



Un programa d'intervenció grupal per tractar l'ànsia per menjar en població amb obesitat i sobrepès

Treball final de grau realitzat per:

Carla Palau Peral

Tutor/a: Glòria Marsellach Umbert

Grau en Psicologia
Facultat d'Educació i Psicologia
Departament de Psicologia
Universitat de Girona

1 de juny del 2022

ÍNDEX

Resum.....	1
1. Introducció	2
1.1. Justificació	2
1.2. Contextualització	3
1.3. Marc teòric	4
2. Objectiu del treball realitzat.....	28
3. Metodologia	29
4. Proposta d'intervenció	30
4.1. Contextualització: una crítica al sistema darrere el tractament a l'obesitat i el sobrepès.....	30
4.2. Objectius de la intervenció	36
4.3. Metodologia.....	39
5. Conclusions i discussió	49
6. Orientacions futures	50
7. Referències bibliogràfiques	51
8. Annexos	56

Resum

L'obesitat i el sobrepès són dues condicions que afecten cada vegada més persones, demostrant un seriós impacte tant psicològic com físic per aquestes. Tot i això, la primera línia d'intervenció constituïda per la Xarxa de Salut Pública a la província del Gironès no està dotada de programes específics que donin resposta a l'increment exponencial d'aquesta afectació des d'una perspectiva psicològica. El present projecte busca, a través d'un recull bibliogràfic, desenvolupar un programa d'intervenció a través d'un grup de suport dirigit a les persones que pateixen obesitat i sobrepès per ajudar-les a gestionar concretament l'ànsia per menjar, ja que aquesta s'ha definit com una variable clau en el maneig de l'obesitat i el sobrepès així com el manteniment de la pèrdua de pes amb èxit. Com a resultat del projecte s'ha obtingut un disseny de programa constituït per 14 sessions en les quals es treballen aquells aspectes psicològics íntimament lligats amb el fenomen de l'ànsia per menjar.

Abstract

Obesity and overweight are two conditions that affect more and more people, demonstrating a serious impact both psychological and physical for these. However, the first line of intervention constituted by the Public Health in the province of Gironès is not endowed with specific programs that do not respond to the exponential increase of this affectation from a psychological perspective. This project seeks, through a bibliographical compilation, to develop an intervention program through a support group aimed at people who are obese and overweight to help them manage food cravings, since this has been defined as a key variable in the management of obesity and overweight as well as with successful weight loss maintenance. As a result of the project, we have obtained a design of a 14 sessions' program to work on those psychological aspects intimately linked with the phenomenon of food craving.

Key words: obesity, overweight, food addiction, craving

1. Introducció

1.1. Justificació

La temàtica escollida va sorgir arran d'un procés de reflexió que vaig iniciar essent testimoni dels prejudicis i crítiques que rebien persones amb obesitat i sobrepès del meu entorn proper. L'impacte que van tenir aquestes experiències en mi, no em van deixar indiferent, més aviat van provocar que em sensibilitzés d'una manera especial amb aquest col·lectiu i que comencés a veure el món des de la seva òptica, el qual va fer créixer en mi, a part d'una gran impotència, una necessitat d'ajudar a aquestes persones a millorar les seves condicions davant l'observació que l'única solució proporcionada des del sistema era l'anomenada "cultura de la dieta" en conjunt amb un model biomèdic que constituïen un camí sense sortida.

A partir d'aquest moment, vaig començar a interessar-me per les causes i els factors mantenidors de l'obesitat i el sobrepès i a sentir molta curiositat per concretar on es trobaven les dificultats a l'hora de revertir la situació d'aquestes persones amb la finalitat de conèixer de quina manera, com a futura psicòloga, podia ajudar-les. Realment, sentia la necessitat de oferir-los un espai possibilitador on poder **aflorar**.

La casualitat em va portar a fer les pràctiques al Centre de Salut Mental d'Adults del Gironès, específicament a la Unitat Especialitzada de Trastorns de la Conducta Alimentària, on vaig poder escoltar històries de vida que corroboraven una vegada i una altra, que les pautes dietètiques i la prescripció d'exercici físic no eren suficients per ajudar a aquestes persones a perdre pes, ja que existia una part tan important com és la psicològica, que els usuaris i usuàries no havien treballat fins que arribaven a la consulta, molt sovint a l'edat adulta, quan la seva condició s'havia cronificat contribuint a l'aparició de complicacions físiques que jugaven un paper molt important en el manteniment del seu estat, ja que els impossibilitava desenvolupar activitats socials o exercici físic que serien claus per millorar les seves condicions tant físiques com psicològiques.

En la meva estada al centre, mentre buscava aquelles variables psicològiques que podrien ser clau per aconseguir resultats a llarg termini en les intervencions de pèrdua de pes, em vaig encuriosir especialment per l'ànsia per menjar. No només per l'alta incidència que

observava en la població amb obesitat i sobrepès sinó perquè vaig detectar-la com una variable que predisposava a la sobreingesta i conseqüentment contribuïa al manteniment d'aquestes dues afectacions. A més a més, vaig poder analitzar que aquest fenomen no responia a la funció de nodrir-se sinó que es donava com un mecanisme de regulació emocional gairebé automàtic, de manera que si no era treballat, podia passar parcialment desapercebut per la falta de consciència del fenomen.

Va ser en aquest moment on vaig detectar el meu objectiu d'intervenció.

1.2. Contextualització

La meua estada a la Unitat Especialitzada de Trastorns de la Conducta Alimentària dins el Centre de Salut Mental d'Adults del Gironès, no només em va possibilitar apropar-me a les persones amb obesitat i sobrepès i el fenomen de l'ansia per menjar, sinó que també, em va permetre observar com funciona la Xarxa de Salut Pública del Gironès, el qual va contribuir al fet que formés una opinió crítica sobre l'abordatge d'aquestes dues afectacions.

Malgrat que, sortosament gaudim d'un sistema de salut gratuït que garanteix l'atenció mèdica a tothom que ho necessita, la Sanitat Pública es veu clarament col·lapsada per la falta de recursos i encara més davant la creixent demanda d'assistència que va augmentar de manera exponencial d'ençà de la pandèmia per la COVID-19, en especial amb els trastorns de la conducta alimentària. Aquesta saturació provoca que, almenys pel que fa a la visita amb els professionals de la psicologia, tinguin una durada de 30-45 minuts de teràpia individualitzada mensualment, demostrant ser insuficient per fer una intervenció adequada que permeti canvis a llarg termini, com els que demana l'obesitat i el sobrepès. Davant d'aquest marc contextual, trobem un dels motius pel qual aquestes dues afectacions s'aborden únicament a través de la medicina i la nutrició, però no des de la psicologia, malgrat l'evidència científica que subratlla que aquesta última és clau pel maneig del pes. Aquest motiu és la rapidesa i l'estalvi de recursos que suposen la prescripció dietètica i les pautes d'exercici físic en contraposició a la psicoteràpia, que requereix un major temps i seguiment.

Aquest procedir assistencial i prescriptiu provoca que existeixi un cert oblit cap a l'obesitat i el sobrepès. De manera que sovint queden en un segon pla darrere d'altres

trastorns com l'anorèxia nerviosa o la bulímia nerviosa. Desconec si és per la percepció que els dos últims trastorns poden ser més severes en termes de repercussions físiques o bé perquè existeix més consciència que requereixen ser abordades des de la psiquiatria i psicologia.

Aquests dos punts contribueixen al fet que les persones amb obesitat i sobrepès siguin “els grans oblidats” de la Salut Pública i les víctimes d'un sistema assistencial que els tracta com a agents passius de la seva condició i que els “rescata” amb medicació, dietes i procediments mèdics. D'aquesta manera, si mai no funcionen, sempre quedarà l'opció de recórrer a prejudicis com la falta de voluntat.

1.3. Marc teòric

Definició de l'obesitat i el sobrepès

En primer lloc, cal destacar que l'obesitat es considera una malaltia crònica i multifactorial que pot ser diagnosticada com a tal a través de la Classificació Internacional de Malalties de l'Organització Mundial de la Salut (2010). Contràriament, no és considerada un trastorn psicològic ni un trastorn del comportament alimentari segons el Manual de Diagnòstic de Malalties Mentals de l'Associació Americana de Psiquiatria (2013), tot i ser evident que el component psicològic està molt implicat en la seva etiologia i manteniment (Baile et al., 2020).

L'Organització Mundial de la Salut la considera conjuntament amb el sobrepès, una acumulació anormal o excessiva de greix que pot ser perjudicial per a la salut. L'indicador més acceptat a escala internacional per la mesura indirecte de l'adipositat general és l'Índex de Massa Corporal (IMC) que s'aconsegueix mitjançant la divisió entre el pes de la persona en kilograms i la seva altura al quadrat. De manera que, en el cas dels adults, un Índex de Massa Corporal (IMC) entre 25 i 29,9 kg/m² és indicador de sobrepès i un Índex de Massa Corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m² és indicador d'obesitat (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Taula 1. Criteris per definir l'obesitat i el sobrepès segons l'IMC

Categoría	Valores límite del IMC (kg/m ²)
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso grado I	25,0-26,9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27,0-29,9
Obesidad de tipo I (leve)	30,0-34,9
Obesidad de tipo II (moderada)	35,0-39,9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40,0-49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	≥ 50,0

Nota: Extret del “Documento de consenso de la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) y de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) sobre la continuidad asistencial en obesidad entre Atención Primaria y Unidades Especializadas Hospitalarias” (2020).

Tot i el seu ús està i la seva utilitat per deduir el percentatge de greix corporal i establir un diagnòstic, segons Gallagher et al. (1996), hem de ser curosos amb la seva valoració, ja que l'índex de greix és susceptible de ser sobreestimat en persones que presenten una important massa muscular i infraestimat en aquelles persones amb una pèrdua muscular (Citat per Caixàs, et al., 2020).

Història natural de la obesitat

L'expansió del teixit adipós i la infiltració de greix dels òrgans de manera progressiva són de gran rellevància per l'evolució de la fisiopatologia i de la implicació en les seves comorbiditats. Se sap que l'expansió de teixit adipós en les fases inicials i les conseqüències derivades són en un primer moment reversibles, però conforme la massa de greix i les comorbiditats augmenten, la condició es va fent crònica fins a reduir-se l'expectativa i la qualitat de vida de les persones (Álvarez i Gargallo, 2020). Segons autors com Sturm (2003), sembla que com més pes guanya una persona, més fàcil i més propens serà que el procés escali i vagi guanyar pes. Un aspecte que convida a reflexionar sobre la importància de la prevenció d'aquesta afectació (Citat per Davis, 2013).

Com subratllen Álvarez i Gargallo (2020), un factor rellevant de l'evolució de l'obesitat que trobem de vital importància és la distribució de la greix més que l'augment quantitatiu, essent més perjudicial per al desenvolupament de comorbiditats el greix visceral i abdominal.

En la primera fase prodròmica, es crea una acumulació de greix perifèric que resulta principalment del desequilibri entre la ingesta i la despesa calòrica. Aquesta condició pot derivar en complicacions mecàniques com la sobrecàrrega articular o la síndrome de l'apnea obstructiva del son (SAOS). A mesura que avança l'acumulació grassa visceral i abdominal existeix un major grau d'inflamació i alteracions a escala metabòlica com l'augment de la resistència a la insulina i els nivells de triglicèrids que pot facilitar l'aparició de la diabetis, la hipertensió arterial o la dislipèmia. Si l'evolució de l'obesitat continua, s'afegeix el risc de patir malalties cardiovasculars com l'infart agut de miocardi o l'ictus contribuint a una disminució greu de la qualitat de vida (Álvarez i Gargallo, 2020).

Dades sobre la prevalença de l'obesitat i el sobrepès

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), es coneix que l'obesitat s'ha quasi triplicat en tot el món des del 1975. El 2016 més de 1900 milions d'adults (majors de 18 anys) patien sobrepès, dels quals 650 milions eren persones amb obesitat. Fent referència a percentatges, això correspondria a un 39% d'aquesta població amb sobrepès, essent un 39% d'homes i un 40% de dones, i un 13% de la població adulta mundial amb obesitat, essent 11% homes i un 15% dones (Organización Mundial de la Salud , 2021).

Aquest increment de la prevalença d'ambdues condicions a escala mundial, s'ha observat tant en països desenvolupats com en els països en procés de desenvolupament. Tot i això, la velocitat d'augment de l'obesitat sembla ser major en països d'ingressos mitjans i baixos. En el cas d'Europa, malgrat que la prevalença varia entre els diferents països, es troba la més alta a Malta, Lituània i Letònia, i la menor a Itàlia, Xipre i Luxemburg (Statistics Explained, 2019).

Pel que fa al sexe i l'edat, segons la "European Health interview survey" (EHIS) realitzada el 2019, es va observar que dins la proporció d'adults que es consideraven amb sobrepès a Espanya, un 61,7% eren homes mentre que un 45,9% eren dones. Pel que fa a les seves edats es va afirmar una tendència a l'augment a mesura que aquesta augmentava, trobant-se el percentatge més baix entre els 18 i 24 anys i el més elevat entre els 65 i els 74, on es presentava el percentatge més gran, per ser concrets un 68,3%.

Taula 2. Població amb sobrepès per sexe i edat

Share of overweight population by sex and age, 2019

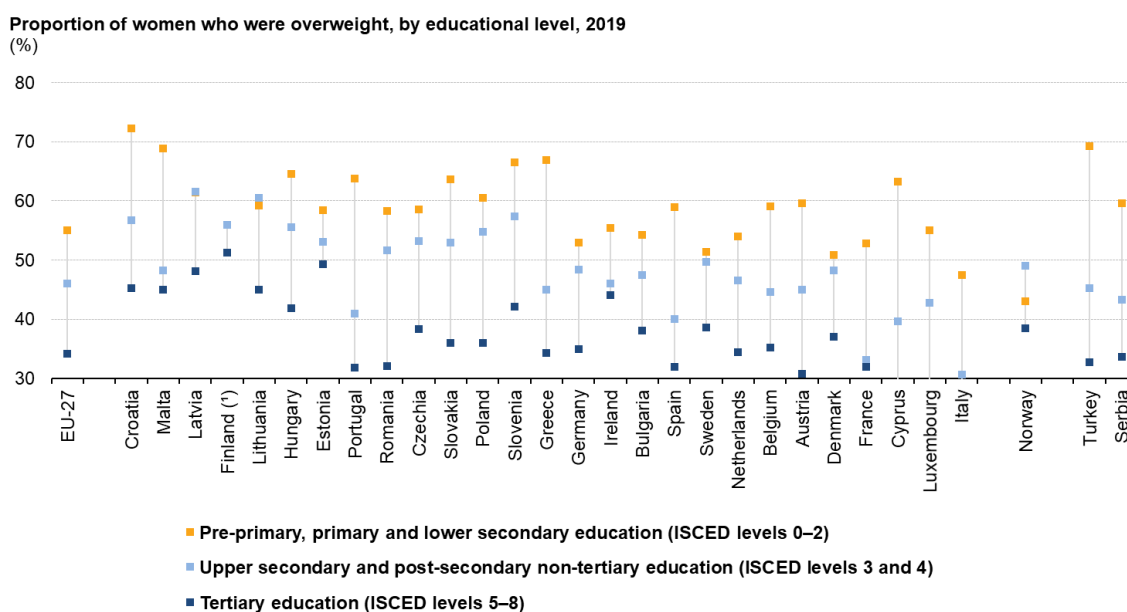
(%)

	Males	Females	Total						
	18 years or over	18 years or over	18 years or over	18 to 24	25 to 34	35 to 44	45 to 64	65 to 74	75 years or over
EU	60.2	45.7	52.7	25.0	39.3	49.7	59.8	65.7	59.3
Belgium	56.2	44.6	50.2	26.2	36.2	49.0	57.3	62.6	52.7
Bulgaria	64.3	46.3	54.9	23.2	37.2	48.8	63.4	70.2	62.6
Czechia	69.8	50.6	60.0	20.9	43.3	57.8	68.7	76.4	67.8
Denmark	57.8	43.3	50.4	26.0	40.0	50.1	59.6	57.6	50.5
Germany	60.7	46.5	53.5	28.2	40.8	52.3	60.0	66.1	57.4
Estonia	61.7	52.3	56.7	26.5	35.9	51.5	67.0	75.7	67.8
Ireland	62.3	46.4	54.4	39.7	52.1	52.9	61.5	59.7	57.5
Greece	66.8	49.1	57.6	23.4	39.7	50.4	66.0	74.7	68.8
Spain	61.7	45.9	53.7	25.1	37.4	49.6	60.4	68.3	66.0
France	52.9	42.0	47.2	22.3	37.8	43.7	53.9	57.2	53.6
Croatia	73.2	58.5	64.8	27.3	45.1	59.8	69.3	78.7	70.0
Italy	55.3	37.1	45.7	18.0	31.2	39.7	49.9	58.8	55.0
Cyprus	59.4	40.8	49.8	23.5	32.7	49.2	61.6	65.7	64.7
Latvia	60.1	56.9	58.3	22.3	38.9	52.4	67.8	73.5	71.7
Lithuania	60.2	53.9	56.8	20.1	40.0	48.2	69.1	74.0	65.5
Luxembourg	58.5	38.4	48.4	24.1	36.5	46.7	56.9	62.5	57.1
Hungary	67.3	53.3	59.9	31.3	43.9	55.4	68.4	76.4	67.3
Malta	71.0	58.0	64.8	38.6	56.6	66.1	73.3	73.7	72.5
Netherlands	55.1	45.1	50.0	25.0	39.4	49.8	57.4	60.2	54.3
Austria	60.6	44.1	52.2	27.2	39.0	48.3	59.9	66.4	58.7
Poland	66.9	50.2	58.1	26.6	43.4	55.3	67.8	73.7	65.4
Portugal	60.9	51.5	55.9	27.6	38.9	52.3	62.9	70.4	63.6
Romania	66.9	50.9	58.7	25.4	42.8	55.4	70.2	72.3	62.3
Slovenia	66.3	49.8	58.1	26.1	42.7	53.3	66.1	72.9	68.8
Slovakia	67.3	50.5	58.7	23.8	42.0	58.0	68.3	77.3	73.0
Finland	62.5	55.8	59.0	30.4	45.9	58.9	65.9	69.1	65.7
Sweden	57.1	45.7	51.3	27.5	39.7	50.3	60.9	60.1	52.4
Norway	57.7	43.3	50.6	28.2	40.8	50.9	61.0	57.6	49.2
Serbia	62.7	45.0	53.6	24.1	42.1	51.8	62.4	65.1	53.8
Turkey	59.8	57.8	58.8	26.9	44.8	65.1	74.3	73.3	59.8

Nota: Proporció de població amb sobrepès per sexe i edat a l'any 2019 desglossat per països en els quals s'engloba Espanya. Extret de Statistics Explained (2019).

