 i 11 anys, als qui arriba a través del professorat i les seves famílies. El seu propòsit és desenvolupar en nenes i nens les competències adequades perquè estiguin en condicions d'assumir de manera positiva i crítica la cura de la seva salut i de la salut pública.

⁵⁸ Veure ANNEX IX, pàgina XXII

Està fet a partir de la integració de dos eixos⁵⁹ i enfocats a l'àmbit familiar, l'escolar i al carrer:

- **Un eix temàtic:** centrat en els hàbits de salut sobre els que el programa proposa incidir (alimentació, activitat, descans, alcohol, tabac, medicaments, higiene i seguretat).
- **Un eix transversal:** relatiu a les habilitats per la vida (autorespecte, afrontar els desafiaments, manejar la tensió, relacionar-se i prendre decisions), sobre el qual pivota el programa.

D'aquest encreuament sorgeix un totalde 36 temes que es desenvolupen en forma de 36 històries que trobem a cadascun dels àlbums de L'Aventura de la Vida.

“El material que s'utilitza a “L'aventura de la vida” és un àlbum de cromos. N' hi ha un per cada alumne, i dins 36 cromos que treballen 12 temes diferents, que serien els 12 grans objectius. [...] Es treballa a través d'una colla d'amics, que es diu “la colla de l'aventura de la vida” als que els passen coses. Pretenem que es generin situacions d'empatia amb els alumnes perquè ells se sentin identificats i iniciar un debat que fa que ells puguin anar establint reflexions sobre aquell tema i anar entrenant mica en mica l'habilitat que es vulgui tractar”



Imatge 7: Personatges “L'aventura de la vida”

⁵⁹ Veure ANNEX X, pàgina XXVI

El projecte *Som-hi!* és una estratègia de comunicació educativa que busca promoure el benestar entre a els adolescents mitjançant l'entrenament en habilitats per a la vida⁶⁰ i l'educació en valors.

“pretenem entrenar aquestes deu habilitats a través de diferents temes en el cas de secundària les addiccions, sexe i afectivitat, convivència i participació perquè considerem que són temes molt sensibles que hem de poder treballar amb la població adolescent i que tenen un nivell de prevenció.”

- **Addiccions:** anima un debat que, prenent com a pretext diversos objectes que poden afavorir processos de dependència (drogues, tecnologies, etc.), impulsa el desig de sentir-se bé i de gaudir la vida, mantenint el control
- **Afectiva i sexual:** presenta una proposta per conversar sobre el nostre món afectiu, els nostres sentiments, pensaments i experiències, en clau de benestar i drets sexuals i reproductius.
- **Convivència:** busca promoure el dret que tenim totes les persones a ser diverses, partint del fet que "el normal" és ser diferents, que no desiguals.
- **Participació:** vol contribuir al desenvolupament de competències ciutadanes per assumir la doble dimensió que la ciutadania ofereix i exigeix: la del dret i la del deure.

“Pel que fa a l'ESO per cada habilitat de cada bloc temàtic hi ha un vídeo, d'uns tres minuts cadascun, en el que als personatges de dibuixos els passen una sèrie de coses. Tot i ser dibuixos animats no deixen de ser històries que el que volen és provocar reaccions perquè posteriorment hi hagi un debat. I després hi ha un altre proposta que són fitxes per entrenar l'habilitat que són jocs, activitats en grup o en parella etc.”



⁶⁰ Veure ANNEX XI, pàgines 100-101

Imatge 8: Personatges "Som-hi"

14.1. PROGRAMA *SIGUES TU A LES ESCOLES*

Totes les activitats de "L'aventura de la vida", independentment del curs al que va destinat, s'estructuren de la mateixa manera: un àlbum per cada alumne i 36 cromos de diferents temes per treballar.

1. L'aventura de la vida, àlbum 1

- **Taula d'objectius i continguts:**

EIXOS	TEMES	FAMÍLIA	ESCOLA	CARRER
HABILITATS PER A LA VIDA	RESPECTE VERS UN MATEIX	1. DE BONA FAMÍLIA Sentir-se membre d'una família	13. DIFERENTS I IGUALS Acceptar-se un mateix	25. UN LLOC A LA FOTO Viure conscientment
	AFRONTAR ELS DESAFIAMENTS	2. DE TOTAL CONFIANÇA Merèixer la confiança aliena	14. PARAR L'ORELLA Aprendre a escoltar	26. SOM-HI AMB LES OBRES! Ser conseqüent
	MANEJAR LA TENSIÓ	3. EN EL LLOC DE L'ALTRE Aprendre a resoldre conflictes	15. UN PAS ENDAVANT Aprendre a sol·licitar ajuda	27. CRÍTICA INJUSTA Afrontar les crítiques
	RELACIONAR-SE	4. PORTES OBERTES Cultivar amistats	16. SEGUR QUE SÍ Respondre assertivament	28. COMPROMÍS Complir compromisos
	PRENDRE DECISIONS	5. PENSAR LA JUGADA Raonar les decisions	17. CRITERI PROPI Identificar les pressions	29. SI JA ESTÀ FET NO TE REMEI Assumir els errors
HÀBITS SALUDABLES	ÚS DE MEDICAMENTS	6. REMEI NATURAL Valorar els remeis naturals	18. VACUNES PER A TOTHOM Percebre els beneficis de la vacunació	30. AMB O SENSE RECEPÇA Distingir criteris d'automedicació
	CONSUM D'ALCOHOL	7. NOVA OPORTUNITAT Associar alcohol i conflictes	19. ENCERT SEGUR Fruir de consums saludables	31. A FAVOR NOSTRE Comprendre algunes prohibicions
	CONSUM DE TABAC	8. EPIDÈMIA SILENCIOSA Associar tabac i malaltia	20. CACERA DE MENTIDES Identificar falses imatges	32. QUINS FUMS! Afirmar el dret a no fumar
	ACTIVITAT I DESCANS	9. UN JUST REPARTIMENT Compartir les tasques domèstiques	21. ESPORT AMISTÓS Apreciar els valors de l'esport	33. UN DIA ES UN DIA! Reconèixer les excepcions
	ALIMENTACIÓ	10. DE TOTS COLORS Valorar la fruita	22. DE TOT UNA MICA Alimentar-se equilibradament	34. AMB MOLT DE GUST Diferenciar les laminadures saludables
	SEGURETAT	11. AMB TOTA SEGURETAT Saber actuar en cas d'incendi	23. EL CAP AL SEU LLOC Ser conscient dels riscos	35. CIUTATS AMIGUES Circular amb prudència
	HIGIENE	12. PER A TOTA LA VIDA Mantenir la higiene bucodental	24. SENSE COMPANYIA Prendre precaucions amb els animals	36. COM MENYS MILLOR! Reciclar els residus

CONTINGUTS

OBJECTIUS

- **Temporització:** durada variable. Es recomana una sessió per cromó (36 sessions)
- **Destinataris:** alumnes de 3r de primària.
- **Responsable:** el tutor del curs realitza el programa mitjançant el material que se li ha proporcionat.

2. L'aventura de la vida, àlbum 2

- **Taula d'objectius i continguts:**

EIXOS	TEMES	FAMÍLIA	ESCOLA	CARRER
HABILITATS PER A LA VIDA	RESPECTE VERS UN MATEIX	1. DIFERENTS I IGUALS Sentir-se igual en la diferència	13. TOT UN GALANT Reconèixer les pròpies qualitats	25. BEN ACOMPANYAT Sentir-se apreciat
	AFRONTAR ELS DESAFIAMENTS	2. L'UN PER L'ALTRE Viure conscientment	14. APROVAT EN AMOR Saber fer front als fracassos	26. VÈNCER LA SORT Valorar l'esforç
	MANEJAR LA TENSIÓ	3. SUPORT SEGUR Buscar ajuda	15. COM UNA MOTO! Mesurar les forces	27. TOT AL SEU TEMPS Organitzar les tasques setmanals
	RELACIONAR-SE	4. PARAULA D'HONOR Complir la paraula	16. SOTA QUATRE CLAUS Respondre a la confiança aliena	28. ACOMPANYADA Respondre assertivament
	PRENDRE DECISIONS	5. PER TU I PER MI Prendre decisions de forma reflexiva	17. ELS PEUS A TERRA Adequar objectius i mitjans	29. DECIDIR SOBRE SEGUR Decidir reflexivament
HÀBITS SALUDABLES	ÚS DE MEDICAMENTS	6. PASSO DELS QUILOS! Limitar l'ús dels medicaments	18. ESPERANÇA COMPARTIDA Reconèixer la iniquitat pel que fa a la salut	30. NI MENYS, NI MÉS Fer bon ús dels medicaments
	CONSUM D'ALCOHOL	7. UN MAL TRÀNGOL Associar abús d'alcohol i conflictes	19. ZERO EN ALCOHOL Diferenciar les begudes alcohòliques	31. DIVERSIÓ GARANTIDA Valorar les festes sense alcohol
	CONSUM DE TABAC	8. LLIÇÓ APRESA Relacionar tabaquisme i càncer	20. CISTELLA DE TRES Comprendre el concepte d'addicció	32. PASSAT DE MODA Apreciar la pressió de la moda
	ACTIVITAT I DESCANS	9. TEMPS DE DESCANS Associar descans i benestar	21. EL SEGON TEMPS Identificar situacions de fatiga	33. UNA RESPOSTA ÀGIL Associar exercici físic i salut
	ALIMENTACIÓ	10. LES PILES CARREGADES Associar l'esmorzar amb el rendiment	22. VERDURES AMIGABLES Valorar la varietat en la dieta	34. BONA COMPANYIA Apreciar els berenars equilibrats
	SEGURETAT	11. UN MAL PAS Apreciar condicions de risc	23. PROVA SUPERADA Aprendre a evacuar el col·legi	35. SEMPRE SURANT! Valorar la utilitat de saber nedar
	HIGIENE	12. INTRUSOS DIMINUTS Acostumar-se a rentar-se les mans	24. EL MILLOR SOMRIURE Habituar-se a rentar-se correctament les dents	36. AMB BON AMBIENT Protegir l'entorn natural

- **Temporització:** durada variable. Es recomana una sessió per cromó (36 sessions)
- **Destinataris:** alumnes de 4t de primària.
- **Responsable:** el tutor del curs realitza el programa mitjançant el material que se li ha proporcionat.

3. L'aventura de la vida, àlbum 3

- Taula d'objectius i continguts:

EIXOS	TEMES	FAMÍLIA	ESCOLA	CARRER
HABILITATS PER A LA VIDA	RESPECTE VERS UN MATEIX	1. NINGÚ COM JO Apreciar-se un mateix	13. UN DELS NOSTRES Convivre en la diversitat	25. UN PASTÍS D'AMICS Percebre la felicitat
	AFRONTAR ELS DESAFIAMENTS	2. OBJECTIU ACOMPLERT Planificar l'assoliment dels objectius	14. COP DE MÀ Aprendre a assolir metes	26. EL MILLOR D'UN MATEIX Superar els problemes
	MANEJAR LA TENSÍO	3. TOT AL SEU TEMPS Fixar parèntesis relaxants	15. INSPIREU PROFUNDAMENT Aprendre a relaxar-se	27. TEMPS D'AMISTAT Compartir les preocupacions
	RELACIONAR-SE	4. DONAR EXCUSES Assumir responsabilitats	16. AMB ELS CINC SENTITS Saber escoltar	28. UNA AMIGA MOLT ESPECIAL Donar un bon tracte
	PRENDRE DECISIONS	5. SENSE CAP MENA DE DUBTE Reflexionar abans d'actuar	17. NO EM DEMANIS QUE FACI AIXÓ! Actuar segons els propis valors	29. ENCREJAMENT DE CAMINS Escolir per un mateix
HÀBITS SALUDABLES	ÚS DE MEDICAMENTS	6. INSTRUCCIONS D'ÚS Administrar segons la recepta	18. LLEUGER MALESTAR Valorar els remeis senzills	30. AMB CARA I CREU Comprendre la farmacodependència
	CONSUM D'ALCOHOL	7. NI DE BROMA! Rebutjar l'abús de l'alcohol	19. BEURE UNA MICA MES... Identificar-ne els efectes de l'abús	31. MALES COMPANYIES Associar abús d'alcohol i accidents
	CONSUM DE TABAC	8. BENVINGUDA A LA VIDA Relacionar nicotina i dependència	20. AMISTAT INTEL·LIGENT Associar tabaquisme i malalties	32. DESAFIAMENT A MORT Identificar propostes enganyoses
	ACTIVITAT I DESCANS	9. VACANCES PER A TOT HOM Valorar la convivència	21. PASSAR FACTURA Apreciar el descans nocturn	33. NOUS HORIZONS Associar excursions i salut
	ALIMENTACIÓ	10. HORTA GENEROSA Valorar la fruita i la verdura	22. SUMES I RESTES Conèixer els factors de l'obesitat	34. UNA DOLÇA DECISIÓ Rebutjar l'abús de llaminadures
	SEGURETAT	11. ATERRATGE FORÇOS Apreciar les condicions de seguretat	23. ESCOLES SEGURES Identificar les imprudències	35. ALIAT I ENEMIC Prendre mesures de protecció
	HIGIENE	12. HIGIENE ALIMENTÀRIA Tenir cura de la higiene dels aliments	24. AL NOSTRE SERVEI Valorar la higiene dels serveis	36. UNA IDEA BRILLANT Protegir-se del sol

- **Temporització:** durada variable. Es recomana una sessió per cromó (36 sessions)
- **Destinataris:** alumnes de 5è de primària.
- **Responsable:** el tutor del curs realitza el programa mitjançant el material que se li ha proporcionat.

4. L'aventura de la vida, àlbum 4

- Taula d'objectius i continguts:

EXOS	TEMES	FAMÍLIA	ESCOLA	CARRER
HABILITATS PER A LA VIDA	RESPECTE VERS UN MATEIX	1. DE PART NOSTRA Comptar amb els pares	13. DRETS I DEURES Afirmar els drets propis	25. EN POSITIU Pensar-se positivament
	AFRONTAR ELS DESAFIAMENTS	2. PRESOS SERIOSAMENT Experimentar el poder	14. ESCOLA AMIGABLE Assolir les fites proposades	26. DONAR LA CARA Fer front als problemes
	MANEJAR LA TENSÍO	3. EL MEU COS ES MEU Expressar les emocions	15. FORA DE JOC Afrontar un tracte injust	27. SENSACIÓ D'ALLEJAMENT Practicar esport regularment
	RELACIONAR-SE	4. ENTRE IGUALS Distribuir les tasques domèstiques	16. A LA BANQUETA Viure l'experiència de l'exclusió	28. AL NOSTRE RITME Descobrir la pubertat
	PRENDRE DECISIONS	5. TENIR O SER? Resistir la pressió dels iguals	17. PER TU I PER TOTS Reaccionar davant l'agressió	29. DENOMINADOR COMÚ Buscar i aconseguir acords
HÀBITS SALUDABLES	ÚS DE MEDICAMENTS	6. AMB MOLT DE COMPTE! Utilitzar correctament la farmaciola	18. VISITA INDESITJADA Evitar els contagis	30. PRODUCTES MIRACULOSOS Llegir de forma crítica la publicitat
	CONSUM D'ALCOHOL	7. L'ALTRE SUC DE RAIM Identificar-ne el consum moderat	19. FORA DE LLOC Valorar conductes responsables	31. L'ESGARRIACRIES Rebutjar el consum abusiu
	CONSUM DE TABAC	8. EL NOSTRE AIRE NET Entendre l'addicció al tabac	20. PRIMER I DARRER Identificar conductes de risc	32. ESPORT SENSE FUMS Desenvolupar el sentit crític
	ACTIVITAT I DESCANS	9. S'AIXECA EL TELÓ Saber gaudir sense televisió	21. TEMPS LLIURE Disposar de temps lliure	33. CIUTADANS Participar en la millora del barri
	ALIMENTACIÓ	10. TERTÚLIA AMB SOPA Comunicar-se durant els àpats	22. UN REFLEX FIDEL Identificar l'anorèxia nerviosa	34. NATURALMENT! Valorar l'agricultura ecològica
	SEGURETAT	11. L'ALTRE SALVAVIDES Viajar de forma segura	23. FORÇA DE GRAVETAT Prevenir accidents	35. VEURE I SER VISTOS Saber caminar per la carretera
	HIGIENE	12. UN BÉ ESCÀS Dutxar-se de manera habitual	24. POSTURA CORRECTA Seure saludablement	36. CIUTATS SALUDABLES Posar límits a la contaminació

- **Temporització:** durada variable. Es recomana una sessió per cromó (36 sessions)
- **Destinataris:** alumnes de 6è de primària.
- **Responsable:** el tutor del curs realitza el programa mitjançant el material que se li ha proporcionat.

14.2. PROGRAMA SIGUES TU A L'INSTITUT DE LLANÇÀ

1. Programa sobre les addiccions

Programa que es divideix en diverses sessions i que consta de 10 històries animades, de 3 minuts de durada cadascuna, en què un grup de noies i nois viuen diverses experiències relacionades amb els continguts de cada sèrie, en aquest cas les addiccions.



Imatge 9: Portada del "Som-hi" de 1r ESO

- **Objectius:** Anima un debat que, prenent com a pretext diversos objectes que poden afavorir processos de dependència (drogues, tecnologies, etc.), impulsa el desig de sentir-se bé i de gaudir la vida, mantenint el control.
- **Continguts:**

HISTÒRIA	TEMA	HABILITAT
Com si res	Diversió sense drogues	Autoconeixement
Deixa'm les orelles	Escolta activa	Empatia
Sense embuts	Resistència a la pressió del grup	Comunicació asseritiva
Sembla veritat	Veritats sobre el tabac	Relacions interpersonals
Massa dubtes perjudiquen la salut	Decisions autònomes	Presa de decisions
La prova	Noves addiccions	Maneig de problemes i conflictes
Del principi a la fi	Llibertat a temps complet	Pensament creatiu
El zoo-drògic	Cocaïna i medi ambient	Pensament crític
Amors ebris	Relacions íntegres	Maneig de les emocions i els sentiments
Quins descans!	Sobremedicació	Maneig de les tensions i l'estrès

- **Temporització:** 2 sessions dedicades a cada habilitat, amb un total de 20 sessions.
- **Destinataris:** alumnes de 1r d'ESO.
- **Responsable:** el tutor del curs realitza el programa mitjançant el material que se li ha proporcionat.

2. Programa sobre l'afectivitat i la sexualitat

Programa que es divideix en diverses sessions i que consta de 10 històries animades, de 3 minuts de durada cadascuna, en què un grup de noies i nois viuen diverses experiències relacionades amb els continguts de cada sèrie, en aquest cas sobre el món afectiu, els sentiments, pensaments, experiències i drets sexuals i reproductius.



Imatge 10: Portada del "Som-hi" de 2n d'ESO

- **Objectiu:** conversar sobre sexualitat i sentiments, amb el propòsit de contribuir a la construcció de relacions satisfactòries, promoure la igualtat de gènere i prevenir riscos (embaràs adolescent, violència masclista, etc.)
- **Continguts:**

HISTÒRIA	TEMA	HABILITAT
Quina pel·lícula!	Identitat corporal	Autoconeixement
Dolç o amargant	Relacions tòxiques	Empatia
Fins aquí hem arribat	Enamorament i ruptura	Comunicació asseritiva
Males companyies?	Estereotips i prejudicis	Relacions interpersonals
Tot té el seu moment	La "primera vegada"	Presa de decisions
Cor trencat	Homofòbia	Maneig de problemes i conflictes
Ciberparany	Cibersexe	Pensament creatiu
No m'arriba	Sexe segur	Pensament crític
El gust és meu	Autoerotisme	Maneig de les emocions i els sentiments
Positiva	Sida i inclusió social	Maneig de les tensions i l'estrès

- **Temporització:** 2 sessions dedicades a cada habilitat, amb un total de 20 sessions.
- **Destinataris:** alumnes de 2n d'ESO.
- **Responsable:** el tutor del curs realitza el programa mitjançant el material que se li ha proporcionat.

3. Programa sobre la convivència

Programa que es divideix en diverses sessions i que consta de 10 històries animades, de 3 minuts de durada cadascuna, en què un grup de noies i nois viuen diverses experiències relacionades amb els continguts de cada sèrie, en aquest cas sobre la convivència i el dret de les persones a ser diferents.



Imatge 11: Portada del "Som-hi" de 3r d'ESO

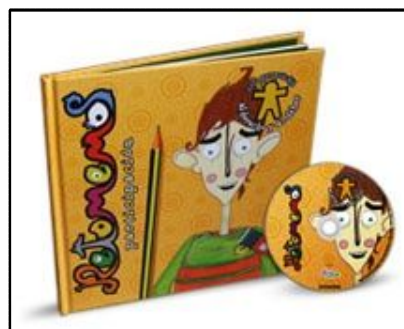
- **Objectius:**parlar sobre el dret de totes les persones a ser diferents, contribuint així a reduir la violència en la vida quotidiana (homofòbia, xenofòbia, violència en l'esport, assetjament escolar, violència contra la dona, etc.)
- **Continguts:**

HISTÒRIA	TEMA	HABILITAT
Barallat amb la brega	Petició d'ajuda	Autoconeixement
Dolç o amargant	El maltractament en la parella	Empatia
Compta amb mi	Xenofòbia	Comunicació asseritva
A jugar!	Esport i cordialitat	Relacions interpersonals
JoT'heVist	Violència viària	Presa de decisions
Cor trencat	Assetjament escolar	Maneig de problemes i conflictes
L'invisible	Desinterès escolar	Pensament creatiu
És cosa nostra?	Ciutadania activa	Pensament crític
Telemeteorit	Violència intrafamiliar	Maneig de les emocions i els sentiments
Positiva	Sida i inclusió social	Maneig de les tensions i l'estrès

- **Temporització:**2 sessions dedicades a cada habilitat, amb un total de 20 sessions.
- **Destinatari:** alumnes de 3r d'ESO.
- **Responsable:** el tutor del curs realitza el programa mitjançant el material que se li ha proporcionat.