Pel que fa a la relació amb el nivell educatiu, es va veure que a major nivell educatiu, existia una menor proporció de persones amb sobrepès pel que fa a les dones. En el cas dels homes, no es van trobar aquestes diferències tan significatives a escala europea però sí a la població espanyola en concret.

FIGURA 1. Nivell educatiu de dones amb sobrepès



Nota: Proporcio de dones amb sobrepès en funcio del nivell educatiu a l'any 2019 en diferents països. Extret de Statistics Explained (2019).

Per acabar, cal destacar que les dades no són alarmants només per l'abast de persones que es troben afectades per aquestes condicions, sinó pel gran impacte a escala psicosocial. Segons González, l'alta taxa d'obesitat absorbeix a Espanya el 7% de la despesa sanitària anual, aproximadament uns 2.500 milions d'euros (Citat per Baile, 2019).

Dades l'etiopatogènia de l'obesitat i el sobrepès

La causa del sobrepès i l'obesitat és, segons l'OMS (2021), un desequilibri energètic entre calories consumides i gastades. Aquesta és una explicació simplista que amaga la real multicausalitat que inclou factors genètics, ambientals i psicològics (López-Villalta i Soto, 2010).

Si fem referència a les causes biològiques, se sap que un dels factors que predisposa a patir obesitat o sobrepès és la genètica. L'obesitat monogènica representa només un 1'8% de les persones adultes i un 6% dels infants amb obesitat i se sap que és provocada de manera freqüent per mutacions en el gen del receptor 4 de la melatonina (MCR4) (López-Villalta i Soto, 2010). S'ha descrit dos tipus d'obesitats genètiques monogèniques (Vaamonde & Álvarez-Món, 2020):

- a) Les sindròmiques, en les quals es presenta no només l'obesitat sinó altres característiques d'una síndrome, com podria ser el de Prader-Willy.
- b) Les no sindròmiques relacionades amb mutacions puntuals que es relacionen de manera no específica amb l'obesitat.

Per altra banda, trobem l'obesitat poligènica, aquesta demostra ser més freqüent i explica les diferents variacions genètiques implicades en l'homeòstasi energètica que semblen predisposar a patir obesitat.

Entre les variables biològiques que es poden veure afectades per la genètica, es pot esmentar l'Índex Metabòlic Basal (IMB), aquell que determina la quantitat d'energia que es consumeix en repòs o bé la termogènesi, que fa referència a les diferències en l'activació del consum d'energia després de menjar. Simón i del Barrio (2002), també han afegit els nivells de leptina en sang, que semblen predisposar a l'obesitat quan aquests són baixos (Citat per Baile i González, 2013).

Una altra causa la trobem en l'epigenètica. Sembla que els canvis epigenètics en els gens habitualment produeixen modificacions que alteren la capacitat dels complexos de transcripció a accedir a les zones reguladores, alterant amb això l'expressió genètica. Sembla que aquesta interacció entre el medi ambient i el material genètic també té una influència en el risc de desenvolupar obesitat. (Vaamonde & Álvarez-Món, 2020)

Mulders et al. (2018) també han observat que l'alteració de la microbiota produeix canvis en la flora intestinal donant lloc al fet que apareguin més predominis d'una espècie que d'una altra. Aquests canvis produeixen un augment de la permeabilitat intestinal i consegüentment un millor aprofitament dels nutrients i canvis en les preferències per determinats aliments que desencadenen un estat proinflamatori i poden afavorir canvis a nivell hipotalàmic per mecanismes poc clars (Citat per Vaamonde i Álvarez-Món, 2020), un altre aspecte que pot sumar-se com a causa.

Els disruptors endocrins també han sigut proposats per Kim et al. (2017) com a possibles agents etiològics, ja que aquestes substàncies químiques que es poden trobar en el medi ambient poden interferir en els processos metabòlics com el funcionament mitocondrial i consegüentment modificar l'ús d'energia afavorint l'obesitat (Citat per Vaamonde i Álvarez-Món, 2020).

Malgrat que és innegable el paper de la genètica en el desenvolupament de la obesitat i el sobrepès, el gran increment que s'ha donat d'aquestes condicions els darrers anys ens conviden a reflexionar que el paper de la genètica no és el més important i que cal posar molt d'èmfasi en aquelles variables socioculturals que engloben l'accés permanent i fàcil d'aliments altament calòrics i l'expansió del menjar ràpid que atrauen el consumidor pel seu baix preu, per la seva immediatesa en preparar-se i pel seu gust, i que en conseqüència aparten de la dieta altres aliments vegetals amb una baixa densitat calòrica. En aquests factors, s'hi suma una tendència creixent al sedentarisme i a la promoció de l'oci sedentari que provoca que l'activitat física quedi fora de la quotidianitat (Baile i González, 2013)

Pel que fa a les causes psicobiològiques, durant el segle XX va prevaldre la “teoria del punt d'equilibri”, la qual donava suport al principi d'homeòstasi i, per tant, a la regulació del cicle de gana i sacietat (teoria glucoestàtica) i la regulació del pes (teoria lipostàtica). Aquesta, explicava per què existia una tendència estable a mantenir la conducta alimentària i el pes al llarg de la vida d'una persona. Tot i això, Piel (2006), va trobar arguments en contra com: la falta d'homeòstasi en comportaments alterats com en el cas dels trastorns de la conducta alimentària o bé l'evidència científica que els nivells de greix i glucosa no impulsen la gana. Davant la refutació de l'anterior teoria, Piel (2006) va introduir la “teoria de l'incentiu positiu” que detalla com els éssers humans mengem pel plaer anticipat que genera la ingesta, un comportament molt influenciat pels processos de condicionament clàssic. Davant d'aquesta última proposta, des de l'enfocament conductual ha sigut fàcil detallar la formació d'hàbits i com les persones regulen el seu comportament alimentari: iniciant-se amb estímuls suscitadors i mantenint-se per repetició o desapareixent per extinció en funció de les conseqüències negatives o positives derivades del comportament (Citada per Baile i González, 2013). Com es veurà posteriorment, aquest model tindrà una gran rellevància al llarg d'aquest treball per la construcció de l'anàlisi funcional de l'ànsia per menjar i la seva comprensió holística.

Dades sobre les conseqüències de l'obesitat i el sobrepès

Després d'entendre la magnitud d'aquestes afectacions i els seus orígens, cal posar gran èmfasi en l'impacte que tenen en la vida de les persones que les pateixen.

Viure amb sobrepès i obesitat és un factor que s'ha associat a patir malalties no transmissibles com: malalties cardiovasculars com poden ser les cardiopaties o accidents

vasculars, diabetis mellitus, trastorns de l'aparell locomotor com osteoartritis o bé alguns tipus de càncer (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Els problemes físics esmentats així com l'artrosi de la columna i els genolls, l'apnea del son i la dificultat respiratòria tenen un impacte en la restricció de moviments a causa del dolor, l'aparició de son diürn, el cansament i l'estrès. Aquests dolors poden fàcilment originar una reducció del moviment de la persona de manera que la seva activitat física periòdica decau a mesura que van agreujant-se aquests problemes arribant a tenir un impacte negatiu sobre la seva activitat laboral, social i d'oci (Amigo, 2010).

L'obesitat no només té un impacte en la salut física sinó que també, en la salut psicològica. Com esmenta Fernández et al. (2019), en la societat actual, on estar prim és una qualitat personal positiva, les persones que pateixen obesitat o sobrepès pateixen un rebuig social que en interioritzar-se contribueix a la insatisfacció corporal i influeix en l'autoestima (Citat per Baile et al., 2020). Així no és d'estranyar que l'obesitat s'hagi relacionat amb trastorns psicològics i psiquiàtrics greus com els de l'estat d'ànim o ansietat, que no són fruit de la malaltia en si mateixa, sinó que sorgeixen de la consciència de l'individu que la seva estètica és rebutjada per la societat (Baile i González, 2013)

Segons Swinburn i Egger (2004), les alteracions emocionals esmentades que engloben la baixa autoestima, la culpa, l'ansietat i la depressió entre d'altres, promouen al seu torn afartaments o l'aparició d'estratègies desadaptatives per fer front a aquests estats com pot ser el menjar emocional o el consum excessiu d'alcohol que contribueixen a accelerar el guany de pes (Citat per Amigo, 2010).

Com s'observa, les conseqüències que comporta l'obesitat i el sobrepès tenen una acció potenciadora dels estímuls i de les conductes que empitjoren ambdues condicions accelerant el procés d'escalada en el qual cada cop és més difícil aplicar un tractament, és per això que les intervencions de prevenció esdevenen molt rellevants (Baile i González, 2013).

Figura 2. Cicle de l'acció potenciadora de les conseqüències de l'obesitat.



Nota: Impacte de les complicacions físiques derivades de l'excés de pes que repercuteixen a la disminució de l'activitat física i social, laboral i d'oci que conseqüentment poden provocar alteracions emocionals que contribueixen a l'ànsia per menjar, la qual s'ha trobat relacionada amb l'obesitat i el sobrepès. Informació extreta de Baile i González (2013).

Elaboració pròpia

Definició de l'ànsia per menjar

Malgrat que el nostre organisme gaudeix d'un sistema fisiològic que permet detectar els senyals de gana i sacietat, la història evolutiva de períodes intercalats d'absència i abundància d'aliments ha portat als humans a consumir en excés davant la disponibilitat de menjar per proveir-se de cara als períodes d'escassetat i així augmentar les seves possibilitats de supervivència. Avui en dia, en un ambient abundant de menjar altament gustós i desitjable, aquest mecanisme ha deixat de tenir sentit, atès que ja no és necessari menjar en excés per augmentar les possibilitats de sobreviure. (May et al. 2012)

Davant aquests fets, es fa evident que hi ha d'haver altres variables reguladores de la ingesta que vagin més enllà de les necessitats de supervivència controlada per l'homeòstasi i els senyals fisiològics de gana. Una d'aquestes variables, va ser la que va nomenar Lowe et al. (2009) com la "gana hedònica", definida com aquells antulls imaginaris associats a un menjar altament gustós i visualment atractiu que motiva de

manera irrefrenable per les propietats gratificants que aporta gustativament consumir-lo (Citat per Davis, 2013).

Aquesta “ingesta hedònica” que ens fa pensar en la “teoria de l’incentiu positiu” de Pinel (2006) abans esmentada, explica la tendència que tenim els humans a desitjar aliments amb un alt contingut energètic com pot ser la xocolata o bé altres aliments dolços altament calòrics (Meule, 2020) i el qual conformarà la base per entendre el fenomen que es treballarà en el present treball: el “food craving”. Un fenomen que viu la majoria de la població i de manera freqüent (Apolzan, et al., 2017) però que a vegades pot esdevenir tan irresistible i intens que pot donar lloc a afartaments i comportaments impulsius cap al menjar que constitueixen una clara conducta desadaptativa (Pérez & Morillas-Beltrán, 2021)

Per introduir el concepte “food craving”, cal saber que a l’hora de traduir-se al català sorgeixen alguns inconvenients, ja que no existeix cap paraula que es pugui utilitzar per nomenar el “craving”. Si ens fixem en el Diccionario Collins universal Inglés-Español/Español Inglés (2005) “craving” significa “ànsia”, així que en el present treball l’anomenarem amb la seva traducció al català: ànsia pel menjar (Moreno et al. 2008).

Per conceptualitzar el fenomen de l’ànsia per menjar, en primer lloc, ens hem d’aturar al concepte “craving” o ànsia. Aquest fa referència a un fort estat motivacional que es caracteritza per un intens desig davant l’anticipació de consumir substàncies que produeixen plaer o que estan relacionades amb el comportament hedònic (Potenza i Grilo, 2014). La investigació d’aquesta és relativament recent i va sorgir primerament en l’àmbit de les addiccions. De seguida es va considerar de gran rellevància, ja que permetia entendre el manteniment de les conductes addictives i es va detectar com la responsable de l’ús compulsiu de les drogues i l’alt nivell de recaigudes (Pérez i Morillas-Beltrán, 2021). Avui en dia, el “craving” encara té un important paper en els trastorns d’abús de substàncies. De fet, l’Associació Americana de Psiquiatria (APA) va decidir introduir-lo a l’última versió del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-5), com un criteri diagnòstic formal pel trastorn per abús de substàncies (Potenza i Grilo, 2014).

Si observem en retrospectiva, el 1948 ja va ser definida per Walker com a una urgència intensa i aclaparadora per l’ús d’opiacis durant l’abstinència. Més tard, Tiffany (1995), el

va descriure com un estat motivacional que promovia la recerca de substàncies i la subsegüent conducta d'ingesta o consum. (Pérez i Morillas-Beltrán, 2021).

El fet que Hill i Brown, l'any 1994 traslladessin el concepte "craving" de l'àmbit de les drogodependències a la conducta alimentària (Citat per Pérez i Morillas-Beltrán, 2021), no va ser cap coincidència i es pot explicar per la semblança que existeix entre ànsia per consumir en el trastorn per abús de substàncies i l'ànsia per menjar a l'obesitat o el sobrepès, la qual inclou en ambdós casos: una falta de control a l'hora consumir, pensaments invasius sobre el consum, l'anticipació de la sensibilitat a la recompensa de consumir, antulls, culpa i l'excés de consum (Avitia et al., 2018). Si parem atenció a ambdues entitats diagnòstiques, com proposa Von Deneen et al. (2011), es caracteritzen per tenir un curs crònic i amb constants recaigudes. Concretament, en l'obesitat i el sobrepès és fàcil trobar-nos davant d'una història de recaigudes reiterades després de tractaments per perdre pes, que malgrat que semblen tenir èxit a curt termini, resulten inefectives a llarg termini (Citat per Fabbriatore et al., 2013).

La investigació immediatament posterior a la conceptualització de l'ànsia pel menjar va estar durant anys dirigida a la seva relació amb el cicle menstrual femení, amb l'etapa de gestació i en els episodis depressius. No va ser fins més tard que es va començar a relacionar amb formes específiques de comportament alimentari com el menjar compulsiu estudiat per Gendall et al. (1998), les restriccions dietètiques per Hill et al. (1991) i la dieta per Weingarten i Elston (1991) (Citat per Verzijl et al., 2022).

Avui en dia, quan es parla de l'ànsia per menjar es fa referència a un intens desig per consumir un menjar específic i com puntualitzen autors com Nederkorn et al. (2000) i Cepeda-Benito et al. (2000), es considera una experiència multidimensional que engloba la part cognitiva (ex. pensar en menjar), la part emocional (ex. el desig de menjar o els canvis d'estat d'ànim), la part conductual (ex. consumir el menjar) i la part fisiològica, la qual involucra aquells processos que preparen el cos per ingerir i motiven a buscar aliments com: l'augment de flux salival i l'activació de les àrees cerebrals relacionades amb la recompensa com és l'estriat (Citat per Contreras et al., 2017; Rodríguez-Martín & Meule, 2015).

Fent referència a la part fisiològica de l'ànsia per menjar, és necessari diferenciar-la de la gana fisiològica. En aquesta última, segons Rogers et al., (2016) el desig per consumir aliments ve motivat per uns sentiments que s'originen a causa de tenir l'estómac buit. A

més a més, segons Hormes et al., (2017), es pot alleugerar consumint qualsevol aliment, mentre que l'ansia pel menjar només demana ser satisfeta consumint un aliment en particular. Així doncs, malgrat que es puguin donar alhora, cal tenir clar que tenir gana no és necessàriament un requisit per experimentar l'ansia per menjar (Citat per Meule, 2020).

Cal destacar que, així com la gana fisiològica, l'ansia per menjar també forma part del repertori conductual humà i, per tant, no és necessàriament patològica. Tot i això, pot esdevenir disfuncional. Si bé encara es necessita molt de coneixement per descobrir el seu paper en els trastorns de la conducta alimentària i el seu pes específic com a símptoma, el que sí que se sap, segons el recollit per Moreno et al. (2009), és que l'ansia pel menjar és l'únic predictor de l'espectre dels trastorns de la conducta alimentària (Citat per Verzijl et al., 2022; Moreno et al., 2008).

En concret, existeixen diversos estudis que han relacionat l'ansia pel menjar amb diferents trastorns de la conducta alimentària; en el cas de Moreno et al. (2008) amb la bulímia nerviosa i l'anorèxia nerviosa, en el cas de White et al. (2005) amb el trastorn per afartament, en el cas de Jarosz et al. (2007) amb la síndrome del menjar nocturn i per últim, a través de l'estudi de Vander et al. (2007) amb l'obesitat i la sobreingesta (Citat per Fabbriatore et al., 2013).

Curiosament, l'ansia per menjar és més freqüent en aquelles persones que presenten afartaments en comparació amb aquells que no i l'associació és més palesa en persones que encaixen amb el diagnòstic de bulímia nerviosa i trastorn per afartament. Unes dades que ens conviden a reflexionar del gran vincle que manté l'ansia per menjar amb la falta de control sobre la ingesta (Citat per Verzijl et al., 2022) i que ens seran de gran ajuda per explicar l'impacte que té aquesta variable en l'obesitat i el sobrepès.

La relació entre l'obesitat i l'ansia per menjar

Com s'ha assenyalat l'obesitat i el sobrepès es troben íntimament lligats a l'ansia per menjar.