4. Programa sobre la participació

Programa que es divideix en diverses sessions i que consta de 10 històries animades, de 3 minuts de durada cadascuna, en què un grup de noies i nois viuen diverses experiències relacionades amb els continguts de cada sèrie, en aquest cas sobre la participació entorn la dimensió ciutadana.



Imatge 12: Portada del "Som-hi" de 4t d'ESO

- **Objectius:** contribuir al desenvolupament de competències ciutadanes per assumir la doble dimensió que la ciutadania ofereix i exigeix, la del dret i la del deure, i animar a participar en els assumptes públics que a totes les persones convoquen.
- C

HISTÒRIA	TEMA	HABILITAT
La pitonissa	Imaginant el futur	Autoconeixement
Amb classe	Aprenentatge i servei solidari	Empatia
Vull ser feliç	Projecte de vida	Comunicació asseritva
Canals	Ciutadania digital	Relacions interpersonals
On ho fem?	Autoorganització	Presa de decisions
De mentidera a animosa	Compromís social	Maneig de problemes i conflictes
Perill públic	Estigmatització del jovent	Pensament creatiu
És cosa nostra?	Ciutadania activa	Pensament crític
A sis mans	Coreponsabilitat i tasques	Maneig de les emocions i els sentiments
Amb reserves	Participació política	Maneig de les tensions i l'estrès

- **Temporització:** 2 sessions dedicades a cada habilitat, amb un total de 20 sessions.
- **Destinatari:** alumnes de 3r d'ESO.
- **Responsable:** el tutor del curs realitza el programa mitjançant el material que se li ha proporcionat.

15. ALTRES

15.1. MOSSOS D'ESQUADRA

1. Internet segura

L'activitat consta d'una xerrada que explica els avantatges i desavantatges d' Internet i els continguts nocius i il·legals d'aquest. Es parla de les xarxes socials i aspectes a tenir en compte (contrasenya, virus, xats...), del *cyberbulling* i es donen consells per a infants, i contactes d'ajuda i suport.

- **Objectius:** resolució de dubtes a alumnes relacionats amb el món d' Internet, ajudar a fer-ne bon ús, i conscienciar de les conseqüències que té *cyberbulling*.
- **Temporització:** una hora.
- **Destinatari:** alumnes de cycle superior i 1r d'ESO.
- **Responsables:** Mossos d'Esquadra de Figueres.

2. Comença el joc

Xerrada destinada a informar sobre tots els aspectes legals que comporten les conductes de risc i actes delictius dels adolescents.

- **Objectius:** explicar la responsabilitat penal dels menors, explicar en què consisteixen les identificacions policials, explicar les actuacions en baralles,

oferir consells de seguretat sobre ciclomotors i bicicletes i explicar com s'actua davant un menor relacionat amb armes, alcohol i/o tabac.

- **Temporització:** una hora.
- **Destinataris:** alumnes.
- **Responsables:** Mossos d'Esquadra de Figueres.

3. Xerrada sobre la violència de gènere

- **Objectius:** generar un debat a l'aula relacionat amb tots els aspectes del maltracta de gènere com la situació de la dona, els danys que causen, les causes i les conseqüències del maltracta.
- **Temporització:** una hora.
- **Destinataris:** alumnes.
- **Responsables:** Mossos d'Esquadra de Figueres.

15.2. DEPARTAMENT D'AGRICULTURA I DEPARTAMENT D'ENSENYAMENT

1. Campanya de fruita a les escoles

Activitat que es realitza durant el curs escolar, una setmana cada mes es distribueix fruita seleccionada en funció de l'estació de l'any, la proximitat de producció i la qualitat.

- **Objectius:** potenciar els hàbits alimentaris que afavoreixen la salut dels infants.
- **Temporització:** una setmana al mes durant sis mesos.
- **Destinataris:** alumnes de 3 a 12 anys de l'escola de Llançà.
- **Responsables:** Departament d'Agricultura i Departament d'Ensenyament.

16. EQUIP D'ASSESSORAMENT I ORIENTACIÓ PSICOPEDAGÒGICA (EAP)

Els **EAP** són equips d'assessorament i orientació psicopedagògic que donen suport al professorat i als centres educatius en la resposta a la diversitat de l'alumnat i en relació als alumnes que presenten necessitats educatives especials, així com a les seves famílies.

“Som un organisme que depenem del Departament d'Ensenyament de la Generalitat i anem a les escoles d'infantil i primària i també secundària. Actualment som 79 EAP que treballem a tot Catalunya.”

Els EAP, com equips integrats en el servei educatiu de zona (SEZ) actuen territorialment i sectorialment atenent tots els centres educatius d'un àmbit territorial generalment comarcal, municipal o un districte. Estan integrats en el sistema educatiu públic i depenen dels serveis territorials del seu territori.

Els professionals que formen l'EAP són docents d'ensenyament secundari amb l'especialitat de psicologia i pedagogia, treballadors/es socials i actualment també hi ha assignats fisioterapeutes.

La Montserrat Nogué insisteix: *“Tenim molt clar que hem de col·laborar amb els centres perquè els nanos des de l'estructura dels centres es pugui acollir el màxim de bé amb col·laboració dels altres organismes i la família [...] Ens coordinem doncs amb*

l'infermer, serveis socials, amb els serveis privats que hi puguin haver i amb totes aquelles entitats que reflecteixen en benefici de l'alumnat."⁶¹

Les funcions de l'EAP són les següents:

- Identificar i avaluar les necessitats educatives especials de l'alumnat i fer la proposta d'escolarització, en col·laboració amb els serveis educatius específics quan s'escaigui.
- Assessorar el professorat i les famílies en la resposta educativa a l'alumnat amb necessitats educatives especials, en col·laboració amb els docents especialitzats i els serveis educatius específics.
- Assessorar els equips docents, l'alumnat i les famílies sobre aspectes d'orientació personal, educativa i professional.
- Donar suport als centres educatius en la millora de l'atenció a la diversitat i la inclusió.

“ Tenim tots els nanos amb les diferents discapacitats que hi ha, llavors tenim nanos de diferents perfils i amb diferents necessitats i nosaltres el que intentem es que aquests alumnes estiguin el màxim de bé dins dels marc escolar i tinguin els recursos que els puguin ajudar”

- Col·laborar conjuntament amb els altres equips del servei educatiu de zona i els específics per tal de promoure activitats d'intercanvi i de formació del professorat.

⁶¹ Veure ANNEX XII, pàgina XXXIV.

17. ANÀLISI DE LES ACTIVITATS DE PROMOCIÓ DE LA SALUT I ELS FACTORS DE RISC DELS TCA

17.1. ESCOLA SANT JAUME DE PORTBOU

FACTORS DE RISC		ACTIVITATS DE PREVENCIÓ						
		ABS			DIPSALUT	ESCOLA		
		Programa "Nens en moviment"	Xerrada d'alimentació	Xerrada d'igualtat i respecte de gènere	Programa "L'aventura de la vida"	Control d'esmorzars	Divendres de la fruita	Hores de cultura religiosa
FACTORS BIOLÒGICS	Sexe femení			X				
	Pre-adolescència i adolescència							
	Sobrepès durant la infància	X	X		X	X	X	
FACTORS INDIVIDUALS I FAMILIARS	Baixa autoestima	X		X	X			X
	Perfeccionisme, autoexigència							
	Por a madurar							
	Hàbits alimentaris familiars inadequats	X	X		X	X	X	
	Obesitat en algun membre de la família							
	Absència de comunicació				X			X
	Problemes a casa				X			

FACTORS DE RISC		ACTIVITATS DE PREVENCIÓ						
		Programa "Nens en moviment"	Xerrada d'alimentació	Xerrada d'igualtat i respecte de gènere	Programa "L'aventura de la vida"	Control d'esmorzars	Divendres de la fruita	Hores de cultura religiosa
FACTORS SOCIOCULTURALS	L'actual model de bellesa							
	El paper dels mitjans de comunicació							
	Pàgines web que fan apologia a l'AN i a la BN							
FACTORS PRECIPITANTS	Realització de dietes	X	X		X			
	Menjar sol		X		X			
	Critiques o burles de companys (<i>bullying</i> i <i>cyberbullying</i>)	X		X	X			X
	Experiències negatives							

Taules 7 i 8: Activitats realitzades a l'escola de Portbou.⁶²

⁶² Font: elaboració pròpia.