Per una part, l'ansia per menjar pot predisposar a patir obesitat. Com esmenta Kavanagh et al. (2013), aquesta actua com iniciadora i promotora de comportaments addictius entorn menjars gustosos, causant aquesta predisposició (Citat per Avitia et al., 2018). Aquests fets van en concordança amb l'estudi de Chao et al. (2014), que vincula l'ansia per menjar

amb el consum de diferents tipus de menjar com dolços, aliments amb alt contingut de greix, carbohidrats i menjar ràpid amb l'Índex de Massa Corporal (IMC). Boswell i Kober (2016) també l'han identificat com a predictor de la ingesta de menjar i del guany de pes, constatant que un 11% de la variació en la conducta alimentària i l'augment de pes pot ser explicada pel fet d'experimentar ànsia pel menjar (Citat per Richard et al., 2017)

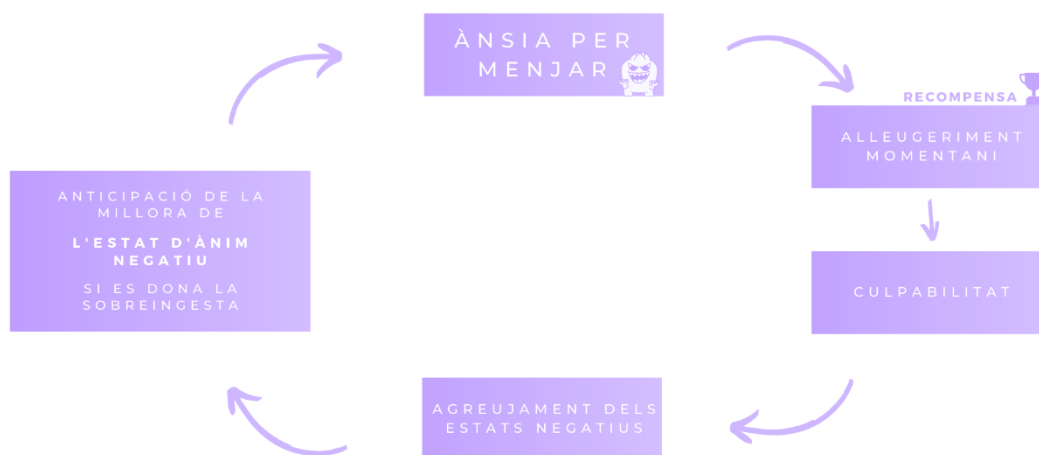
Per altra banda, les persones que ja pateixen obesitat o sobrepès semblen presentar amb més freqüència aquest fenomen. Concretament, els estudis de Pepino et al. (2009) van trobar que les persones amb obesitat mostraven major ànsia pel menjar i un pitjor estat anímic (Citat per Fabbricatore et al., 2013).

Sembla que com el menjar emocional, definit per Parker et al. (2006) com aquells comportaments alimentaris motivats per un estat d'ànim o produïts per alleugerir un sentiment independentment de la sensació de gana, l'ànsia per menjar també pot resultar d'estats d'ànim específics (sovint negatius) com: l'estrès, l'avorriment, la depressió, la frustració, la ira i l'ansietat. Quan es percep aquestes fonts de malestar, sembla que l'ànsia per menjar es veu reforçada per l'anticipació de l'estat d'ànim positiu que tindrà lloc si s'ingereixen els aliments desitjats (Citat per Cepeda-Benito et al., 2000; Moreno et al., 2008). De fet, les persones que pateixen obesitat o sobrepès tendeixen a anticipar una sensació d'alleugeriment derivat dels beneficis psicològics que creuen que es desprendran menjant el que desitgen, el qual és processat com una recompensa que impulsarà a menjar cada cop que es visqui un sentiment negatiu al futur (Avitia et al., 2018).

Tot i això, com assenyalen Hetherington i Mcdiarmid (1992), la millora de l'estat d'ànim només es produirà en el moment de la ingesta, pel plaer instantani de les propietats orosensorials positives, però després es transformarà en un estat emocional encara més negatiu per haver ingerit massa aliments on hi podem trobar una gran culpabilitat (Citat per Moreno et al., 2008).

Paradoxalment, els estats negatius que han engegat l'ànsia per menjar potenciaran no només un augment de pes sinó altres estats anímics negatius, obrint-se un cicle difícil de culimar, en el qual, com comenta Ramón- Arbués (2019) l'ànsia pel menjar es relaciona de forma significativa amb la prevalença d'ansietat, depressió i estrès (Citat per Pérez i Morillas-Beltrán, 2021).

Figura 3. Cicle de l'impacte emocional en la seva relació amb l'ànsia per menjar



Nota: Impacte de les emocions abans i després del fenomen de l'ànsia per menjar que constitueixen un cercle viciós.

Elaboració pròpia

Models explicatius de l'ànsia per menjar

Per entendre més sobre el fenomen de l'ànsia per menjar podem recórrer a diferents models explicatius que no són excloents entre ells, sinó complementaris.

En primer lloc trobem el “model homeostàtic o la recerca de l'equilibri orgànic” explicat anteriorment. Segons Moreno et al. (2009), aquest sosté que el “craving” és fruit d'un dèficit d'una substància a l'organisme que impulsa a la persona a buscar-la i ingerir-la per la satisfacció de les seves necessitats biològiques.

Dins aquest últim paradigma, els models que expliquen l'abstinència, conclouen que el “craving” es dona davant el desequilibri homeostàtic que apareix després que es deixi de consumir una substància per voluntat de l'individu o per falta de disponibilitat a l'ambient. De manera que el “craving”, com explica Wurtman (1988), adopta la funció de restituir un estat d'equilibri i aturar el malestar físic i psicològic derivat de la falta d'homeòstasi.

Figura 4. Model de la recerca de l'equilibri orgànic



Nota: Esquema explicatiu del model de la recerca de l'equilibri orgànic.

Elaboració pròpia

Tot i aquesta teoria biològica, existeixen aspectes com els afartaments en la bulímia nerviosa o el trastorn per afartament que no responen a aquest mecanisme homeostàtic i que necessiten ser explicades des d'una basant més conductual com el “model de l'efecte incentiu de les substàncies”. Aquesta proposta, segons Roger i Smith (2000), que les propietats plaents associades a la ingesta d'un tipus d'aliments originen el desig de consumir-lo.

Per explicar-ho amb més detall, podem recórrer al model conductual basat en l'aprenentatge il·lustrat pel psicòleg Ivan Pavlov i l'experiment que va portar a terme el segle XIX en el qual investigava sobre la salivació d'uns gossos en resposta a la seva alimentació. Davant la observació que els gossos salivaven quan menjaven o fins i tot quan se'ls ensenyava el menjar, va poder comprovar que mostrant una campana cada cop abans de col·locar el menjar davant dels gossos, ocasionava després de diverses repeticions que els gossos salivessin en resposta al so de la campana, tot i no haver-hi menjar al davant. Aquest fet, el va anomenar condicionament clàssic. En aquell cas, el menjar que s'ingeria era “l'estímul incondicionat” i la salivació era la “resposta incondicionada”. En introduir el so de la campana com “l'estímul neutre” just abans de la presentació del menjar (estímul incondicionat) de manera repetida, el so de la campana passava a ser un “estímul condicionat” que predia l'aparició de menjar i que ocasionava una “resposta condicionada”: la salivació (Sun i Kober, 2020).

Si traslladem aquesta investigació a l'ansia per menjar, podem inferir segons Havermans i Jansen (2007), que el consum repetit d'una determinada substància es pot explicar per aquest mateix procés:

Existeixen una sèrie d'estímuls condicionats d'origen extern o intern, entre els quals podríem destacar com externs la disponibilitat d'un ambient que promou els aliments poc saludables altament calòrics i poc nutritius que funcionen com a estímuls condicionats que desencadenen l'ansia per menjar (Sun i Kober, 2020). Pel que fa als estímuls interns condicionats, Jastreboff et al. (2013) assenyala les següents variables: l'experiència d'estrès, les emocions negatives, els canvis hormonals i els pensaments relacionats amb el menjar (Citat per Sun i Kober, 2020).

Sun i Kober (2020) exposen que com en el cas de l'experiment de Pavlov, també evoquen respostes condicionades corporals que engloben: l'increment de salivació, de la freqüència cardíaca, de l'activitat gàstrica i de l'activitat neural en l'estriat ventral relacionat amb la recompensa, conformant una experiència d'ansia per menjar que dona lloc a un increment de la ingesta i conseqüentment del pes corporal.

Cal destacar que aquest mecanisme a vegades funciona a través del reforçament negatiu, ja que l'ansia pel menjar sovint s'empra per evitar estímuls interns aversius com els estats d'ànim negatius com l'avorriment, la tristesa i l'ansietat com esmenten Cepeda-Benito i Gleaves (2001).

Figura 5. Model de l'efecte incentiu de les substàncies



Nota: Esquema explicatiu del model de l'efecte incentiu de les substàncies

Elaboració pròpia

L'ansia pel menjar també ha sigut contemplada des de models cognitius que engloben a part dels processos de condicionament altres processos cognitius d'ordre superior. Dins aquest paradigma podem trobar la recent “teoria de la intrusió elaborada del desig” de Kavanagh et al. (2005). Aquesta teoria descriu l'ansia per consumir com un estat cognitiu motivacional carregat afectivament. En consonància amb els models conductuals, sosté que l'ansia per menjar apareix com una associació apresada entre senyals interns o externes i el comportament següent com pot ser menjar, però afegeix el desencadenament d'un seguit de pensaments intrusius que són processats per la memòria de treball per tal de construir imatges sensorials relacionades amb el menjar que es vol adquirir que poden despertar el mateix alleugeriment i plaer que el consum real (Tapper, 2018). Malauradament, aquest estat de benestar fruit de la imaginació, ràpidament s'esfuma, ja que segons May (2015), la consciència de l'individu de la diferència entre l'estat actual i l'estat que li agradaria aconseguir, provoca un malestar que motiva a buscar el consum real i no imaginari (Citat per Verzijl et al., 2022).

Així doncs, aquest model, com proposa Harvey (2005), atorga un gran paper a la imaginació i la posterior elaboració cognitiva sobre el menjar que es desitja com a elements essencials per l'activació de l'ansia per menjar (Citat per Verzijl et al., 2022). Aquest paradigma, que té en especial consideració la memòria de treball per la seva implicació en les imaginacions sensorials i les elaboracions visuoespacials ha provocat que autors com Andrade et al. (2012) i McClelland et al. (2006), hagin descobert que les tasques que involucren la memòria de treball interrompen l'experiència de l'ansia per menjar, almenys en el context experimental (Citat per Verzijl et al., 2022).

Figura 6. Teoria de la intrusió elaborada del desig

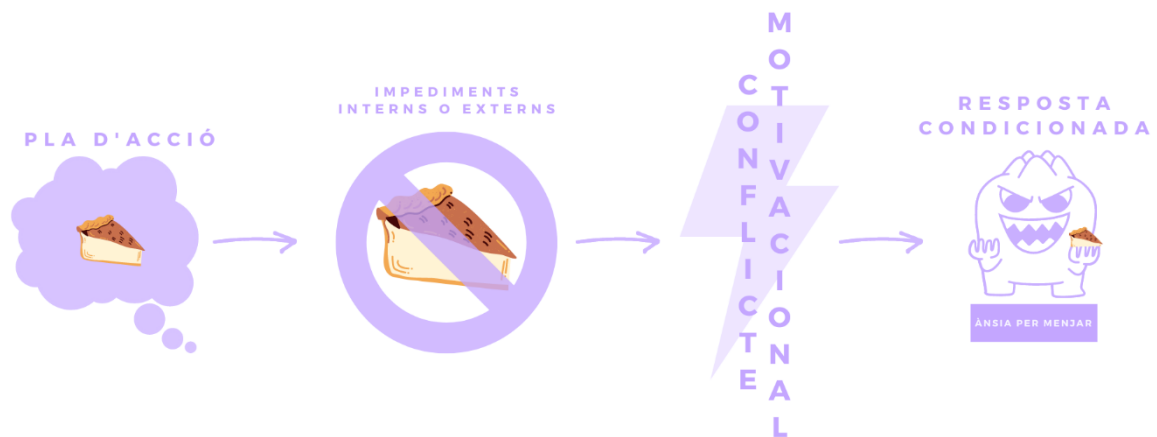


Nota: Esquema explicatiu de la “Teoria de la intrusió elaborada del desig”

Elaboració pròpia

Un altre model cognitiu és el “model de processament cognitiu” de Tiffany et al. (1990) el qual es va formular, en primer, lloc en les addiccions a les drogues. Aquest dona suport al fet que l’ús de la substància és controlada pels plans d’acció que s’emmagatzemen a la memòria i es porten a terme de manera automàtica. Si l’acció es veu interrompuda per motivacions competidores com pot ser evitar el consum del menjar o barreres externes com l’absència de menjar, impedit que la persona porti a terme el consum, es crea un conflicte motivacional (Citat per Tapper, 2018). Aquesta teoria pot explicar per què l’ànnsia pel menjar com a procés no automàtic es pot activar quan se segueixen dietes estrictes o el repertori d’aliments restringits és massa extens (Moreno et al., 2008), el qual s’explicarà amb més detall a posteriori.

Figura 7. Model de Processament Cognitiu



Nota: Esquema explicatiu del Model de Processament Cognitiu

Elaboració pròpia

El darrer model cognitiu és la “teoria de la cognició fonamentada” de Barsalou (2008), aquesta explica que els individus poden basar-se en experiències prèvies per simular la interacció amb l’estímul amb el qual es troben en un ambient determinat de manera que s’estimulen de les àrees del cervell que s’activarien amb la interacció real, donant lloc a les mateixes reaccions corporals i incrementant el desig i els comportaments dedicats a aquests més enllà de la consciència (Citat per Tapper, 2018)

Figura 8. La teoria de la cognició fonamentada



Nota: Esquema explicatiu de la Teoria de la cognició fonamentada de Barsalou (2008)

Elaboració pròpia

Els models basats en el Budisme com el proposat per Brewer et al., (2013), també han contemplat l'ansia per menjar com una resposta cognitiva automàtica que dona lloc a reaccions afectives basades en les nostres experiències prèvies. Aquestes reaccions afectives semblen portar a una elaboració mental i al desig per tal de mantenir els sentiments positius i evitar aquells més negatius. Així doncs, aquest desig guia la motivació per comportar-se d'una determinada manera, que si és reforçada de manera freqüent, es transforma en un hàbit (Citat per Tapper, 2018)

Per últim, les teories psicobiològiques, defensen que la capacitat del menjar de generar canvis perdurables a l'estructura del sistema nerviós central, per exemple, sobre els sistemes dopaminèrgics, la fa unes substàncies addictives com en el cas de les drogues i que, per tant, l'ansia per menjar sorgeix com un procés de sensibilització de regions prefrontals i límbiques que es troben implicades en els processos cognitius i emocionals que mantenen aquest mecanisme (Moreno et al., 2008).

Bases neurològiques de l'ansia per menjar

Per explicar les evidències que sostenen les teories psicobiològiques anteriorment esmentades, cal tornar a fer referència al paral·lisme entre els comportaments addictius i l'obesitat i així entendre les similituds que es troben en la genètica i altres nivells neuroanatòmics (Fabbriatore et al. 2013) que delaten diferents regions cerebrals comunes davant el consum de drogues i l'ansia pel menjar (Tang et al. 2012).

En els estudis amb rates, com el d'Avena et al. (2008) s'ha pogut demostrar que aquelles exposades de manera crònica a solucions ensucrades responen amb uns efectes neurofarmacològics i conductuals similars a aquells provocats per l'abús d'altres substàncies donant-se els mateixos senyals físics i conductuals d'abstinència, ànsia per consumir, sensibilitat creuada a altres drogues i augment de dopamina en el nucli accumbens. Alhora, també s'ha comprovat en estudis com el de Grill et al. (2007), que davant la presentació d'aquests aliments es dóna la mateixa resposta d'hiperreactivitat en el circuit de la recompensa com passa amb els senyals relacionats amb les drogues (Citat per Davis i Carter, 2014).

Pel que fa als estudis amb persones a través de la neuroimatge, en la mateixa línia d'investigació, autors com Michaelides et al., (2013), també han demostrat que els aliments altament gustosos provoquen respostes cerebrals i conductuals similars a les que es produeixen en l'abús de substàncies en especial en aquelles persones que pateixen obesitat o ingesta compulsiva (Citat per Davis i Carter, 2014).

Aquests estudis han constituït la base perquè diferents autors hagin proposat un model d'addicció al menjar en la població amb obesitat, el qual explica que existeix una sensibilització dels centres cerebrals encarregats de la recompensa i els hàbits que poden provocar aquesta ànsia per menjar i la consegüent incapacitat per reduir la ingesta d'aliments i l'augment de pes (Contreras et al., 2017). És una prova a favor el fet que s'hagi observat que les persones que pateixen obesitat mostren una major activació evocada per senyals alimentaris en les regions cortico-estriatals que codifiquen el valor de la recompensa relacionat amb els aliments (estriat ventral), les propietats hedòniques (escorça de l'ínsula/somatosensorial) i l'elecció dels aliments (escorça prefrontal i orbitofrontal). Així doncs, es pot concloure que l'activació en aquestes regions es troba associada a l'ànsia per menjar i en guanyos en l'Índex de Massa Corporal (IMC), com bé assenyala Yokum (2012) (Citat per Contreras et al., 2017).

Altres variables biològiques que sostenen l'ànsia per menjar de manera diferenciada entre la població amb obesitat en relació amb la població amb normopès i que conviden a reflexionar sobre la inclusió nosològica de l'addicció al menjar són les següents (Potenza i Grilo, 2014):

L'ànsia per menjar en resposta a l'exposició del menjar preferit dels participants, es va associar a mesures de resistència a la insulina en individus amb obesitat però no amb

aquells amb normopès, evidenciant-se una activació talàmica en el grup amb obesitat (Jastreboff et al. 2013). Aquests resultats suggereixen un mecanisme biològic que vincula la resistència a la insulina amb l'ansia per menjar en l'obesitat que involucra el tàlem, una regió que sembla diferir entre la població amb obesitat i la normopès en la disponibilitat de transportadors de la norepinefrina (Potenza et al. 2014).

Altres sistemes com l'alliberació de dopamina també es mostren diferencialment associats a l'ansia pel menjar i l'obesitat (Van de Giessen et al. 2014). De manera que existeix una desregulació de la via cerebral de la dopamina en les persones que pateixen aquesta afectació, que anteriorment estudis com el de Blum et al. (2000) havien observat en l'addicció a les drogues (Citat per Fabbricatore et al., 2013)

També s'ha observat que el procés natural de sacietat mitjançant el lípid oleoiletanolamida està associat a l'Índex de Massa Corporal (IMC) tant en persones amb obesitat com amb les persones normopès però diferentment relacionat amb l'activació insular en resposta a estímuls de menjar (Grosshans et al. 2014). Altres entitats moleculars relacionades amb la regulació de la gana com la leptina i la grelina també s'ha vist associats de manera diferent amb l'activació de diferents regions del cervell davant estímuls alimentaris en persones amb obesitat en comparació amb persones sense obesitat (Jastreboff et al. 2014; Kroemer et al. 2013).