Si observem la taula en general es pot apreciar que els factors relacionats amb els hàbits d'alimentació i l'obesitat són els que estan més coberts ja que gairebé totes les activitats que es realitzen incideixen en aquests. Els altres factors que prenen protagonisme són els relacionats amb l'autoestima i un dels factors precipitants, les crítiques dels companys. Només una activitat incideix de forma positiva en el sexe femení degut a que a l'activitat es parla de la igualtat de gènere i no hi ha cap activitat que es relacioni amb els factors socioculturals.

Segons els responsables dels diferents programes de prevenció a l'escola Sant Jaume de Portbou les activitats de prevenció que es realitzen incideixen positivament en alguns dels factors de risc dels TCA. Per exemple El programa "Nens en moviment" impartit per l'ABS, tracta l'obesitat infantil i ajuda als nens i nenes que hi participen a millorar els seus hàbits alimentaris i a reforçar la seva autoestima per tal de poder ser més forts davant les crítiques i burles dels companys.

Des de l'Associació Catalana d'Infermeria i Salut Escolar, l'escola de Portbou realitza dues activitats del programa PESEI, per una banda, la xerrada de l'alimentació, que dóna coneixements sobre els hàbits d'alimentació i estils de vida saludables, l'obesitat, la importància de no saltar-se els àpats i de menjar en família. Per l'altre banda la xerrada sobre la igualtat i respecte de gènere, que incideix de forma positiva al sexe femení, l'autoestima i el respecte entre companys per tal d'evitar crítiques i burles entre ells.

El programa *L'aventura de la vida*, de Dipsalut, gira entorn de dos eixos. Un és l'eix temàtic i incideix de manera positiva en tots els factors relacionats amb l'alimentació, i l'altre és l'eix relacionat amb les habilitats relacionat a millorar l'autoestima, la comunicació entre els companys i la família, el respecte, la igualtat i la diversitat, factors que prevenen el *bullying* entre els companys.

Des del centre cada dia es fan controls dels esmorzars a tots els alumnes per vigilar el consum de brioixeria industrial, estan prohibits els sucus envasats i els iogurts bevibles ja que porten molta sucre i són una font de càries a més a més que contribueixen a l'obesitat. Des de fa un parell d'anys és va imposar el *Divendres de la fruita*, on tots els alumnes, almenys un cop per setmana, estan obligats a portar peça de fruita per esmorzar. Per últim, a les hores de cultura religiosa, hi ha una part destinada a tractar les emocions i els sentiments (autoestima, expressions d'afecte i d'amor, l'alegria...) i la

interacció amb els altres (empatia, generositat, tolerància a les diferents opinions, respecte...).

FACTORS DE RISC		ACTIVITATS DE PREVENCIÓ		
		ABS	DIPSALUT	ESCOLA
		<i>Xerrada d'alimentació</i>	<i>Programa "L'aventura de la vida"</i>	<i>La setmana de la salut</i>
FACTORS BIOLÒGICS	Sexe femení			
	Pre-adolescència i adolescència			
	Sobrepès durant la infància	X	X	X
FACTORS INIVIDUALS I FAMILIARS	Baixa autoestima		X	
	Perfeccionisme, autoexigència			
	Por a madurar			
	Hàbits alimentaris familiars inadequats	X	X	X
	Obesitat en algun membre de la família			
	Absència de comunicació		X	
	Problemes a casa		X	

FACTORS DE RISC		ACTIVITATS DE PREVENCIÓ		
		<i>Xerrada d'alimentació</i>	<i>Programa "L'aventura de la vida"</i>	<i>La Setmana de la salut</i>
FACTORS SOCIOCULTURALS	L'actual model de bellesa			
	El paper dels mitjans de comunicació			
	Pàgines web que fan apologia a l'AN i a la BN			
FACTORS PRECIPITANTS	Realització de dietes	X		X
	Menjar sol	X	X	X
	Crítiques o burles de companys (<i>bulling i cyberbullying</i>)		X	
	Experiències negatives			

17.2. ZER "CAP DE CREUS"

Taules 9 i 10: Activitats realitzades a la ZER "Cap de Creus".⁶³

A simple vista ja es pot observar que a la ZER⁶⁴ "Cap de Creus", formada per l'escola de Colera i l'escola de El Port de la Selva es realitzen molt poques activitats de promoció de la salut. L'activitat més completa és el projecte de Sigues tu que juntament amb la Xerrada de l'alimentació, estan presents a tots els centres de l'àrea d'influència de l'institut de Llança.

Si profunditzem una mica més, segons els responsables dels diferents programes de prevenció, les activitats de prevenció que es realitzen a la ZER "Cap de Creus", incideixen positivament en alguns dels factors de risc dels TCA.

Des de l'Associació Catalana d'Infermeria i Salut Escolar, l'infermer del CAP realitza una activitat del programa PESEI, la xerrada de l'alimentació, que dona coneixements sobre els hàbits d'alimentació i estils de vida saludables, l'obesitat, la importància de no saltar-se els àpats i promou el menjar en família.

El programa *L'aventura de la vida*, de Dipsalut, gira entorn de dos eixos. Un és l'eix temàtic dels hàbits saludables i incideix de manera positiva en tots els factors relacionats amb l'alimentació, i l'altre és l'eix de les habilitats que incideix en tots els factors relacionats amb l'autoestima, la comunicació entre els companys i la família, el respecte, la igualtat i la diversitat, que factors que prevenen el *bulling* entre els companys.

Des dels centres un cop l'any es realitza el que anomenen "La setmana de la salut" que consisteix en escollir una setmana del curs i dedicar-la a tot allò relacionat amb els hàbits saludables, la importància de l'esport, com prevenir l'obesitat, etc., activitats que incideixen en els factors de risc que tenen relació amb el tema de l'alimentació i l'obesitat.

⁶³ Font: elaboració pròpia.

⁶⁴ Zona Escolar Rural.

17.3. ESCOLA DE LLANÇÀ

FACTORS DE RISC		ACTIVITATS DE PREVENCIÓ						
		ABS		DEP. ENSENYAMENT I DEP. AGRICULTURA	DIPSALUT	MOSSOS D'ESQUADRA		ESCOLA
		Programa Nens en moviment	Xerrada d'alimentació	Campanya de fruita a les escoles	Programa "L'aventura de la vida"	Xerrada seguret at vial	Xerrada perills d'internet	Educació en valors
FACTORS BIOLOGICS	Sexe femení							
	Pre-adolescència i adolescència						X	
	Sobrepès durant la infància	X	X	X				
FACTORS INDIVIDUALS I FAMILIARS	Baixa autoestima	X			X		X	
	Perfeccionisme, autoexigència							
	Por a madurar							
	Hàbits alimentaris familiars inadequats	X	X	X	X			
	Obesitat en algun membre de la família							
	Absència de comunicació				X		X	
	Problemes a casa				X			

FACTORS DE RISC		ACTIVITATS DE PREVENCIÓ					
		Programa Nens en moviment	Campanya de fruita a les escoles	Xerrada alimentació	Programa "L'aventura de la vida"	Xerrada seguret at vial	Xerrada perills d'internet
FACTORS SOCIOCULTURALS	L'actual model de bellesa						
	El paper dels mitjans de comunicació						
	Pàgines web que fan apologia a l'AN i a la BN						
FACTORS PRECIPITANTS	Realització de dietes				X		
	Menjar sol			X	X		
	Critiques o burles de companys (<i>bullying i cyberbullying</i>)	X			X	X	X
	Experiències negatives						

Taules 11 i 12: Activitats realitzades a l'escola de Llançà.⁶⁵

⁶⁵ Font: elaboració pròpia.