Aquests resultats aporten proves a favor de les bases neurobiològiques que afavoreixen l'aparició d'ansia per menjar en les persones amb obesitat en comparació amb aquelles que no ho pateixen i conviden a qüestionar-nos si un model d'addicció al menjar s'hauria de donar com a vàlid.

Ara deixant de banda el pes i fent referència als aspectes anatòmics cerebrals compartits en tota la població que sostenen el fenomen de l'ansia per menjar, es pot destacar l'estudi paper de les funcions executives. Aquestes són les encarregades dels processos de control quan guiar-se per la intuïció és insuficient, les quals engloben entre altres la flexibilitat cognitiva, la memòria de treball i el control inhibitori, elements que cada cop semblen més importants a l'hora de predir la capacitat autoreglatòria malgrat que hi ha resultats poc consistents (Meule, 2014)

S'ha observat que una reducció de l'activitat prefrontal pot incrementar l'activitat en els sistemes subcorticals dopaminèrgics augmentant la sensibilització apetitiva. Així doncs, sembla que una hiperactivitat dopaminèrgica pot induir un estat d'hipoactivitat de

l'escorça prefrontal i al seu torn, provocar un dèficit en la presa de decisions i el control d'impulsos que demostrarà tenir un impacte negatiu quan es doni el fenomen de l'ansia per menjar (Moreno et al., 2008).

La memòria de treball, segons Tiggemann et al. (2010), també sembla estar involucrada, ja que quan s'indueix de manera experimental l'ansia per menjar, s'observa un pitjor rendiment en una tasca de memòria en persones amb ansia cap a la xocolata. En la mateixa línia, les tasques d'imaginació mental o de processament visuo-espacial també redueixen l'ansia pel menjar (Citat per Meule, 2014)

Pel que fa al control inhibitori, s'ha observat que una menor inhibició conductual s'associa amb una autoregulació relacionada amb el menjar reduïda i un consegüent augment d'ingesta, un major Índex de Massa Corporal i ingesta compulsiva, en el context experimental (Meule, 2014).

Relació entre l'ansia pel menjar i la dieta

La importància que se li dóna socialment a estar prim i la insatisfacció personal que se'n deriva de l'incompliment d'aquest estàndard irreal i molt difícil d'assolir, ha anat alimentant cada cop més la "cultura de la dieta" provocant un augment de la tendència a seguir pautes dietètiques per aprimar-se. Segons Green (2001), al voltant del 12% de les dones entre els 12 i 64 anys segueixen alguna dieta i el 90% ha intentat perdre pes alguna vegada a la seva vida (Citat per Moreno et al., 2008).

Davant la bona acollida que ha tingut la "cultura de la dieta" a la societat, sovint és difícil identificar i desmitificar les creences que aquesta promou i que han demostrat tenir un impacte negatiu en les intervencions dirigides a perdre pes i reduir l'ansia per menjar. Entre aquestes, Baile i González (2013) destaquen la creença que la dieta consisteix a fer un esforç intensiu durant un període de temps en comptes de petits canvis d'hàbits que perdurin durant tota la vida, així com el pensament que el pes assolit es mantindrà després de deixar la dieta i tornar a l'alimentació antiga. No hem de menysprear aquestes idees, ja que redueixen la responsabilitat cap a la pròpia salut de la persona i l'autopercepció de capacitat per canviar el seu estat.

Les dietes no només contenen aquestes creences disfuncionals sinó que, de manera paradoxal, s'han relacionat sovint a la pèrdua de control i fins i tot a la ingesta compulsiva. Aquests fets es poden relacionar amb el "Model de processament cognitiu" de Tiffany et

al. (1990) abans exposat, que explica que l'ansia per menjar pot ocasionar-se quan l'individu veu interromput el seu impuls per consumir un determinat aliment a causa de motivacions competidores com poden ser les dietes o la restricció d'aliments.

Concretament, l'impacte de la restricció dietètica en l'augment de l'ansia per menjar, ha sigut un tema de debat des del 1970. Aproximadament després que Herman i Mack (1975) trobessin que les persones que restringien la seva ingesta, anomenats “menjadors restrictius”, mostraven comportaments alimentaris desinhibits a diferència d'aquells que menjaven sense restricció (Citat per Meule, 2020).

Actualment, el vincle entre el paper de les dietes i l'ansia per menjar és un tema de debat, del qual s'ha trobat una falta de consistència en els diferents estudis realitzats fins al moment (Smithson & Hill, 2017). Així doncs, la relació entre fer dieta i experimentar ansia per menjar és un tema controvertit i la idea extensa que la dieta dirigida a perdre pes augmenta l'ansia per menjar, no sembla tenir resultats tan consistents com era d'esperar, de manera que sovint difereix en funció del comportament dirigit a fer dieta i el mètode d'avaluació. (Meule, 2014).

Tot i això, diferents estudis han aconseguit extreure resultats que poden contribuir a entendre de millor manera aquesta relació:

Els darrers estudis consideren que les persones que efectuen una restricció alimentària de la seva ingesta, entesa com és un intent de regulació del pes caracteritzat per exercir el control cognitiu sobre la ingesta alimentària (Schur, et al., 2009), més que una restricció calòrica (Citat per Verzijl et al., 2022), presenten en més intensitat i freqüència l'ansia per menjar que aquells que no restringeixen. Segons Lowe i Timko (2004), es pot atribuir al fet que sovint són persones més preocupades pel que mengen i pel pes. Així doncs, sembla que l'ansia per menjar es dona, no tant per la disminució de l'ingrés calòric, sinó en gran part, per la percepció de privació de no poder menjar allò que un vol (Citat per Meule, 2020; Massey i Hill, 2012), el qual va en consonància amb els models cognitius esmentats anteriorment.

Concretament, l'eliminació d'aliments dins de la ingesta diària etiquetant-los com a “prohibits” és una estratègia rígida que s'ha observat en moltes persones que es sotmeten a una dieta per controlar el seu comportament alimentari, el qual promou que s'incrementi l'ansia per menjar d'aquests mateixos aliments (Gilhooly et al. 2007; Martin et al., 2006; Massey et al., 2012). Un fenomen que sovint és influenciat pel “pensament de tot o res”

que segons autors com Timko i Perone (2005) sembla portar a la desinhibició i a majors Índex de Massa Corporal (IMC) així com a l'absència d'èxit de la dieta (Citat per Meule, 2011).

Com assenyalen Herman i Polivy (1984), com més rígids són aquests límits autoimposats, més fàcil serà sobrepassar-los i, per tant, transgredir la norma preestablerta per un mateix. De manera que, davant el que és percebut com un "error", es desencadenarà sentiments de culpabilitat i fracàs, que alhora poden produir una desinhibició de la conducta alimentària i en conseqüència una ingesta desproporcionada de calories. Una frase que reflecteix molt bé aquest mecanisme és: "com que ja m'he equivocat, és igual si continuo menjant" (Citat per Moreno et al., 2008).

Pel que fa a aquests "menjadors restrictius", Macht (2008) també ha observat que són més propensos a incrementar la seva ingesta davant d'emocions negatives, de manera que aquests estats emocionals perjudiquen el seu control cognitiu contribuint a la desinhibició.

Per altra banda, i contràriament al que s'esperaria, estudis com el de Gilhooly et al. (2007) han trobat que l'ansia pel menjar sembla decreïxer en tractaments destinats a la pèrdua de pes a llarg termini quan aquests duren igual o més de 3 mesos en comparació amb dietes molt baixes en calories (Citat per Smithson i Hill, 2017). En la mateixa línia, les persones que presenten obesitat i que tenen una experiència recent en resistir-se a menjar quan experimenten ansia per menjar perden més pes durant les següents 7 setmanes. Aquests fets es poden explicar perquè la reducció en la freqüència de consum del menjar desitjat facilita l'extinció de la resposta condicionada de l'ansia per menjar desfent l'associació apresada entre diferents senyals i la resposta condicionada subsegüent (Meule, 2020). Així doncs, l'ansia per menjar sembla desaparèixer únicament quan l'associació condicionada amb el menjar desitjat es trenca (Kahathuduwa et al. (2017). Contràriament, si les persones que estan restringint la seva ingesta continuen consumint el menjar desitjat, tot i ser en petites quantitats, sempre que sigui abans de trencar aquestes associacions, l'ansia per menjar es veurà reforçada i es continuarà experimentant (Citat per Verzijl et al., 2022).

Així doncs, segons Johnson et al., (2012), l'increment de restricció cognitiva respecte al menjar, sempre que no sigui rígida i sigui sostinguda en el temps, redueix els afartaments, la desinhibició i la susceptibilitat a la gana que alhora es relacionen amb una millor capacitat d'autocontrol en general. Per tant, com exposa Westenhoefer et al., (1999), un patró flexible de restricció alimentària que es caracteritzi per un enfocament gradual de

control alimentari i de pes, que permeti ingerir determinats aliments prohibits o menjar més quantitats dels aliments permesos, donarà lloc a millors resultats que una forma rígida de restricció que se sustenti en el pensament dicotòmic de “tot o res” a l’hora de menjar i fer dieta.

L’aplicació d’aquest coneixement a la pràctica clínica del maneig del pes esdevé de gran rellevància, ja que posa gran èmfasi al tractament psicològic més enllà del tipus de dieta.

2. Objectiu del treball realitzat

L’objectiu principal que persegueix el present treball consisteix a recollir la informació publicada fins a l’actualitat sobre el fenomen de l’ànsia per menjar i les variables psicològiques implicades per tal de conèixer el seu impacte en la població amb obesitat i sobrepès i dissenyar un programa d’intervenció grupal que ofereixi, no només un espai esperançador i d’enteniment, sinó també un ventall d’estratègies destinades al control de la ingesta que siguin d’utilitat per magnificar els resultats dels programes dirigits a la pèrdua de pes que es puguin oferir des dels Centres d’Atenció Primària del Gironès.

Davant l’evidència que l’obesitat i el sobrepès van en augment, es considera necessari inserir el “Programa Aflora” dins la Xarxa de la Salut Pública per fer-lo més extensiu a la població general, el qual requereix que es faci una anàlisi crítica del sector i del panorama actual per observar què s’està fent i poder adequar el programa d’intervenció el millor possible a la realitat. Així doncs, el segon objectiu implica la necessitat de conèixer i debatre l’abordatge de l’obesitat i el sobrepès en vigor a la província de Girona. En concret en els recursos següents: els Centres d’Atenció Primària, la Unitat Especialitzada d’Atenció a l’obesitat i el Centre de Salut Mental d’Adults. Ja que aquests conformen les primeres línies de tractament de l’obesitat i el sobrepès en el marc de la Xarxa de Salut Pública.

3. Metodologia

Per tal de portar a terme aquest treball s'ha realitzat una recerca bibliogràfica en bases de dades com: Google Acadèmic, PsycINFO, Dialnet i al cercador de la Universitat de Girona, anomenat "Omnia", fent ús de les següents paraules clau: *obesity, overweight, food craving, Binge Eating Disorder (BED), food addiction*.

Per tal d'adquirir informació més verídica sobre les intervencions que ja s'està fent per tractar l'obesitat i el sobrepès de manera específica a la província de Girona i també per comprovar la coneixença del fenomen de l'ansia per menjar entre els professionals del sector, s'ha difós a través del correu electrònic una entrevista d'elaboració pròpia [veure Annex 4] per tal de fer-la arribar a diversos treballadors i treballadores de la Xarxa de Salut Pública, en concret en els Centres d'Atenció Primària, la Unitat Especialitzada d'Atenció a l'obesitat i el Centre de Salut Mental d'Adults. En aquesta, es pregunta als dispositius si gaudeixen d'intervencions psicològiques dirigides a la població amb obesitat i sobrepès i si aquestes tenen en compte el treball per mantenir la pèrdua de pes a llarg termini. També se'ls demana per les dificultats d'origen organitzatiu i/o social amb les quals es troben per intervenir amb aquest col·lectiu i per últim se'ls demana directament pels coneixements sobre el fenomen de l'ansia per menjar, la seva capacitat per reconèixer-lo i com intervenen en aquesta variable.

En últim lloc, cal destacar que he tingut l'oportunitat de posar en pràctica algunes de les intervencions dissenyades en un cas clínic concret, podent observar, encara que no de manera significativa, l'impacte que poden tenir algunes sessions creades.

4. Proposta d'intervenció

4.1. Contextualització: una crítica al sistema darrere el tractament a l'obesitat i el sobrepès

Segons l'OMS (2021), a escala mundial hi ha un augment de la ingesta alimentària d'un alt contingut calòric i ric en greixos conjuntament a una disminució de l'activitat física provocada pels hàbits cada vegada més sedentaris derivats de la cultura del "fàcil i ràpid" que han contribuït al fet que la prevalença de l'obesitat i el sobrepès augmenti de manera exponencial. Tot i que la magnitud de la problemàtica és evident, la mateixa Organització Mundial de la Salut (2021), destaca que existeix una falta de polítiques de suport als sectors de la salut.

Així doncs, la realitat és que tot i l'evidència d'un agreujament de la situació, les accions per fer-hi front són escasses i realitzades a través d'un enfocament biomèdic que és clarament ineficaç, ja que no ha aconseguit aturar l'increment incessant de l'obesitat i el sobrepès. Més aviat, tot el contrari, les dades demostren que les persones sotmeses al tractament de l'obesitat, segons Dalle et al. (2005), presenten una alta taxa de fracàs a llarg termini i una alta taxa d'abandonament, aproximadament d'un 50%. Fins i tot aquells que ho assolixen, només els permet una pèrdua de pes molt limitada (al voltant d'un 5%) essent molt probable que tornin al seu pes previ al cap d'un temps (Baile, 2019) (Citat per Grave et al. 2018)

Una de les principals mancances d'aquest enfocament és el fet que es regeix estrictament per les dues principals recomanacions que difon l'Organització Mundial de la Salut (2021), que sense tenir en compte situacions excepcionals com el tractament quirúrgic per l'obesitat mòrbida, són: limitar la ingesta energètica, sobretot aquella que aporta greixos i sucres, així com incrementar les calories gastades a partir de l'activitat física periòdica, essent 150 minuts setmanals el més indicat pels adults. Aquestes són les dues estratègies d'intervenció assenyalades pel Document SEEDO més usades, que inclouen: la divulgació d'informació sobre nutrició a través de pautes dietètiques o restricció d'aliments considerats poc convenients i la promoció de l'activitat física. Fins i tot, en alguns casos, s'afegeixen l'administració de substituents alimentaris o d'algun fàrmac

(Baile, 2019), elements que propicien que diferents indústries es lucrin dels processos de pèrdua de pes de les persones amb sobrepès o obesitat.

La problemàtica és que aquestes accions prescriptives, com exposa Abilés (2019), demostren ser insuficients, ja que donar informació sobre el canvi d'hàbits no modifica el comportament d'aquestes persones d'una manera estable i encara menys si tenim en compte que tant la ingesta de menjar com l'exercici físic depenen de moltes variables internes (com les vies neurobiològiques de la recompensa abans descrites) i variables externes (com la pressió social), que no s'estan tenint en compte en aquestes intervencions.

L'oblit d'aquestes variables en conjunt amb les característiques inherents del model biomèdic que s'esmentaran a continuació, acaben tenint un impacte iatrogènic per la persona que és tractada, de manera que cau en un cicle de fracassos en la pèrdua de pes que repercuteix sobre la seva autoestima de manera que la malaltia va escalant fent-se cada vegada més difícil de tractar.

Si fem referència a les peculiaritats d'aquest model, en primer lloc, observem que subratlla la importància de la força de voluntat de la persona amb obesitat i sobrepès, ja que la considera el factor determinant per afavorir l'adherència als canvis comportamentals que permetran al seu torn perdre pes. Aquest fet acaba derivant, segons Carels et al. (2003), en sentiments de culpabilitat i fracàs a aquelles persones que es sotmeten en tractaments de pèrdua de pes, ja que atribueixen el seu progrés lent a la seva falta de voluntat més que a la falta d'adequació del tractament (Citat per Grave et al. 2018)

En segon lloc, com exposa Abilés (2019), un dels altres desavantatges d'aquest model és l'abordatge de l'obesitat tractant-la com un trastorn agut de caràcter temporal. Segons l'autor, l'intent de posar remei a través d'unes tècniques, biomèdiques o psicològiques temporals a una condició que porta tant de temps instaurada és molt difícil i demostra la poca adequació dels tractaments que s'estan portant a terme. Segons l'autor, s'hauria de tractar com una condició crònica.

A més a més, moltes d'aquestes estratègies estan dirigides a assolir un pes hipotèticament, "ideal" que respon als estàndards estètics, de manera que els objectius sovint son massa exigents i poc realistes. Seria més adequat aspirar a la reducció del voltant del 10% amb la finalitat d'assolir un pes més saludable i molt més fàcil de mantenir en el temps (Baile,

2020). Canviar els objectius d'intervenció que sostenen la necessitat d'aconseguir un "pes ideal" per una meta que s'enfoqués a un "pes saludable" seria molt més adient. Aquest canvi de paradigma suposaria el rebuig dels estereotips socials que animen a estar prim substituint-lo per la persecució d'una millora en la qualitat de vida i un pes que es pugui sostenir en el temps sense que això requereixi fer canvis dràstics en els hàbits (Baile, 2019).

Finalment, i un dels punts més rellevants, és la falta d'aportacions de la psicologia per abordar el tractament de l'obesitat i el sobrepès. Lògicament, si el que es vol aconseguir en iniciar una dieta és un canvi d'hàbits o conductes amb relació a l'estil de vida, el més convenient seria abordar-ho des de la disciplina que se n'encarrega d'aquesta tasca. I aquesta és la psicologia (Baile, 2019).

És fàcil que socialment sigui reconegut el paper de l'endocrinòleg i el nutricionista per tractar aquestes condicions, però per què no és tan òbvia la figura del professional de la psicologia? L'evidència científica no en té cap dubte que és necessària:

La literatura ha proposat que les persones que presenten obesitat i sobrepès pateixen aquesta condició perquè no aconsegueixen controlar els impulsos fisiològics de la gana. Aquests factors biològics no només són una manifestació orgànica, sinó que estan en gran part modulats per factors cognitius i emocionals que afecten la ingesta impulsiva d'aliments.

De fet, la repetitiva pèrdua de pes i el posterior guany, un fenomen prevalent en l'història de persones que pateixen obesitat, segons Karhunen et al. (2012), s'ha associat justament a aquests factors de caràcter psicològic com: el menjar emocional, el menjar compulsiu, estils d'afrontament passius segons els estudis d'Elfhag et al. (2005), depressió i abús de substàncies com va observar Odom et al., (2010) i inactivitat física segons Jakicic et al., (2009) (Citat per Fabbricatore et al. 2013).

Així doncs, aquests factors psicològics o conductes patològiques entre les quals s'enumera l'ansia per menjar esdevenen imprescindibles en qualsevol tractament, i més tenint en compte que impedeixen l'adherència al tractament e interfereixen en la posada en pràctica de les pautes terapèutiques (Abilés, et al., 2013)

Malgrat que tota la informació anterior argumenta la necessitat d'incloure la psicologia en el tractament de l'obesitat i que molts autors recomanen la teràpia cognitiva-

conductual com a complement per aconseguir millors resultats en els programes de pèrdua de pes, són poques les persones que abans de sotmetre's a cirurgia bariàtrica han participat en programes de supervisió de pèrdua de pes i de modificació de la conducta alimentària (Abilés et al. 2013).

Així doncs, no és estrany que l'oblit d'aquests factors psicològics contribueixin al fet que l'abandonament del tractament sigui un dels obstacles més grans en el tractament de l'obesitat. Segons Middleton et al. (2012), un 51,7% dels participants abandonen el tractament després de 12 mesos, essent factors que ho predisposen: una menor edat, expectatives personals sobre el pes massa altes i poc realistes, objectius principals relacionats amb l'aparença i poca satisfacció amb el pes perdut durant el tractament (Graves et al. 2018).

La realitat de la Xarxa de Salut Pública a la província de Girona

Per tal d'analitzar Xarxa de Salut Pública de la província de Girona i així tenir una imatge més fidedigna de la realitat del territori sobre el tractament de l'obesitat i el sobrepès, s'ha entrevistat diferents professionals que d'alguna manera estan relacionats amb l'abordatge d'aquestes afectacions seguint la transversalitat del programa d'Atenció Primària i, per tant, dirigint-me a experts dels Centres d'Atenció Primària (CAP), seguidament de la Unitat Especialitzada d'Atenció a l'Obesitat del Trueta i del Centre de Salut Mental d'Adults.

Aquest recull m'ha permès verificar que el funcionament del territori gironí respon al descrit al "Documento de consenso de la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) juntament amb la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)" (2020), un document que recull les pautes de funcionament dels diferents recursos destinats a atendre a persones amb obesitat i sobrepès que deixa exposat el model biomèdic anteriorment descrit.

En primer lloc, pel que fa al funcionament dels Centres d'Atenció Primària com a primera línia d'intervenció arreu d'Espanya, trobem com relata Iglesias et al. (2015) que el primer pas del tractament és l'abordatge dietètic a partir un pla d'alimentació i exercici físic que busca pèrdues entre el 5-10% en 6 mesos, fins i tot es plantegen objectius de 20% o superior en persones que presenten un Índex de Massa Corporal igual o superior a 35 kg/m² (Caixàs, et al., 2020), el que destapa el model prescriptiu i poc realista abans esmentat i la falta del tractament de la part psicològica, ja que en cap moment s'esmenta

que l'abordatge contempli la part psicològica. La periodicitat del seguiment durant el primer any és aconsellable que sigui cada 2-3 mesos com a període màxim en les consultes mèdiques i cada mes en les consultes d'infermeria, reduint-se la freqüència a partir del segon any (Caixàs, et al., 2020), el qual també suposa un desavantatge per l'adherència al tractament destapant la falta de consideració de la cronicitat d'aquestes afectacions.

A continuació es pot veure la taula que exposa les intervencions indicades en funció de l'Índex de Massa Corporal:

Taula 3. Intervencions indicades en funció de l'Índex de Massa Corporal (IMC)

IMC (kg/m ²)	Intervención
25-26,9	No justificada si el peso es estable, la distribución de la grasa es periférica y no hay enfermedades asociadas. Justificada si hay FRCV y/o distribución central de la grasa Objetivo: Pérdida del 5-10% del peso corporal
27-29,9	Objetivo: Pérdida del 5-10% del peso corporal
30-34,9	Objetivo: Pérdida del 10% del peso corporal
35-39,9	Objetivo: Pérdida > 10% del peso corporal
≥ 40	Objetivo: Pérdida > 20% del peso corporal

Nota: Extret del "Documento de consenso de la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) y de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) sobre la continuidad asistencial en obesidad entre Atención Primaria y Unidades Especializadas Hospitalarias" (2020).

Els i les entrevistades de la província de Girona corroboren aquestes pautes, explicant que als Centres d'Atenció Primària es fa bàsicament un control de pes i s'ofereixen pautes per portar una vida saludable, només amb els casos de pacients amb obesitat mòrbida amb un

Índex de Massa Corporal superior 35 kg/m² amb més d'una comorbiditat major: DM2, HTA, SAOS... es fa la derivació a l'Hospital Trueta on es troba la Unitat Especialitzada d'Atenció a l'Obesitat.

Així doncs, la derivació a la Unitat Especialitzada d'Obesitat està només indicada per aquelles persones motivades per perdre pes, amb un Índex de Massa Corporal igual o superior a 35 kg/m², els quals no hagin aconseguit revertir la situació des del Centre d'Atenció Primària. En aquesta unitat, sorprenentment, existeix el professional d'endocrinologia, nutrició i cirurgia, però no compta amb el paper del psicòleg o psicòloga. Tot i això, cal destacar que en aquest espai, es demana als clients que se'ls avaluï l'estabilitat psicològica i psiquiàtrica, en especial si es planteja cirurgia bariàtrica al cap de 6 a 12 mesos. És per això que a la primera visita se'ls administra diferents tests per examinar-la. En el cas que existeixi un trastorn psiquiàtric greu actiu no controlat queda descartada la cirurgia bariàtrica i es deriva al psicòleg o psiquiatre de la Centre de Salut Mental d'Adults del Gironès i a partir d'aquell moment ells són els responsables del seguiment.

Així doncs, s'observa que el paper de la psicologia queda reservat únicament a aquelles persones de les quals se sospita d'un trastorn psiquiàtric greu com pot ser un trastorn de la conducta alimentària. Només aquestes seran derivades al Servei de Psiquiatria o a la Unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària corresponent i podran gaudir d'assistència psicològica (Caixàs, et al., 2020).

Per tant, des del Centre de Salut Mentals d'Adults, on existeix la Unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària, és des de l'únic dispositiu on hi ha un suport psicològic dirigit cap a la població amb obesitat, però està restringint únicament a aquelles persons que se'ls ha diagnosticat un trastorn de salut mental.

En conclusió, es pot dir que tot i l'evidència que el component psicològic està molt implicat en l'etiologia i el manteniment de l'obesitat, sempre que no existeixi l'entitat diagnòstica argumentativa, la persona no es beneficiarà de suport psicològic, almenys no en el context de la Xarxa de Salut Pública del Gironès.

4.2. Objectius de la intervenció

L'objectiu del programa dissenyat en el present treball és oferir una guia de tractament psicològic per combatre l'augment de la prevalença de l'obesitat i sobrepès des del primer recurs del circuit transversal que ofereix la Xarxa de Salut Pública: els Centres d'Atenció Primària, per tal de fer-lo el màxim d'accessible possible a totes les persones que inicien un programa de pèrdua de pes i per tal de donar resposta a la falta de suport psicològic en aquests dispositius.

Les accions terapèutiques del present programa es pretenen donar paral·lelament amb les intervencions que s'efectuen des dels mateixos Centres d'Atenció Primària: atenció mèdica a càrrec dels metges i metgesses de família, seguiment ponderal i pautes dietètiques des d'infermeria i atenció psicològica individualitzada quan és requerida a càrrec dels professionals de la psicologia del Programa de Suport a Primària (PSP).

El present disseny d'intervenció que està pensat per ser dirigit per un professional de l'àmbit de la psicologia, pretén realitzar-se en un format grupal, ja que davant la innegable demanda i sobresaturació dels recursos, aquest model permet acollir molts participants en un període més curt de temps i fer-lo molt més extensiu. A més a més, el format grupal també promou el suport social i la comparació interpersonal que genera certa ambició per millorar. Així mateix, els participants també aprenen per observació, imitació o modelatge dels altres (Grave et al., 2018).

Pel que fa al contingut, té la intenció d'oferir estratègies que tenen la finalitat d'ensenyar a prendre consciència i gestionar el fenomen de l'ansia per menjar conjuntament amb totes les variables que influeixen en el seu inici i manteniment. En concret, s'ha escollit aquesta variable perquè dins dels factors psicològics que esdevenen crucials a l'hora de procurar l'eficàcia dels tractaments, els comportaments compulsius han sigut subratllats per Baile (2014) o Yanovski (2003), com un dels reptes en l'abordatge de l'obesitat.

Segons Gearhart et al. (2012), s'ha de tenir en compte que al voltant de la meitat de les persones que pateixen obesitat i busquen tractament compleixen els criteris diagnòstics del Trastorn per Afartament i aproximadament la meitat compleixen els criteris de la "Yale Food Addiction Scale (YFAS) que avalua l'addicció al menjar, el qual és un indicador que els tret compulsius estretament lligats amb l'ansia per menjar, són un

aspecte a tractar i encara amb més raó coneixent que l'excessiva estimulació del circuit de la recompensa disminueix l'habilitat per efectuar decisions adaptatives i que l'efecte de la tolerància i la reducció del control inhibitori que es dona davant la ingesta excessiva de menjar provoca al seu torn l'augment del consum dels aliments fomentant conductes que es tornen més severes i més compulsives en el temps (Citat per Davis i Carter, 2014; Stapleton et al., 2016)

Dins d'aquests comportaments compulsius, s'ha subratllat en especial l'ansia per menjar, ja que segons White i Grilo (2005), és responsable de l'abandonament primerenc dels tractaments destinats a pèrdua de pes en persones amb obesitat (Citat per Moreno et al. 2009).

Autors com Jackubowisz et al.(2011) i Massey i Hill (2012), també atribueixen el poc manteniment de la pèrdua de pes a l'increment de l'ansia per menjar quan s'efectuen intents de fer dieta, sobretot en aquelles on l'objectiu és menjar menys i fer més exercici. De manera que proposen l'ansia per menjar com eina clau en el maneig de l'obesitat i el manteniment de la pèrdua de pes amb èxit (Citat per Stapleton et al., 2016). En la mateixa línia, segons Bartra et al. (2013), s'ha observat que una menor ansia per menjar està associada a millors resultats fent dieta i restringint la ingesta (Citat per Verzijl et al., 2022).

Aquestes dades conjuntament amb el recull bibliogràfic que conforma aquest treball, donen suport a la necessitat d'incidir en aquesta variable per magnificar els resultats de les intervencions dirigides a perdre pes a llarg termini que es puguin donar en els Centres d'Atenció Primària. Aquest objectiu final pretén ser assolit a través d'objectius específics dividits en les sessions de les quals gaudeix el programa:

- **Sessió 1:** Conscienciar sobre la importància dels hàbits saludables i de la implicació que hi tenen els fenòmens psicològics en la seva gestió.
Treballar la identitat i la relació entre el “ser” i el “fer” per a la construcció d'una identitat que incentivi els bons hàbits.
Desmitificar l'objectiu del “pes ideal” i substituir-ho pel “pes saludable”.
Definir i conceptualitzar el fenomen de l'ansia per menjar.
- **Sessió 2:** Aplicar l'entrevista motivacional adaptada per promoure la modificació dels hàbits saludables i el compromís cap aquests.

- **Sessió 3:** Construir una base de coneixement nutricional per a capacitar a les persones a prendre eleccions més saludables en el seu dia a dia envers el menjar i normalitzar l'alimentació obviant restriccions alimentàries i el picoteig.
Desmitificar la cultura de la dieta i les seves creences.
- **Sessió 4:** Incentivar la pràctica esportiva a través de la percepció d'autoeficàcia i la motivació intrínseca treballant les possibles barreres específiques que obstaculitzin la posada en marxa d'aquestes activitats.
Implementar el monitoratge de l'activitat física amb l'aplicació Strava per promoure el suport social.
- **Sessió 5:** Confeccionar un diagrama dels processos cognitius-conductuals per l'increment de la consciència del fenomen de l'ansia per menjar.
Detectar dels antecedents, les conseqüències i els factors mantenidors darrere del fenomen.
- **Sessió 6:** Conscienciar sobre els estímuls alimentaris que desencadenen l'ansia per menjar per tal de gestionar l'exposició ambiental a aquests a través de la promoció d'estratègies per limitar l'accés a aquests aliments.
Eliminar el concepte d'aliment prohibit.
- **Sessió 7:** Introduir les pràctiques de Mindfulness i posteriorment traslladar la seva aplicació a la tècnica del menjar conscient que engloba la percepció de la gana i la sacietat i la diferenciació de la gana emocional i la gana fisiològica.
Ensenyar la tècnica d'exposició al senyal amb prevenció de resposta per la seva posterior aplicació.
- **Sessió 8:** Ensenyar estratègies de gestió emocional a través de l'augment de la claredat emocional.
- **Sessió 9:** Aplicar tècniques d'imaginació guiada per aturar l'elaboració de pensaments que contribueixen a l'aparició de l'ansia per menjar.
- **Sessió 10:** Aplicar la reestructuració cognitiva sobre les normes alimentàries autoimposades, la culpa i la vergonya amb ajuda de la tècnica de la fletxa descendent.
Incentivar l'autocompassió.
- **Sessió 11:** Aplicar la reestructuració cognitiva sobre l'autoestima i la insatisfacció corporal i emfatitzar la importància de l'autocura a través de la Teràpia d'Acceptació i Compromís.
Enfortir valors personals i expandir la definició d'ells mateixos i la seva vàlua.

- **Sessió 12:** Ensenyament de l'estratègia de solució de problemes a través de la creació de cadenes conductuals del fenomen de l'ansia per menjar per fer front al fenomen de manera desglossada i personalitzada.
- **Sessió 13:** Educar en la identificació dels signes de caiguda i recaiguda i l'actuació que s'ha de portar a terme quan es donen per garantir els resultats dels programes de pèrdua de pes a llarg termini.
- **Sessió 14:** Acomiadar el grup per fer el tancament i aplicació del "Food Craving Questionnaire State" per avaluar l'impacte del programa.

Tenint en compte, com s'ha explicat, que el programa pretén treballar conjuntament amb les accions multidisciplinàries que ja s'estan portant a terme en el mateix Centre d'Atenció Primària, la bona gestió de l'ansia per menjar conseqüentment també es preveu que potenciï els canvis d'hàbits incentivats pel metge o metgessa de família i l'equip d'infermeria així com que garanteixi el manteniment d'aquests.

Cal esmentar que malgrat que en molts de programes s'aconsella l'objectiu del monitoratge del pes i de la ingesta calòrica, en aquest es descarta, ja que aquesta tasca es dona per fet que es realitza a través del treball multidisciplinari que fan els professionals del Centre d'Atenció Primària i que en aquest cas recau en l'equip d'infermeria.

4.3. Metodologia

Justificació de les intervencions del programa

Per entendre quines intervencions es portaran a terme en el present programa d'intervenció, cal revisar l'evolució del tractament psicològic al llarg dels últims anys.

Aquest va començar als anys setanta, incentivant els canvis saludables en l'alimentació i exercici físic a través de la modificació estimular de l'ambient i el reforçament de comportaments adequats (Grave et al., 2013). Posteriorment, es va introduir el model cognitiu-conductual perquè l'anterior presentava mancances a l'hora de mantenir els assoliments obtinguts o bé perquè resultava difícil d'aplicar en certs individus. (Baile, et al., 2020).

Va ser l'any 2000, quan Cooper et al. van desenvolupar un tractament alternatiu per combatre l'obesitat integrant estratègies cognitiu-conductuals més específiques que abordessin els processos involucrats en la recuperació del pes i així fer front als desesperançadors resultats a llarg termini dels anteriors tractaments dirigits a la pèrdua de pes. Autors com Cooper i Fairburn (2001), van contribuir a assenyalar dos factors que impossibiliten l'eficàcia del manteniment del pes per introduir-los de manera necessària als protocols per tractar l'obesitat: els objectius poc realistes de pes i la falta d'entrenament en el manteniment del pes (Citat per Grave et al. , 2017).

En l'actualitat, es parteix d'un enfocament que combina la teràpia conductual amb estratègies cognitives acompanyada de recomanacions alimentàries i d'exercici físic que té especial en compte aquests factors que contribueixen al manteniment de la pèrdua de pes (Grave et al., 2013) com pot ser la variable escollida en aquest treball: l'ansia per menjar.

Per la realització del programa, s'ha tingut en compte aquest últim enfocament, especialment les característiques de la teràpia cognitiu-conductual que segons Wadden i Osei (2002), la literatura relaciona amb una major eficàcia per la pèrdua de pes (Baile, 2020):

1. El tractament és més eficaç si es realitza setmanalment
2. És preferible que la teràpia duri de 16 a 26 setmanes essent recomanable que el període sigui prèviament definit per tal de millorar el compromís dels participants.
3. És molt rellevant la flexibilitat del tractament als diferents integrants del grup, de manera que els principis i les tècniques generals siguin adaptades als casos en concrets en la mesura del possible.
4. És preferible un tractament grupal que un individual i és preferible grups tancats sense incorporacions noves.

Avui en dia, autors com Amigo (2013), afirmen que aquest enfocament és eficaç. No només redueixen el pes i altres variables antropomètriques, sinó que també millora aspectes psicològics com podria ser l'autoeficàcia o el benestar psicològic. A més a més, pel que fa al manteniment dels resultats de la pèrdua de pes, sembla que és l'enfocament amb més efectivitat per mantenir els assoliments almenys mig any (Citat per Baile et al., 2020).