Fent una ullada general a les taules es pot observar que els factors de risc relacionats amb l'alimentació són els que queden més protegits per gairebé totes les activitats que es realitzen. Seguidament es pot veure que el factor de risc del *bullying* i el de l'autoestima també estan força tractats. Finalment es pot veure un buit en els factors socioculturals ja que ninguna de les activitats realitzades incideix en aquests temes.

Analitzant més detalladament, segons els responsables dels diferents programes de prevenció, les activitats de prevenció que es realitzen a l'escola de Llança incideixen positivament en alguns dels factors de risc dels TCA. Per exemple el programa "Nens en moviment" impartit per l'ABS, tracta l'obesitat infantil i ajuda als nens i nenes que hi participen a millorar els seus hàbits alimentaris i a reforçar la seva autoestima per tal de poder ser més forts davant les crítiques i burles dels companys.

Tant *La Campanya de fruita a les escoles* com les Xerrades d'alimentació i hàbits saludables incideixen de manera positiva en dos dels factors de risc, sobrepès i l'obesitat infantil, les dues activitats el volen prevenir i també promouen una alimentació saludable. A més a més, la xerrada de l'alimentació promou els àpats en família.

El programa *L'aventura de la vida*, de *Dipsalut*, gira entorn de dos eixos. Un és l'eix temàtic dels hàbits saludables i incideix de manera positiva en tots els factors relacionats amb l'alimentació. L'altre és l'eix relacionat amb les habilitats per a la vida que pretenen millorar l'autoestima, la comunicació entre els companys i la família, el respecte, la igualtat i la diversitat, factors que ben treballats ajuden a prevenir el *bullying* entre els companys.

Tant sols una de les activitats realitzades pels Mossos d'Esquadra es relacionen amb un factor de risc dels TCA. La xerrada dels perills d'internet inclou un apartat que tracta sobre el *bullying* i el *cyberbullying*.

També tots els professors del centre tenen un curs d'educació emocional i des de fa uns quatre anys apliquen els seus aprenentatges a les hores de valors. En aquestes classes es tracta la resolució de conflictes, el respecte entre els companys per poder evitar d'alguna manera les crítiques i les burles entre els companys i on també es tracta l'autoestima entre altres. Als alumnes de 6è, durant aquestes hores, se'ls parla també dels canvis de

l'adolescència i del pas a la vida adulta, que incideix de manera indirecta a un dels factors individuals: la por a madurar.

17.4. INSTITUT DE LLANÇÀ

FACTORS DE RISC		ACTIVITATS DE PREVENCIO									
		ABS			DIPSALUT	MOSSOS D'ESQUADRA			MOTXILLA PEDAGOGICA		
		Xerrada alimentació saludable	Xerrada educació afectiva i sexual	Marató TV3	Programa "Som-hi!"	Comença el joc	Xerrada internet segura	Educació viària	Violència de gènere	Cànnabis com ho vius?	Prevenió de la conducta alimentària
FACTORS BIOLÒGICS	Sexe femení		X						X		
	Pre-adolescència i adolescència										
	Sobrepès durant la infància	X		X							
FACTORS INEIVDUALS I FAMILIARS	Baixa autoestima		X		X				X		
	Perfeccionisme, autoexigència										
	Por a madurar										
	Hàbits alimentaris familiars inadequats	X									X
	Obesitat en algun membre de la família										
	Absència de comunicació		X		X				X		
	Problemes a casa				X						

FACTORS DE RISC		ACTIVITATS DE PREVENCIO									
		Xerrada alimentació saludable	Xerrada educació afectiva i sexual	Marató TV3	Programa "Som-hi!"	Comença el joc	Xerrada internet segura	Educació viària	Violència de gènere	Cànnabis com ho vius?	Prevenió de la conducta alimentària
FACTORS SOCIOCULTURALS	L'actual model de bellesa										
	El paper dels mitjans de comunicació										
	Pàgines web que fan apologia a l'AN i a la BN										
FACTORS PRECIPITANTS	Realització de dietes	X									X
	Menjar sol	X									X
	Critiques o burles de companys				X		X				
	Experiències negatives				X						

Taules 13 i 14: Activitats realitzades a l'institut de Llançà.

Fent una visió general del gràfic es pot observar que a l'institut es realitzen un gran nombre d'activitats de promoció de la salut i proposades per entitats molt variades. Tot i que el nombre d'activitats és més elevat, la prevenció dels factors de risc dels TCA és menys abundant que a les escoles. Això es degut a que les activitats que es fan a l'institut van més encaminades a prevenir les conductes de risc que es poden desenvolupar als adolescents, com el consum de drogues i la sexualitat.

Les activitats de promoció de la salut que es realitzen a l'institut de Llançà incideixen positivament en alguns dels factors de risc del TCA. Per exemple, com a la resta de centres, la xerrada sobre l'alimentació incideix en tots els factors relacionats amb els hàbits alimentaris i que, juntament amb la Marató destinat aquest any a l'obesitat i la diabetis, incideixen en un altre factor de risc com el sobrepès.

La xerrada de l'educació afectiva i sexual dóna protagonisme a la figura de la dona, ja que generalment són més vulnerables en les relacions i poden patir algun tipus de maltracta. Promou relacions afectives sanes basades en una bona comunicació i el respecte i la igualtat, quan tots aquests elements s'agrupen i s'aconsegueix una satisfacció per part dels dos membres de la parella dóna lloc a una bona autoestima i confiança en un mateix.

El programa *Som-hi!*, de *Dipsalut*, té com objectiu practicar i desenvolupar les deu habilitats per la vida. El conjunt d'aquestes deu habilitats ben entrenades fan que els alumnes obtinguin unes eines que els ajudarà, entre altres, a comunicar-se adequadament, a aprendre a respectar i entendre la diversitat per tal de prevenir futures burles i crítiques entre els companys. El conjunt d'aquestes fan que l'autoestima quedi ben reforçada.

Un dels altres organismes que realitza activitats de promoció de la salut són els Mossos d'Esquadra. Ells realitzen quatre activitats a l'institut però només dues es relacionen positivament amb els factors de risc dels TCA. La primera activitat que es relaciona és la Xerrada d'internet segura, que té com a un dels objectius prevenir el cyberbulling.

L'altra activitat és la de la violència de gènere. Aquesta, que té com a protagonista principalment la dona, i es tracten les principals causes del maltracta, entre les quals es

troba el menyspreu que es fa a la parella a través de crítiques, causant un descens de l'autoestima i normalment és crea una relació totalment incomunicada.