És per això que les intervencions que s'enumeren a la "Guia clínica" del present "Programa Aflora" [veure Annex 1] estan inspirades concretament en diversos programes com el de Grave et al. (2018) o el treball de Vera (1998), qui proposa una intervenció en format grupal per persones amb obesitat i sobrepès previst per grups de no més de vint persones. Evidentment, té especial en compte la guia clínica de Cooper, Fairburn i Hawker (2004) com a pioners d'aquest nou abordatge. També recull consideracions que han sigut contemplades per tractar l'addicció al menjar per persones que pateixen sobrepès i que presenten un estil de menjar compulsiu que engloba una intensa ànsia per menjar, dificultats de control inhibitori i sobreingesta impulsada per les emocions segons el suggerit per Davis i Carter (2014).

Tècniques dirigides específicament a l'ànsia per menjar

Malgrat la necessitat exposada d'incidir en l'ànsia per menjar, fins al moment no s'ha definit de manera clara un protocol d'intervenció en l'obesitat quan existeixen aquest tipus de comportaments (Baile, 2020). Tampoc existeixen guies de tractament per l'addicció al menjar que tractin l'ànsia per menjar (food craving), però existeix, com s'ha comentat, evidència empírica de l'eficàcia de la teràpia cognitiu-conductual pel tractament del trastorn per afartament i pels trastorns addictius com bé recullen els estudis de Carroll et al. (2005) o Wilson et al. (2010), uns diagnòstics que s'han vist estretament relacionats amb el menjar compulsiu i, per tant, amb l'ànsia per menjar. La seva similitud fenomenològica provoca que els seus abordatges terapèutics comparteixin la identificació de factors desencadenants dels problemes conductuals, el desenvolupament de conductes alternatives o distractores per manejar els impulsos, la moderació del pensament dicotòmic i les estratègies de prevenció de recaigudes (Citat per Davis i Carter, 2014), les quals s'empraran per realitzar el present programa d'intervenció.

Una altra proposta que s'ha fet per abordar l'ànsia per menjar ha estat la modificació de la teràpia dialèctica-comportamental incloent-hi consciència de la gana i mètodes

d'afrontament davant d'aquesta, ja que s'ha observat que també redueixen dels afartaments en persones amb bulímia nerviosa (Hill et al. 2011).

Les perspectives basades en el Mindfulness també han demostrat fomentar el compromís per tal de reduir l'ansia pel menjar i el pes (Alberts et al. 2010; Dalena et al. 2010). Segons Grabovac et al. (2011), tenint especial en compte que les persones només poden mantenir l'atenció en un objecte en concret, focalitzar la consciència en el moment present i, per tant, en l'estímul o les reaccions afectives que donen lloc a les respostes de desig, pot evitar els pensaments i reaccions que constitueixen l'ansia per menjar alhora que pot contribuir a una millor metacognició de la conducta que pot fer actuar a la persona en prevenció d'aquest fenomen. Si a més a més s'acompanya d'una actitud d'acceptació davant l'ansia per menjar, també s'eviten els pensaments negatius i l'actitud de judici cap a un mateix que aquesta provoca i que deriva en el sentiment de culpabilitat (Tapper, 2018).

Un altre enfocament per reduir l'ansia per menjar és l'entrenament en imaginació funcional que proposa Andrade et al. (2016), basat en la "teoria de la intrusió elaborada del desig que s'ha pogut explicar a l'apartat de "models explicatius de l'ansia per menjar". Aquesta entrena a les persones a imaginar els beneficis que obtindrien si canviessin el seu comportament disfuncional, de manera que s'interfereix en imaginació relacionada amb l'ansia per menjar i pot aconseguir aturar la ingesta compulsiva que es podria desencadenar.

També s'ha observat que la prevenció de resposta davant l'exposició d'un tipus de menjar específic és útil per tractar la ingesta compulsiva davant d'aliments específics problemàtics segons Ferrer-García et al. (2017).

Després d'haver descrit les intervencions més pertinents per contribuir a la bona gestió de l'ansia per menjar, cal destacar, que per aplicar aquests tractaments de la millor manera possible, s'ha de tenir en compte, així com ho exposen Barnes et al. (2010) i Forman et al. (2007), que poden existir diferències individuals que provoquen que alguns individus responguin més favorablement a les intervencions com poden ser: la supressió de pensaments, la susceptibilitat davant la presència de menjar o diferències relacionades amb el sexe (Citat per Potenza i Grilo, 2014). Per exemple, Weingarten i Elston (1991) van trobar que les dones eren més propenses a experimentar ansia per menjar que els

homes (Citat per Rodríguez-Martín i Meule, 2015). Un punt que s'haurà de tenir en compte a l'hora d'exposar les limitacions que ocasiona el format grupal.

Estructura del grup de suport

La inclusió en el grup de suport es farà a través del metge o metgessa de capçalera o bé del psicòleg/psicòloga del Programa de Suport a Primària. Aquests proposaran l'administració del "Food Craving Questionnaire Trait" (FCQ-T) a aquelles persones que presentin sobrepès o obesitat i de les quals se sospiti que poden estar patint ànsia per menjar. També seran ells, els encarregats d'explicar l'existència del "Programa Aflora", del grup de suport i els seus objectius. Evidentment, la introducció de la persona al context grupal només es farà si aquesta ho desitja, si està motivada per formar-ne part i si les puntuacions del "Food Craving Questionnaire Trait" evidencien que existeix una problemàtica real.

Figura 9. Procés d'inclusió al "Programa Aflora"



Nota: Esquema explicatiu de la inclusió al "Programa Aflora" i per tant, al grup de suport a través dels metges/metgesses de capçalera o els professionals de la psicologia del Programa de Suport a Primària.

Elaboració pròpia

Els qüestionaris administrats seran supervisats per la mateixa persona que portarà a terme les intervencions: un psicòleg o psicòloga clínica de referència que haurà d'estar reconegut com a Psicòleg o Psicòloga Clínica. Evidentment, haurà de ser una persona que

tingui un coneixement interdisciplinari entorn l'obesitat i el sobrepès i que, per tant, sigui coneixedora dels aspectes mèdics i nutricionals que seran d'especial interès per coordinar-se amb l'equip del Centre d'Atenció Primària. Com és evident, haurà de ser molt curós amb l'estigma que carreguen aquestes persones a causa de patir obesitat i haurà de cuidar el seu llenguatge per tal d'evitar que les persones amb les quals tracti siguin jutjades (Grave et al., 2018).

Aquesta persona s'encarregarà de portar a terme el programa d'intervenció que tindrà un marc temporal de 14 sessions i, per tant, una durada de 14 setmanes. La seva curta durada respon a la necessitat d'arribar a moltes persones i que se celebri una edició darrere de l'altre. Està pensat perquè sigui un grup tancat de no més de vint participants, de manera que es vetarà l'entrada de qualsevol participant després del seu inici per tal de fomentar la interacció i coneixença entre ells. Recollint les recomanacions de Wadden i Osei (2002), se celebrarà setmanalment i les sessions tindran una durada de 50 minuts, repartint-les en tres parts:

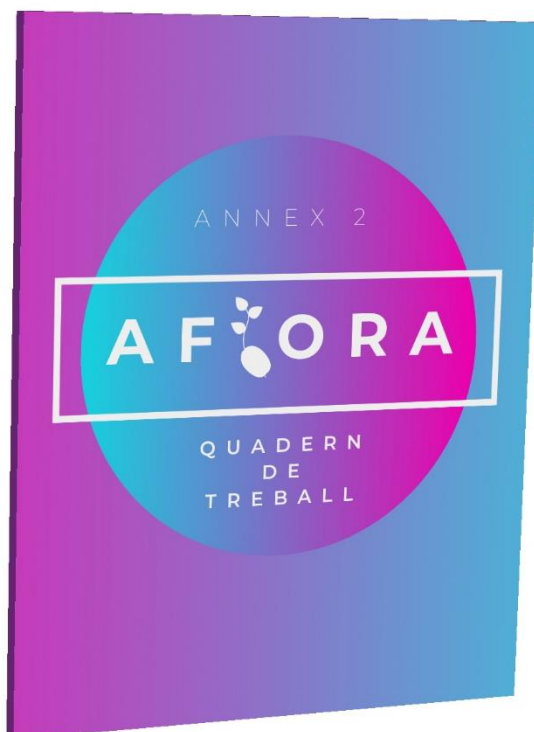
- ❖ Mòdul 1. La primera estarà destinada a rebre els participants i revisar les tasques que s'han encomanat en la sessió prèvia
- ❖ Mòdul 2. En la segona s'introduirà el tema que es treballarà en aquella sessió.
- ❖ Mòdul 3. La tercera estarà reservada a l'assignació de tasques i al tancament de la sessió.

Cal puntualitzar que existeixen sessions que no responen a aquesta estructura per les seves característiques temàtiques.

Totes les sessions aniran acompanyades del "Quadern de treball" del "Programa Aflora" [veure Annex 2], aquest serà repartit als participants i permetrà dins el context grupal, donar flexibilitat a les diferents intervencions que s'efectuïn, ja que els participants podran plasmar la seva experiència individual en aquest document i aquest podrà ser útil a les consultes individualitzades que puguin tenir amb el professional de la psicologia en el cas que facin seguiment individualitzat en el mateix cap o de manera externa.

A més a més, el fet de plasmar les seves cognicions i el coneixement que van assolint d'ells mateixos pot ser terapèutic per ell mateix i esdevé un suport on quedarà gravat totes les estratègies que han après perquè les puguin recordar i emprar quan hagin deixat el grup de suport.

Figura 10. Quadern de treball del “Programa Aflora”



*Nota: Prototip 3D del “Quadern de treball” que s’entregarà als participants del “Programa Aflora”
Elaboració pròpia*

Cal destacar que els professionals de la psicologia també rebran una guia clínica [veure Annex 1] i que a l’inici del grup de suport es firmarà un “full de compromís” per tal d’acotar les normes del grup i augmentar el seu compromís i adherència amb aquest [veure Annex 3]

Instruments i aparells d’avaluació

Per a realitzar els criteris d’inclusió en el grup de suport es farà recurs del Food Craving Questionnaire Trait (FCQ-T) [veure Annex 10], aquest és un dels instruments més citats i més usats per mesurar la freqüència i la intensitat de les experiències d’ànsia pel menjar en general [veure Figura 11]. Està compost per 39 ítems i un ventall de categories de respondre que va del 1, essent mai, al 6, essent sempre. No està compost d’ítems invertits. Com assenyala Cepeda-Benito et al. (2000) el sumatori de les respostes de tots els ítems

donen la puntuació total, essent les puntuacions altes una major freqüència i intensitat de l'ansia per menjar. També es poden calcular les puntuacions de les subescales.

Demostra ser molt útil no només perquè es considera una de les millors eines per valorar el fenomen de l'ansia per menjar, sinó també, perquè les seves puntuacions s'han relacionat positivament amb l'Índex de Massa Corporal (IMC), la sensibilitat a la recompensa (Franken and Murriss, 2005), les estratègies de control dietètic rígid (Meule et al. 2011), l'obesitat (Vander-Wal et al., 2007), símptomes dels trastorns alimentaris (Cepeda-Benito et al., 2003; Moreno et al. 2008) i símptomes de l'addicció al menjar (Meule i Kübler, 2012) (Citat per Meule, 2020).

Segons aquests autors, van trobar una estructura de nou factors en dues mostres de estudiants universitaris que avaluen:

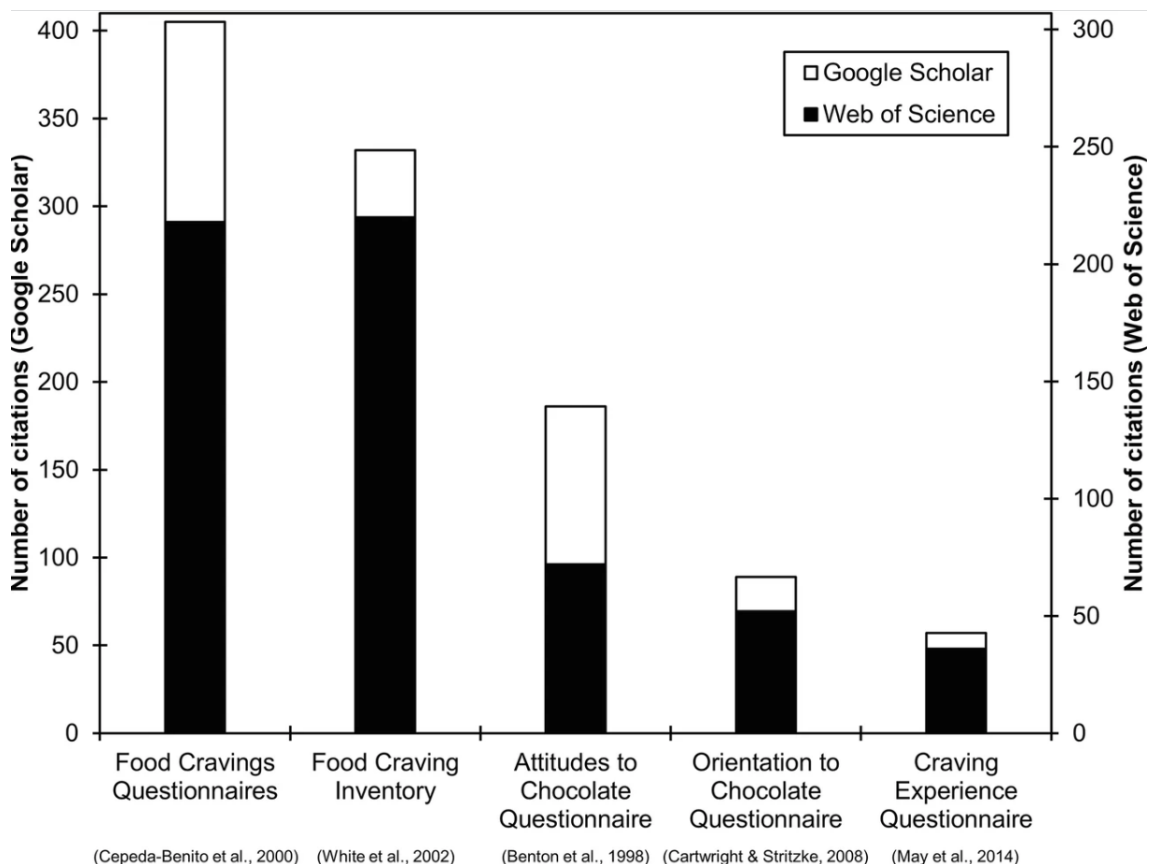
- Tenir intencions o plans per a consumir menjar (ítem 5,18, 23)
- Anticipació del reforçament positiu que pot resultar al menjar (ítem 9, 10, 15, 24, 38)
- Anticipació de l'alleugeriment d'estats o sentiments negatius com a resultat de menjar (ítems 16, 19, 21)
- Falta de control sobre l'alimentació (ítems 2, 3, 22, 25, 26, 29)
- Pensaments i preocupacions pel menjar (ítems 6, 8, 27, 28, 31, 32, 33)
- Ànsia com a estat fisiològic (ítems 11, 12, 13, 14)
- Emocions que es poden experimentar abans o durant l'ansia per menjar o quan s'està menjant (ítems 20, 30, 34 i 39)
- Senyals ambientals que poden desencadenar l'ansia per menjar (ítems 1, 35, 36, 37)
- Culpabilitat de l'ansia/antulls i/o per cedir a aquests (ítems 4, 7, 17).

Les instruccions aconsellades per Cepeda-Benito et al. (1999) que poden donar els professionals de la medicina o la psicologia encarregats del procés d'inclusió al grup de suport poden ser les següents:

A continuació observaràs una llista de comentaris que fan referència a sentiments, pensaments, desitjos, temptacions relacionats amb el menjar.

Si us plau, utilitza els números que millor descriuen el que tu penses o sents en general, tenint en compte que: Mai (1), Rarament (2), Algunes vegades (3), Sovint (4), Gairebé Sempre (5), Sempre (6).

Figura 11. Instruments més citats per avaluar l'ansia per menjar.



Nota: Nombre de citacions de diferents mesures d'autoinforme per avaluar l'ansia per menjar (a partir del juny de 2019). Només es van introduir mesures d'ansia per emnjar amb almenys 50 cites (segons el Google Acadèmic). Extret de Meule (2020).

Al final de les 14 sessions organitzades, es pretén tornar a avaluar l'ansia per menjar per valorar si hi ha hagut una modificació d'aquesta variable després de les intervencions realitzades des del grup de suport. Per portar-ho a terme, haurem d'evitar passar el mateix qüestionari, ja que això podria provocar un biaix de desitjabilitat social, entès com aquell que té lloc quan els participants donen respostes en funció del que es considera més positivament valorat per tal de donar una bona imatge d'ells mateixos (Salusplay, 2022).

És per això que se'ls administrarà un qüestionari alternatiu dels mateixos autors, Cepeda-Benito et al. (2000), que s'anomena "Food Craving Questionnaire State" (FCQ-S) [veure *Annex II*], aquest a diferència de l'anterior mesura la intensitat de l'ansia per menjar del moment. Aquest, gaudeix de 15 ítems amb categories de resposta que van de l'1 al 5 i s'avalua com l'anterior, essent les puntuacions altes representatives d'una concurrent ansia per menjar intensa.

Els autors van trobar una estructura de cinc factors en dues mostres d'universitaris, els quals són:

- Desig intens de menjar (Ítems 1, 2, 3)
- Anticipació del reforç positiu després de menjar (Ítems 4, 5, 6)
- Anticipació de l'alleugeriment d'estats i sentiments negatius com a resultat de menjar (Ítems 7, 8, 9)
- Falta de control sobre el menjar (Ítems 10, 11, 12)
- Ànsia per menjar com un estat fisiològic (ítems 13, 14, 15)

L'avaluació dels participants no només es farà al principi i al final del grup de suport sinó que s'introduirà una avaluació simultània al desenvolupament de les intervencions que perseguirà l'objectiu de supervisar l'adequació i idoneïtat del programa des de la percepció subjectiva dels participants. D'aquesta manera, es podran introduir canvis que s'adaptin a les necessitats que vagin sortint momentàniament sense haver d'esperar al final de les intervencions.