Per últim, unes de les activitats que es realitzen a través de la *Motxilla Pedagògica* consisteix en una excursió a l'escola d'Hosteleria de Figueres i d'entre totes les activitats que es realitzen durant el dia una és una xerrada dels bons hàbits alimentaris i tot el que té relació amb aquests.

CONCLUSIONS

Els Trastorns de la Conducta Alimentaria són considerats trastorns mentals que afecten principalment a adolescents i joves situant-se així com la tercera malaltia crònica més comuna en aquestes edats. Estan caracteritzats per tenir una alteració definida del patró de la ingesta i en conseqüència apareix una malnutrició que afecta a tot l'organisme i el funcionament cerebral.

En l'actualitat s'ha produït un increment de la seva incidència i prevalença en la població jove d'entre 12 i 16 anys, degut fonamentalment als factors socioculturals. Encara que les últimes dades trobades daten al 2006, quan va aparèixer el TCANE la prevalença dels altres trastorns va descendir un 60% i aquesta va augmentar considerablement. Per aquesta regla de tres, quan va aparèixer el TA, la prevalença dels trastorns restants va disminuir fent que la del nou trastorn augmentés. Això no vol dir que la prevalença dels TCA hagi disminuït, sinó que s'ha produït un transvasament dels casos degut a l'aparició de nous criteris que fan possible una millor classificació.

Són malalties multicausals, com a resultat de diversos factors que interactuen entre sí. Aquests factors, que estan relacionats amb les diferents dimensions de la persona són, els factors biològics, els factors individuals i familiars i els factors socioculturals. També hi ha un factors anomenats precipitants, que són aquells que en situacions d'estrès indueixen a l'aparició del trastorn en un moment concret, i els factors mantenidors, que fan que la malaltia es perpetui.

Quan hi ha una sospita d'un possible cas de TCA hi ha dos formes per poder-ho detectar. Una és a partir de les alteracions que es produeixen en la persona i que faciliten que l'entorn els pugui detectar. Hi ha les alteracions psicopatològiques que estan present durant tot el trastorn i són aquelles relacionades amb la preocupació del pes i la figura acompanyades per les alteracions físiques, i també estan presents les alteracions pròpies de la dieta i les alteracions relacionades amb la conducta. L'altra manera de detectar els TCA són una sèrie de testos i qüestionaris que permeten identificar un possible cas. Un cop detectat, el pas següent és la intervenció dels professionals de l'àmbit, que fan una exploració física i analítica detallada.

Un cop avaluat el trastorn, es fa un diagnòstic que serveix per identificar de quin tipus de trastorn es tracta i què es pot fer a través de dos manuals, un és el DSM-V i l'altre és la CIE-10, els dos instruments són molt semblants i difereixen en pocs aspectes. El més rellevant pel que fa a les diferències en el diagnòstic dels TCA, és que la CIE-10 no té uns criteris específics pel TCANE sinó que està descrit com una AN o una BN atípiques. Pel que fa al TA només el DSM-V l'ha inclòs com un trastorn independent.

El pas següent és saber quin és el grau de la malaltia per saber quin serà el millor àmbit on s'ha de tractar. Hi ha dos nivells d'atenció segons la gravetat del trastorn. El primer nivell és l'atenció primària que s'encarrega de detectar i dir si es pot tractar al mateix CAP o cal derivar a l'atenció especialitzada, que correspon al segon i tercer nivell d'assistència. Aquests es poden realitzar en un hospital, ja sigui amb una hospitalització completa o parcial, en consultes ambulatories especials (CSMIJ I CSMA), en servei d'urgències, en serveis mèdics d'hospitals generals i unitats específiques. La funció d'aquestes unitats és establir quin tipus de tractament s'adapta millor a cada pacient i després aplicar-lo.

Els tractaments dels TCA tenen una mitjana de durada de 2 a 4 anys i és un procés en el qual conflueixen molts components i requereix temps, informació i implicació. Un bon tractament és aquell que combina la teràpia psicològica amb la nutricional i en alguns casos, l'ús de fàrmacs que ajuden a controlar l'ansietat.

Els experts diuen que un TCA mai s'acaba de curar del tot però no obstant això, cada vegada és major la taxa de recuperació. En l'AN el 50 % dels casos evoluciona a remissió completa, entre el 20% i el 30 % evoluciona a remissió parcial i entre el 10% i el 20 % dels casos evolucionen a cronicitat, amb una taxa bruta de mortalitat mitjana del 5%. Pel que fa a la bulímia el 60% evoluciona a remissió completa, el 30% a remissió parcial i un 10% tenen un mal pronòstic. Pel que fa als TA, el 10% mantenen el diagnòstic, el 18-20% evolucionen a remissió parcial i el 70% tenen un bon pronòstic. La presència d'afartaments pronostica un augment de pes i per tant, augmenta la prevalença de l'obesitat.

Malgrat veiem que s'està avançant tant el diagnòstic com en el tractament un aspecte que cal destacar i en el que s'ha de treballar més i millor és el de la prevenció. Per tal d'evitar o si més no reduir la incidència d'aquestes malalties hi ha d'haver una bona

prevenció. Aquesta pot ser de tres tipus, depenent de la població a la que va dirigida i en quin moment s'aplica.

La prevenció primària és aquella dirigida a la població general i als grups de risc per tal de reduir la incidència. La prevenció secundària i terciària estan dirigides a persones que ja pateixen el trastorn i tenen com objectius reduir la prevalença i les complicacions físiques que se'n deriven.

Els programes de prevenció primària han de ser acuradament dissenyats, realitzats per professionals adequats i coordinats per les institucions per tal d'unificar criteris. Un bon programa de prevenció de TCA en les edats de risc ha d'incloure diverses tasques que ajudin a pal·liar les influències externes com poden ser les burles dels companys, i han d'enfocar-se, primordialment, a informar sobre els canvis en la pubertat, a la millora del seu dèficit d'autoestima, a la necessitat de regular les seves emocions i a educar sobre conductes inadequades per afrontar les emocions, incloent l'ús de menjar, drogues i alcohol.

També han d'incloure informació sobre alimentació saludable i exercici físic, efectes de les restriccions i dietes cròniques, i perills físics i psicològics de les pèrdues dràstiques de pes.

Les diferents entitats i organismes que ofereixen aquests programes de promoció per la salut a l'àrea d'influència de l'institut de Llançà són quatre: *l'Associació Catalana d'Infermeria i Salut Escolar (ACISE)* a través del Programa de Salut i Escola, l'ABS de la zona de Llançà, l'àrea de Benestar del Consell Comarcal i *Dipsalut*.

El programa PESEI de l'ACISE, està dirigit a alumnes des de P3 fins a segon de Batxillerat i la intenció d'aquest és treballar en cercle, és a dir, en tots els cursos la temàtica és gairebé la mateixa però els continguts es van ampliant a mesura que es passa de curs perquè sigui un aprenentatge continu. Tot hi que l'oferta d'activitats per a cada curs és molt àmplia, des de les escoles i l'institut només se'n realitzen quatre: la Xerrada sobre l'Alimentació, la Xerrada sobre el Respecte i la Igualtat, la Xerrada de les Addiccions i la Xerrada relacionada amb les relacions de parella i la sexualitat.

L'ABS realitza un programa només dirigit a nens i nenes d'un grup específic d'edat, dels 8 als 11 anys, anomenat "Nens en moviment" i destinat a nens amb obesitat i sobrepès.

Des de l'àrea de benestar del Consell Comarcal, s'ofereix la *Motxilla Pedagògica*, un recull de tota l'oferta d'activitats relacionades amb la salut que organitzen les diferents entitats i organismes de la comarca. Un total de 59 activitats de les quals només 4 són demandades per l'institut.