Aquest qüestionari s'enviarà als correus dels participants mitjançant una enquesta del Google Forms i els seus resultats seran revisats pel psicòleg o psicòloga de referència per tal de fer les accions pertinents [veure *Annex 9*]

5. Conclusions i discussió

Com s'ha recollit en el present treball, ens trobem amb gairebé tres vegades més persones amb obesitat que el 1975 (Organització Mundial de la Salut, 2010) i els números no semblen decreïxer. El més lògic davant aquesta malaltia crònica i multifactorial, que molt lluny de curar-se espontàniament s'agreuja amb el temps si no és tractada adequadament, seria que es destinessin molts programes d'intervenció a aquesta i a les seves formes no tan severes com és el sobrepès, però la realitat és diferent.

Davant la saturació dels recursos de la Xarxa de Salut Pública, l'acció terapèutica que demostra un major estalvi de temps i diners és la que es basa en un model biomèdic prescriptiu i simplista que proporciona dietes predeterminades i la recomanació d'exercici físic.

La poca incidència que tenen aquestes intervencions en la modificació d'hàbits porten de manera repetitiva a pèrdues de pes mínimes i el posterior guany, en cap cas a la pèrdua de pes a llarg termini. Un fet que té un gran impacte per les persones que ho pateixen, ja que inicien un cicle de fracassos que repercuteixen sobre la seva autoestima, a vegades abandonant qualsevol intent per millorar el seu estil de vida, de manera que la malaltia va escalant fent-se cada vegada més difícil de tractar.

Més que un problema de voluntat de les persones amb obesitat i sobrepès, es tracta d'un problema en la falta d'adequació de les intervencions. Si el que es vol aconseguir és un canvi d'hàbits s'ha d'adoptar un enfocament des de la disciplina que s'encarrega del comportament humà: la psicologia, i començar a estudiar aquelles variables psicològiques implicades en l'obesitat i el sobrepès.

En aquest treball, se'n recull una de moltes: l'ansia per menjar. Com s'ha vist al llarg del document, aquesta és molt recent i per tant, demana ser estudiada en més profunditat en els posteriors anys per tal de donar resposta a la falta d'intervencions que van específicament dirigides a aquest fenomen així com per descobrir el seu pes específic com a símptoma. Tot i això, el recull bibliogràfic realitzat demostra ser una base consistent d'evidència sobre la gran rellevància clínica que té aquest factor i la importància d'incloure-ho a les intervencions dirigides en el marc de la intervenció a l'obesitat i el

sobrepès i altres trastorns de la conducta alimentària on existeix sobreingesta per tal de facilitar els processos de pèrdua de pes i el seu manteniment a llarg termini.

Alhora, aquest treball representa una de les poques guies clíniques que tracten l'ansia per menjar en un panorama on existeix una manca de protocols d'intervenció en l'obesitat i el sobrepès quan es donen aquest tipus de comportaments.

Per últim, cal destacar que malgrat que aquest treball és definit com un programa d'intervenció, després de la informació recollida, també ha esdevingut un document de conscienciació de la baixa especialització de l'atenció psicològica a l'obesitat i el sobrepès a la Xarxa de Salut Pública de la província de Girona.

6. Orientacions futures

Com a principal orientació futura, seria necessari realitzar aquest programa d'intervenció a través d'una prova pilot i així valorar la seva funcionalitat per tal d'implementar-ho a posteriori.

Encara que no es coneix de manera experiencial quines serien les seves limitacions si es portés a la pràctica, les podem deduir d'acord amb la informació d'altres intervencions que han estat citades en el present treball. En primer lloc, aquest programa d'intervenció podria pecar de ser massa curt pel que fa al nombre de sessions. Com recullen Wadden i Osei (2002), un programa hauria de tenir una duració d'entre 16 a 26 setmanes (Citat per Baile, 2020). Encara que també és veritat que ampliant la seva durada, no podria arribar a tantes persones.

També caldria parar atenció al baix monitoratge del manteniment dels assoliments que es fa des del programa. Malgrat que es pretén compensar amb el material que ofereix el "quadern de treball" i el qüestionari que es passa setmanalment per avaluar les sessions, aquests fets no asseguren un control dels resultats obtinguts. Estudis com el de Devlin et al. han vist que el pes perdut és recuperat al cap de pocs anys de finalitzar el tractament. Aquestes dades conviden a reflexionar sobre que seria important preveure trobades de seguiment a llarg termini per valorar l'impacte de la intervenció i gestionar els possibles entrebancs que es puguin donar.

7. Referències bibliogràfiques

- Abilés, V., Abilés, J., Rodríguez- Ruiz, S., Luna, V., Martín, F., & Gándara, N. F.-S. (2013). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual en la pérdida de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 1109-1114. doi:10.3305/nh.2013.28.4.6536
- Amigo, V. I. (2010). *Ser gordo, sentirse gordo: claves para el control emocional del peso*. Madrid: Pirámide .
- Amigo, V. I., & Fernández, R. C. (2013). El rol del psicólogo clínico en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *Papeles del Psicólogo*, 34(1), 49-56. Obtenido de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2170.pdf>
- Apolzan, W. J., Myers, A. C., Champagne, M. C., Beyl, A. R., Raynor, A. H., Anton, A. S., . . . Martin, K. C. (2017). Frequency of Consuming Foods Predicts Changes in Cravings for Those Foods During Weight Loss:. *Obesity*, 25(8), 1343-1348. doi:10.1002/oby.21895
- Avitia, G. C., Loya, M. Y., Portillo, R. V., Reyes, L. G., & C. J. (2018). Cravings, sugar and fat consumption as determinant factors of obesity in young adults. *Nutrición Hospitalaria*, 35(4), 833-840. doi:<https://dx.doi.org/10.20960/nh.1559>
- Baile, A. J., & González, C. M. (2013). *Intervención psicológica en obesidad* . Madrid: Pirámide.
- Baile, I. J. (2019). ¿Por qué no somos eficaces en el tratamiento de la obesidad? La. *Medicina Clinica*, 152(2), 72-74. doi:10.1016/j.medcli.2018.06.003
- Baile, I. J., González-Calderón, J. M., Palomo, R., & F.M., R.-A. (2020). La intervención psicológica de la obesidad:. *Clínica Contemporánea*, 11(1), 1-14. doi:<https://doi.org/10.5093/cc2020a1>
- Baile, I. J.-C.-A. (2020). La intervención psicológica de la obesidad:. *Clínica Contemporánea*, 11(1), 1-14. doi:<https://doi.org/10.5093/cc2020a1>
- Caixàs, A., Villaró, M., Arraiza, C., Montalvá, J., Lecube, A., Fernández-García, J., . . . Tinahones, F. (2020). Documento de consenso de la Sociedad Española de

Obesidad (SEEDO) y de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) sobre la continuidad asistencial en obesidad entre Atención Primaria y Unidades Especializadas Hospitalarias 2019. *Medicina Clinica*, 155(6), 267.e1-267.e11. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.10.014>

Clear, J. (2018). *Hábitos atómicos (13 edició)*. Barcelona : Diana.

Contreras, R. O., Martín, P. C., Vilar, L. R., & Verdejo, G. A. (2017). Ventral and Dorsal Striatum Networks in *Biological Psychiatry*, 81(9), 789-796. doi:10.1016/j.biopsych.2015.11.020

Davis, C. (2013). From passive overeating to "food addiction": a spectrum of compulsion and severity. *ISRN Obesity*, 2013(15). doi:10.1155/2013/435027

Davis, C. (2013). From Passive Overtaking to “Food Addiction”: A Spectrum of Compulsion and Severity. 15(2013), 435027. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1155/2013/435027>

Davis, C., & Carter, C. J. (2014). If Certain Foods are Addictive, How Might this Change. *Current Addictions Reports*, 1, 89-95. doi:10.1007/s40429-014-0013-z

Domínguez, A. M. (s.f.). La Autocompasión. [Treball de Fi de Grau, Universidad de Jaén](Tauja.). Obtenido de https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/8537/1/Arrebola_Domnguez_Mara_TFG_Psicologa.pdf

Evers, C., Dingemans, A., Junghans, F. A., & Boevé, A. (2018). Feeling bad or feeling good, does emotion affect your consumption of food? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 92, 195-208. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.05.028>

Fabbriatore, M., Imperatori, C., Contardi, A., Tamburello, A., & Innamorati, M. (2013). Food craving is associated with multiple weight loss attempts. *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism*, 6(1), 79-83. doi:10.1007/s12349-012-0115-x

González, S. I. (2004). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de toxicomanías*(41), 27-32.

- Grave, D. R., Centis, E., Marzocchi, R., El Ghoch, M., & Marchesini, G. (2013). Major factors for facilitating change in behavioral strategies to reduce obesity. *Psychology Research and Behavior Management*, 3(6), 101-110. doi:10.2147/PRBM.S40460
- Grave, D. R., Sartirana, M., El Ghoch, M., & Calugi, S. (2017). Personalized multistep cognitive behavioral therapy for obesity. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*, 1(10), 195-206. doi:10.2147/DMSO.S139496
- Grave, D. R., Sartirana, M., El Ghoch, M., & Calugi, S. (2018). *Treating Obesity with Personalized Cognitive Behavioral Therapy*. Cham, Switzerland: Springer .
- Jáuregui, L. I. (2018). Food craving. Aspectos generales y modelo adictivo de la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*(27), 2921-2942. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7114199>
- Lacaille, J., Ly, J., Zacchia, N., Bourkas, S., Glaser, E., & Knäuper, B. (2014). The effects of three mindfulness skills on chocolate cravings. *Appetite*, 76(1), 101-112. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.072>
- López-Villalta, L. M., & Soto, G. A. (2010). Actualización en Obesidad. *Cadena de Atención Primaria*, 17, 101-107. Obtenido de https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/08/vol17_n2_Para_saber_de_01.pdf
- May, J., Andrade, J., Kavanagh, J. D., & Hetherington, M. (2012). Elaborated Intrusion Theory: A Cognitive-Emotional Theory of Food Craving. *Current Obesity Reports*, 1, 114-121.
- Meule, A. (2020). The psychology of food cravings: the role of food deprivation. *Current Nutrition Reports*, 9, 251-257. Obtenido de <https://doi.org/10.1007/s13668-020-00326-0>
- Meule, A. (2020). Twenty Years of the Food Cravings Questionnaires: a Comprehensive Review. *Current Addiction Reports*, 7, 30-43. Obtenido de <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40429-020-00294-z.pdf>
- Meule, A., Westenhöfer, J., & Kübler, A. (2011). Food cravings mediate the relationship between rigid, but not flexible control of. *Appetite*, 57(3), 582-584. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.07.013>


- Meule, A., Westenhöfer, J., & Kübler, A. (2011). Food cravings mediate the relationship between rigid, but not flexible control of eating behaviour and dieting success. *Appetite*, 57(3), 582-584. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.07.013>
- Moffitt, R., Brinkworth, G., Noakes, M., & Mohr, P. (2012). A comparison of cognitive restructuring and cognitive defusion as strategies for resisting a craved food. *Psychology & Health*, 27(2), 74-90. doi:10.1080/08870446.2012.694436
- Moreno, D. S., Rodríguez, R. S., & Fernández-Santaella, M. C. (2008). *¿Qué es el ansia por la comida?*. Madrid: Pirámide .
- Nardone, G. (2009). *La dieta de la paradoja: cómo superar las barreras psicológicas que te impiden adelgazar y estar en forma*. Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud . (novembre de 10 de 2021). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Obesidad y sobrepeso : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Pérez, D. S., & Morillas-Beltrán, A. (2021). Ansia por la comida y alimentación emocional: variables asociadas. *Reidocrea*, 10(37), 1-10. Obtenido de <https://digibug.ugr.es/handle/10481/70951>
- Potenza, N. M., & Grilo, M. C. (2014). How relevant is food craving to obesity and its treatment? *Frontiers in Psychiatry*, 5(164). doi:10.3389/fpsy.2014.00164
- Richard, A., Meule, A., Reichenberger, J., & Blechert, J. (2017). Food cravings in everyday life: An EMA study on snack-related thoughts, cravings, and consumption. *Appetite*, 113, 215-223. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.02.037>
- Rodríguez-Martín, B. C., & Meule, A. (2015). Food craving: new contributions on its assessment, moderators, and consequences. *Frontiers in Psychology*, 6(21). doi:10.3389/fpsyg.2015.00021
- Salusplay. (6 de maig de 2022). *Tema 7. Errores y Sesgos en Investigación*. Obtenido de <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-metodologia-de-la-investigacion/tema-7-errores-y-sesgos-en-investigacion/2>

- Smithson, F. E., & Hill, J. A. (2017). It is not how much you crave but what you do with it that. *European Journal of Clinical Nutrition*, 71(5), 625-630. doi:10.1038/ejcn.2016.235
- Solrig, L., Whalley, B., Kavanagh, J. D., May, J., Parkin, T., Jones, R., & Andrade, J. (2019). Functional imagery training versus motivational interviewing for weight loss: a randomised controlled trial of brief interentions for overweight and obesity. *International Journal of Obesity*, 43(4), 883-894. Obtenido de <https://doi.org/10.1038/s41366-018-0122-1>
- Stapleton, P., Bannatyne, J. A., Urzi, C.-K., Porter, B., & Shledon, T. (2016). Food for Thought: A Randomised Controlled Trial of Emotional Freedom Techniques and Cognitive Behavioural Therapy in the Treatment of Food Craving. *Health and Well-Being*, 8(2), 232-57. doi:10.1111/aphw.12070
- Statistics Explained. (2019). *Overweight and obesity - BMI statistics*. Obtenido de Overweight and obesity - BMI statistics: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Main_Page
- Sun, W., & Kober, H. (2020). Regulating food craving: From mechanisms to interventions. *Physiology & Behavior*, 222, 112878. doi:10.1016/j.physbeh.2020.112878
- Tapper, K. (2018). Mindfulness and craving: effects and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 59, 101-117. doi:10.1016/j.cpr.2017.11.003.
- Vaamonde, G. J., & Álvarez-Món, M. (2020). Obesidad y sobrepeso. *Medicine*, 13(14), 767-76.
- Verzija, L. C., Gius, B., Schlauch, R., & Rancourt, D. (2022). The transdiagnostic role of food craving: An application of substance use models. *Appetite*, 170(1), 105867. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105867>
- Yalom, I., & Vinogradov, S. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.



ANNEX 1

A N N E X 1

A F  O R A

G U I A
C L Í N I C A

Sessió 1

Els nostres hàbits ens creen

Professional: psicòleg/psicòloga

Objectius i fonamentació: “Els nostres hàbits ens creen” és com s’anomena la primera sessió de benvinguda, la qual difereix de les altres per l’estructura, ja que es tracta d’una xerrada introductòria que persegueix diferents objectius:

Objectiu 1: En primer lloc, la sessió pretén donar la benvinguda als participants entregant-los el “Quadern de treball” [veure Annex 2] i presentant els objectius del programa, la seva duració, organització i procediments del tractament amb la intenció que les persones es puguin mentalitzar de quines activitats es portaran a terme i puguin adequar les seves expectatives, ja que aquest últim punt serà molt rellevant per afavorir la seva adherència al programa.

Objectiu 2: El segon objectiu és augmentar la consciència del fet que la majoria dels tractaments de l’obesitat són capaços de produir una pèrdua de pes a curt termini, però que sovint presenten mancances per ajudar a mantenir el pes perdut (Grave et al., 2018), justament perquè no existeix un tractament psicològic ni una modificació dels hàbits. Aquests inconvenients han de servir per definir l’objectiu d’aquest programa: la formació d’hàbits saludables que es puguin mantenir a la llarga i la gestió d’aquells factors psicològics que impossibiliten aquest procés.

En aquesta primera sessió és important emfatitzar el logotip del programa, no només per crear un sentiment d’afiliació i unitat a través d’aquest sinó per recordar el missatge que hi ha al darrere: aquest representa una llavor, un objecte simplista i aparentment poc atractiu que pot evolucionar i créixer per mutar en una flor, que només naixerà a través de la cura constant i el compromís total en el seu procés de germinació. Aquesta metàfora traslladada als participants, parla sobre els requeriments que han de complir cadascú d’ells i assenyala el seu paper agent i protagonista en el procés de pèrdua de pes oferint-los l’oportunitat per adquirir diferents estratègies que els hi seran d’ajuda perquè facin “aflorar la seva llavor” i, per tant, construeixin la seva pròpia vida saludable i consegüentment el seu millor “Jo”. De fet, un dels objectius fonamentals del programa és motivar a les

persones a prendre decisions en el seu dia a dia que maximitzin el seu estat de salut, ja que l'efectuació d'aquestes decisions, segons Bandura, constituïran assoliments que aniran construint la seva autoeficàcia i creant imatges mentals que posteriorment podran ser recordats per augmentar la confiança en el procés (May et al., 2012).

D'aquests fets, neix la importància d'educar en el “fer” des del primer moment del programa, ja que fins ara, segurament hauran recorregut a l'evitació i les autolimitacions: el “deixar de fer”. D'aquesta manera aniran escalant en un procés ascendent d'autosuperació a mesura que facin front a les seves pròpies barreres augmentant així la seva autoestima i autoeficàcia.

En aquest propòsit, se li pot afegir la necessitat de desmitificar el “pes ideal” a través d'una breu xerrada psicoeducativa. Sovint aquesta concepció arrelada a la societat contemporània intervé en els programes de pèrdua de pes, promovent expectatives poc realistes als participants entorn un cos extremadament prim que davant la falta d'assoliment deriva en una gran insatisfacció corporal, un fenomen molt lligat als trastorns de la conducta alimentària.

Per dur a terme aquesta tasca es pot fer servir a Vera (1998) que diferencia el pes en: el “pes ideal”, construït pels estàndards socials, el “pes saludable” que redueix els factors de risc per la salut i el “pes raonable” que seria el que una persona es capaç de mantenir durant almenys un any. L'objectiu d'aquesta activitat és traslladar als participants, com exposa la mateixa autora, que l'objectiu és assolir aconseguir un “pes raonable” que coincideixi a ser possible amb un “pes saludable”. (Citat en Baile i González, 2013).