I l'últim organisme que proposa un programa de promoció per la salut és *Dipsalut*, amb el seu projecte *Sigues tu*, destinat als cursos d'entre 3r de primària i 4t de la ESO. Ofereix dues propostes, una destinada a Primària i l'altra a Secundària però amb uns objectius comuns.

Remetent-nos a la hipòtesi inicialment plantejada podem concloure que el conjunt de totes aquestes activitats, xerrades o tallers compleixen gairebé la majoria dels criteris que ha de tenir un bon programa de prevenció dels factors de risc dels TCA, encara que també n'hi ha d'algunes amb les que no s'estableix cap relació, també hi ha algun factor que queda desprotegit. Fent una comparació després d'haver analitzat totes les activitats que es realitzen als diferents centres, he pogut arribar a la conclusió que hi ha factors de risc que queden molt protegits per més d'un programa, com poden ser tots aquells relacionats amb l'alimentació ja que tant el programa de l'ACISE, el de *Sigues tu* i totes les activitats pròpies del centre ho treballen constantment. Els altres factors que tenen més rellevància alhora de treballar-los són tots aquells que ajuden a millorar la comunicació i l'autoestima, els que tracten el respecte i la igualtat i intenten prevenir el *bulling* que amb els programes de *Sigues tu* tracten amb profunditat. Un dels factors biològics, la preadolescència i l'adolescència, només es treballa des del punt de vista de les conductes de risc, com poden ser les drogues o l'alcohol. Els factors socioculturals queden totalment desprotegits en tots els centres.

Les escoles de Colera i El Port de la Seva són els centres que realitzen menys activitats de promoció per la salut, mentre que a l'escola de Portbou i Llançà trobem més varietat de continguts. El projecte *Sigues tu* el trobem a tots els centres analitzats, igual que les xerrades destinades als hàbits saludables i a l'obesitat. Pel que fa a l'institut trobem moltes xerrades i tallers relacionats amb les conductes de risc i la prevenció d'addiccions.

Es podria dir el projecte *Sigues tu* és el programa més complet que es fa a l'àrea d'influència de l'institut de Llançà i que tot just es començarà a desenvolupar en la seva totalitat a tots aquests centres aquests centres. El curs passat es va aplicar un pla pilot a

2n d'ESO amb una bona valoració. És el programa que compleix més condicions per tal de poder ser una bona prevenció primària per TCA destinat a un grup d'edat entre 12 i 16 anys.

Inclou activitats per ensenyar els beneficis d'una bona alimentació i la importància de l'esport, proporciona informació sobre les drogues i l'alcohol i es treballen en profunditat les habilitats per a la vida per aprendre a regular les emocions, millorar l'autoestima, i per aconseguir una bona relació amb l'entorn escolar, familiar i social. Tot i que he de ressaltar que no inclou cap activitat relacionada amb els factors socioculturals, que són els més influents actualment i que són un punt que tota prevenció primària destinada als TCA ha d'incloure, l'educació en el criticisme cap als mitjans de comunicació.

Pel que fa als altres programes, els dos restants tenen un gran ventall de propostes i temàtiques per tractar, que són interessants i que tenen molta relació amb els factors de risc dels TCA, però en aquest cas són els centres que no fan la demanda.

Com a proposta per un futur, ja que el projecte *Sigues Tu* és continu i s'aplicarà des de 3r fins a 6è de primària i des de 1r a 4t de l'ESO, seria interessant passar unes enquestes per fer una valoració inicial, amb preguntes relacionades amb els hàbits saludables i les habilitats per a la vida, que són els dos eixos del programa i un qüestionari sobre coneixement i detecció dels TCA. Quatre anys després, quan el programa hagi finalitzat, tornar a passar aquestes enquestes i qüestionaris i analitzant les respostes obtingudes es podria valorar l'eficàcia del Programa, i comprovar si aquest es converteix en una bona eina de prevenció dels TCA.

Com a última recomanació, vistos els resultats dels anàlisis i arribada a la conclusió de que tots els factors de risc socioculturals són els que queden més desprotegits, m'agradaria proposar la implementació d'alguns programes o activitats ja existents que promocionin l'actitud crítica respecte els cànons de bellesa i com els tracten els mitjans de comunicació ja que trobo que en la societat en la que vivim són molt influents.

BIBLIOGRAFIA

Calvo Saragodoy, Rosa. *Anorexia y bulimia*. Espanya: Editorial Planeta, 2002.

Chapur, Pau. *Vivir peligrosamente*. Espanya: Editorial M&M Euroeditores, 2002.

Instituto de la mujer. *Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal*. Espanya.

Lahortiga Ramos, Francisca. *Trastornos de la conducta alimentaria*. Espanya: Editorial Everest.

Toro, Josep. *El cuerpo como delito*. Espanya: Ariel, 1996.

WEBGRAFIA

Guía Práctica: “*Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria*” [Consulta: 3 de diciembre 2014] Disponible a:

http://www.unizar.es/universidadsaludable/public/documentos/001_prevenicion_trastornos.pdf

Incidència dels TCA a Catalunya: Una aproximació antropològica [Consulta: 12 gener 2015] Disponible a:

http://benestar.gencat.cat/web/.content/documents/arxiu/publicacions/col_estudis/ESTUDIS23.pdf

Guía de prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el sobrepeso [Consulta: 18 de diciembre 2014] Disponible a:

<http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>

Guia per a l'atenció primària de salut: “*Trastorns del comportament alimentari*”
[Consulta: 24 març 2015] Disponible a:

http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_alimentaria/documents/arxiu/anore2007.pdf

Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. [Consulta: 14 desembre 2014] Disponible a:

[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Aliment_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Aliment_compl_(4_jun).pdf)

Los TCA en el nuevo DSM-V [Consulta: 19 maig 2015] Disponible a:

<http://www.centta.es/tca/los-tca-en-el-nuevo-dsm-v-vol-i-anorexia-nerviosa>

Capítulo 14: “*Trastornos de la Conducta Alimentaria*” [Consulta: 19 maig 2015]
Disponible a:

<http://www.cop.es/colegiados/GR02024/Trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria.pdf>

TV3: Entrevista Josep Toro [Consulta 27 gener 2015] Disponible a:

<http://lamevaanorexia.cat/2010/03/21/entrevista-a-els-matins-a-tv3/>

Fundació IMA: Imatge i Autoestima [Consulta: 9 agost 2015] Disponible a:

<http://www.f-ima.org/fitxer/436/estudi%20adeslas.pdf>

Imatgen Corporal y Trastornos de la Conducta Alimentaria [Consulta: 13 gener 2015]
Disponible a:

<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n4/v11n4a08>

El tratamiento farmacológico en TCA [Consulta: 25 maig 2015] Disponible a:

<http://prezi.com/4axcw4tynfes/tratamiento-farmacológico-en-tca/>

Niveles de asistencia para el tratamiento de los TCA [Consulta: 4 setembre 2015]
Disponible a:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/trastornos_alimentarios/alimentarios_guia_rapida.pdf

La educación, una herramienta de prevención eficaz de los TCA [Consulta: 20 setembre 2015] Disponible a:

<http://www.dmedicina.com/vida-sana/alimentacion/nutricion/2010/06/03/educacion-herramienta-prevencion-eficaz-tca-19360.html>

Salud mental: Los trastornos de la conducta alimentaria. [Consulta: 10 març 2015] Disponible a:

http://www.siicsalud.com/pdf/td_salud_mental_13_4_d2811.pdf