Aprofitant el concepte de “pes saludable” és important que es torni a subratllar que l'objectiu principal del “Programa Aflora” és desenvolupar una vida saludable, posant en segon pla l'objectiu del canvi en l'aparença física.

Objectiu 3: El tercer objectiu és explicar-los a través del qüestionari que se'ls hi ha administrat amb anterioritat: el “Food Craving Questionnaire-Trait (FCQ-T)”, què és l'ansia per menjar i quines manifestacions té per tal que s'identifiquin amb el fenomen, ja que es dona per suposat que els participants hauran donat resultats que evidencien la presència d'ansia pel menjar. Se'ls deixarà un annex informatiu en el “Quadern de treball” [veure Annex 1 del “Quadern de treball”] perquè

puguin revisar el fenomen. Evidentment, aquesta explicació només pretén posar nom a què els hi passa, que sovint, per falta de coneixement, s'atribueix als famosos “antulls”. Delimitar el fenomen també serà de gran ajuda per les posteriors intervencions.

Objectiu 4: El quart objectiu és que a través del treball proposat sobre la identitat tinguin el seu primer contacte amb els altres membres del grup alhora que treballen en la relació del “fer” i “ser”, un vincle que recull molt bé James Clear (2020) amb la frase: *“La manera más práctica de cambiar quién eres es cambiar lo que haces”*.

Procediment

1. Benvinguda dels participants i presentació dels objectius del programa, la seva duració, organització i procediments del tractament. Explicació dels formularis per avaluar el procés en el grup de suport [veure Annex 9]
2. Psicoeducació de la necessitat de formació d'hàbits saludables a través del logotip i la desmitificació del “pes ideal”.
3. Conceptualització de l'ansia pel menjar [suport informatiu a l'Annex 1 del “Quadern de treball”]
4. **ACTIVITAT. Sesió 1: Els nostres hàbits ens creen [veure Sesió 1 “Quadern de treball”]**
 - ❖ Ronda de presentació lliure per establir el primer contacte amb el grup i observar a través de quines identitats es presenten i identifiquen.
 - ❖ Reflexió sobre la multiplicitat d'identitats de les quals disposem. Proposta d'activitat per escriure el màxim d'identitats amb les quals s'identifiquen i proposta sobre quines identitats necessitarien per menjar saludable, realitzar activitat física i tenir autoconfiança.
 - ❖ Compartir opcional amb el grup i tancar la sessió amb la reflexió que reflecteix la frase de James Clean (2020): *“La manera más práctica de cambiar quién eres es cambiar lo que haces”*.

Sessió 2

La motivació com a motor de progrés

Professional: psicòleg/psicòloga

Objectiu i fonamentació: La segona sessió anomenada “La motivació com a motor de progrés”, pretén treballar amb les motivacions i ambivalències respecte als bons hàbits dels participants per crear una base sòlida i conscient de la seva motivació cap el canvi utilitzant el que decideixen compartir en la dinàmica amb la resta del grup i a través del treball amb el “*Quadern de treball*”.

Se sap que la motivació és determinant pel canvi i la modificació d’hàbits poc saludables així com per promoure el compromís amb el procés. En concret, l’entrevista motivacional s’ha demostrat eficaç per millorar els resultats del trastorn per afartament (Davis i Carter, 2014).

És per això, que esdevé rellevant preguntar-los per les seves motivacions per iniciar un programa de pèrdua de pes acompanyat dels avantatges i inconvenients de dur-ho a terme (Grave et al. , 2017). Per aquest propòsit es pot usar la mateixa entrevista motivacional que servirà, segons Vella-Zarb et al. (2014), per resoldre l’ambivalència que es pot donar davant la intenció de canviar per tal de deixar enrere els “comportaments addictius” (Citat a Davis i Carter, 2014).

És important, a l’hora de fer el tancament insistir en la importància d’adquirir una mentalitat encarada als resultats a llarg termini dirigits a aconseguir un pes saludable i les seves conseqüències favorables psicològiques i físiques d’una vida saludable. Alhora és rellevant incrementar la consciència d’aquells resultats a curt termini derivats de seguir uns bons hàbits que els ajudarà a compensar les experiències desagradables a curt termini com poden ser l’ansia per menjar (Grave et al. , 2017).

Procediment

Mòdul 1. Benvinguda als participants i invitació a compartir aspectes de la seva vida a través de preguntes com: *Què us ha portat aquí? Heu intentat perdre pes anteriorment? Què va passar?*

Mòdul 2. Treball específic sobre la **motivació**.

ACTIVITAT. Sessió 2: La motivació com a motor de progrés [veure Sessió 2 “Quadern de treball”]

- ❖ Implementació entrevista motivacional. Se'ls donarà 10 minuts perquè puguin emplenar al quadern avantatges i inconvenients d'iniciar un estil de vida més saludable.
- ❖ Proposta per compartir els avantatges i inconvenients del fet de posar en marxa el canvi d'estil de vida cap a un de més saludable. Es pot aprofitar per introduir la reflexió que la majoria “d'inconvenients” estan relacionats amb els efectes a curt termini i que els “avantatges” estan més vinculats a aquells resultats a llarg termini.

TASCA: S'animarà als participants a revisar aquesta taula quan ho necessitin i refer-la quan vulguin. Alhora, se'ls comentarà que serà important poder consultar-la en el futur, no només per no perdre de vista les motivacions que van engegant aquesta necessitat de canvi, sinó també per veure com aquestes fluctuen al llarg del procés. Es recorda que en les properes sessions es revisarà de manera grupal.

Mòdul 3. Tancament de l'activitat parlant sobre la mentalitat a curt i a llarg termini i les seves repercussions sobre la conducta alimentària. Aquesta explicació servirà de pretext per introduir que les properes sessions aniran encarades a aprendre a gaudir alimentant-se bé i exercitant-se. En altres paraules, aprendre a gaudir dels efectes a curt termini que en el moment queden emmascarats per l'ansia per menjar, el plaer derivat de menjar aliments altament calòrics i la culpabilitat que ho segueix.

Sessió 3

Adéu a les dietes

Professional: nutricionista/ metge o metgessa de referència.

Objectiu i fonamentació:

Objectiu 1: Aquesta xerrada pretén ser una sessió informativa sobre les pautes nutricionals bàsiques perquè els participants puguin educar-se en les nocions bàsiques de nutrició. La intenció és deixar enrere el model prescriptiu de les dietes i ajudar a la constitució d'una base de coneixement perquè siguin ells mateixos els que s'eduquin. Malgrat que el metge o metgessa de referència o infermer/infermera del Centre d'Atenció Primària o un nutricionista extern pugui estar donant pautes dietètiques, la finalitat de la sessió no és revisar-la ni qüestionar-la, sinó dotar a la persona de responsabilitat i coneixement a través de l'educació per fer-lo capaç de realitzar les seves eleccions diàries saludables.

Objectiu 2: Aquesta xerrada també persegueix l'objectiu de treballar l'ansia pel menjar a través de la normalització de la conducta alimentària en tres àpats centrals i, de dos fins a tres “snacks” que possibilitin l'ensenyament de bons hàbits ordenats i equilibrats, deixant de banda el possible “picoteig” que pot existir entre àpats o bé les restriccions alimentàries rígides que com s'ha puntualitzat amb anterioritat poden despertar l'ansia per menjar (Moreno et al., 2008).

Objectiu 3: Com s'ha destacat al recull bibliogràfic, serà important qüestionar amb els participants la “cultura de la dieta” i les creences que aquesta sosté que redueixen la responsabilitat cap a la pròpia salut de la persona i l'autopercepció de capacitat que tenen aquestes persones per canviar el seu estat (Baile i González, 2013).

El monitoratge de la ingesta no es portarà a terme dins de la teràpia grupal, ja que suposadament aquest servei ja es dona des d'infermeria.

Procediment

1. Benvinguda dels participants

2. Xerrada de les nocions bàsiques de nutrició desmitificant les dietes i subratllant la importància del menjar equilibrat [veure esquema Sessió 3 del “Quadern de treball” sobre la divisió del plat segons l’Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard] així com la rellevància de l’efectuació dels cinc àpats deixant el “picoteig” entre àpats (si era existent).

3. ACTIVITAT: Sessió 3: Adéu a les dietes. [veure Sessió 3 “Quadern de treball”]

- ❖ Es demana als participants que apuntin i que comparteixin de manera opcional el que han ingerit el dia anterior per promoure la reflexió i la mirada crítica dels seus àpats des del coneixement que han rebut a la present sessió. Aquesta activitat no serà reavaluada en el context grupal, però pot ser abordada en les sessions individuals amb infermeria, nutricionistes, metges/metgesses.

4. Tancament de la sessió

Sessió 4

Sóc un/a esportista

Professional: psicòleg o psicòloga de referència

Objectiu i fonamentació: L'objectiu principal d'aquesta sessió anomenada "Ets un/a esportista" és incentivar als participants a realitzar alguna pràctica esportiva o millorar la que estan fent. De la mateixa manera que amb l'alimentació, no es pretén fer una prescripció de la freqüència, de la durada i de l'esport que han de practicar. Més aviat, se'ls motiva a realitzar activitat física de manera lliure fent aflorar la seva motivació intrínseca per tal que obtinguin plaer pel simple fet d'involucrar-se en la pràctica esportiva, ja que això garantirà el manteniment d'aquestes pràctiques. A més a més, segons Fabbriatore (2007), l'adherència a l'exercici físic tendeix a incrementar com menys estructurats són els entrenaments que s'imposen i en major mesura si es redueixen les barreres per exercitar-se com poden ser la falta de temps o els recursos econòmics (Citat a Grave et al. , 2017), el qual conformarà un dels objectius de la sessió.

De nou es farà ús el treball amb factor identitari fent referència al terme "esportista" per desconstruir la paraula i motivar al fet que es puguin identificats com a tals, ja que sovint és concebut per la societat l'obesitat i ser esportista com dos factors incompatibles. Aquesta reflexió permetrà desenvolupar que sovint les seves creences sobre ells mateixos són autolimitants i provoquen l'autosabotatge a l'hora de portar a terme pràctiques que poden ser molt beneficioses per ells.

Segons Teixeira et al. (2006), s'ha observat que influir en la percepció d'autoeficàcia i la motivació intrínseca per fer exercici regularment al principi del programa està relacionat amb bons resultats (Citat a Grave et al., 2013). És per això que de manera indirecta es potenciaran aquestes dues variables a través de les activitats proposades. Pel que fa a l'autoeficàcia es treballarà efectuant un "pla d'implementació", ja que segons Locke i Latham (2002), les persones que tenen un pla específic que determina quan i on realitzaran una activitat és més probable que la portin a terme amb èxit (Citat en Clear, 2020).

Pel que fa a l'assoliment de la motivació intrínseca, la potenciarem informant i anticipant a les persones dels beneficis que els proporcionarà, emfatitzant especialment aquells psicològics perquè puguin augmentar la consciència en aquests.

A través de l'activitat, també es treballaran barreres que es relacionen amb la motivació i l'autoeficàcia percebuda com: una falta d'aprendre a exercitar-se al llarg de la vida, falta de destreses per dur-lo a terme i factors ambientals desfavoridors com falta d'accés a gimnasos, l'alt cost de programes d'entrenament... (Grave et al., 2018), als quals els participants hauran de donar resposta. També, haurem de tenir en compte barreres específiques d'aquelles persones que pateixen obesitat que engloben: baixa condició física i problemàtiques físiques associades, avorriment, falta d'estímuls, mandra, comparacions negatives amb els altres, vergonya associada a exposar el seu cos, limitacions climàtiques i por a fer-se mal o morir-se (Grave et al., 2018). Aquesta dinàmica a més a més, promourà el suport social entre aquestes persones.

Finalment, en aquesta sessió també s'implementarà el monitoratge de l'activitat física a través de l'aplicació Strava, ja que aquest no es fa a cap dispositiu del Centre d'Atenció Primària a diferència del control alimentari. S'usa el monitoratge pel fet que, segons Baker i Kirschenbaum (1993), és un predictor de la pèrdua de pes. A més a més, en aquest cas incrementarà el suport social entorn l'exercici físic que es pot veure mancat si en el nucli familiar no se'n practica (Citat a Grave et al., 2013).

Encara serà millor si a l'aplicació que permet el monitoratge se li afegeix objectius setmanals, ja que s'ha observat que la consecució d'aquests s'associa amb una millor sensació de realització que és autoreforçant i alhora incrementa l'autoeficàcia (Grave et al., 2018), el qual pot ser beneficiós per mantenir l'adherència a l'activitat física.

Cal remarcar que hi haurà persones que ja practiquen exercici físic, en aquest cas s'avaluaran possibles limitacions o dificultats en la pràctica.

Procediment:

Mòdul 1. Benvinguda als participants i revisió de la tasca de l'activitat *“La motivació com a motor de progrés”* i dels avantatges i inconvenients en el canvi cap a una vida més saludable per tal de recollir i tractar les diferents ambivalències que poden sorgir després de realitzar l'activitat

Mòdul 2. Introducció a la importància de fer activitat física conjuntament amb el treball identitari per trencar la vinculació entre obesitat i sedentarisme.

Activitat. Sessió 4: Sóc un/a esportista [veure Sessió 4 “Quadern de treball”]

- ❖ Treball amb l'autoeficàcia a través d'un pla d'implementació.
Proposta als participants per escriure una pluja d'idees d'aquella activitat física que els hi agradaria practicar i les barreres que perceben per practicar-ho.
- ❖ Compartir de manera grupal les barreres per donar i rebre ajuda mútuament a través la recerca de solucions a les barreres que comenten.

Mòdul 3. Tancament de la sessió amb la introducció al monitoratge de l'activitat física a través de la subscripció gratuïta a l'aplicació: Strava, que permet monitorar l'activitat física a través de dispositius mòbils i compartir-ho amb el col·lectiu de l'aplicació [veure Sessió 4 en el “Quadern de Treball” suport informatiu dels passos requerits per subscriure's]

Tasca: Subscriure's a l'aplicació Strava de forma gratuïta.

Sessió 5

Com funciono?

Professional: psicòleg/psicòloga de referència

Objectiu i fonamentació: Després d'haver fet les tres primeres sessions entre les quals s'inicia la consciència en l'alimentació saludable i el monitoratge de l'esport, aquesta sessió pretén posar consciència al fenomen concret de l'ansia per menjar i els factors que l'envolten.

Tornant a recollir la importància de reconèixer-se protagonistes del seu procés, s'emfatitza el gran paper de l'autoconeixença i en concret, de l'anàlisi de com funciona la seva ansia per menjar després d'haver-la introduït en la primera sessió.

Per tal d'augmentar el seu nivell d'autoconeixement i augmentar la seva metacognició, específicament del fenomen de l'ansia pel menjar, en aquesta part de la sessió s'aplicarà l'activitat que recentment, el "Villa Garda Hospital" ha proposat, que consisteix en la confecció d'una representació visual en forma de diagrama dels processos cognitiu-conductuals que dificulten la pèrdua de pes. Aquest permet que la persona sigui conscient que no tot depèn de la seva força de voluntat i que apareixen un seguit de barreres que s'han de treballar. Aquesta activitat, alhora permet detectar els antecedents de l'ansia per menjar i, per tant, diferents variables contextuals que la desencadenen així com les conseqüències positives derivades d'aquesta, que funcionen com a mantenidores del fenomen. També afegeix el paper dels pensaments que es tenen mentre es viu aquesta ansia per menjar, els quals constitueixen una bona base per començar a treballar a través de la teràpia cognitiu conductual en posteriors sessions. Posar consciència en aquells patrons de conducta repetitius que envolten l'ansia per menjar serà molt profitós per poder encarar les properes intervencions a ensenyar estratègies específiques per abordar les problemàtiques en l'adherència a la dieta de manera individualitzada i redirigir el tractament grupal a aquells punts compartits. (Grave et al., 2013).

Aprofitant l'esquema, se'ls pot fer psicoeducació a través del llenguatge adaptat al seu nivell educatiu sobre el condicionament clàssic donant sentit al motiu pel qual les

conductes problemàtiques, malgrat constituir un problema i un enorme malestar, es mantenen per les conseqüències positives que aquestes comporten.

La primera activitat serveix perquè a través de la col·laboració del psicòleg o psicòloga aprenguin a explorar els antecedents i les conseqüències així com els pensaments associats a l'últim episodi que identifiquen d'ansia per menjar i perquè pugui ser compartit grupalment per trobar similituds. Alhora pretén familiaritzar-los amb la tasca que s'adjudicarà de portar un registre cognitiu-conductual [veure *“Full de treball” del “Quadern de treball”*] cada cop que visquin l'ansia per menjar. Aquesta ja és una tasca més elaborada que persegueix l'objectiu que delimitin més detalladament els fenòmens a priori i a posteriori així com els pensaments de l'ansia per poder abordar-los en posteriors sessions.

Procediment:

Mòdul 1. Benvinguda als participants i revisió de la posada en marxa de l'aplicació de l'Strava i compartir grupal de les repercussions que ha tingut en la seva implicació amb l'activitat física. Recull d'obstacles en relació amb l'activitat física i l'alimentació per abordar-les de manera grupal.

Mòdul 2. Xerrada psicoeducativa sobre l'esquema com funciona? [veure sessió 5 *“Quadern de treball”*]

ACTIVITAT. Sessió 5: com funciona [veure Sessió 4 *“Quadern de treball”*]

- ❖ Treball amb l'anterior vivència d'ansia per menjar per detectar què va passar abans d'experimentar ansia per menjar i què va passar després d'haver satisfet l'ansia per menjar així com els pensaments associats.
- ❖ Compartir amb el grup l'activitat l'últim episodi d'ansia per menjar.

Mòdul 3. Tancament de la sessió amb la introducció del *“Full de Treball”* i explicació del seu funcionament.

Tasca: omplir autoregistre del “Full de Treball” [Veure final del Quadern de treball], a mesura que vagin prenent consciència poden omplir el seu propi esquema de funcionament [Veure Sessió 5: com funciona al “Quadern de Treball”].

A partir de l'elaboració de l'esquema de “com funciona” i el “Full de Treball”, es començarà a dedicar cada sessió seguint l'ordre dels elements esmentats a l'esquema [veure a continuació “intervencions”] que envolten el fenomen de l'ansia per menjar oferint estratègies per cada un dels factors implicats des dels més enfocats a l'entorn, de caràcter extern, per arribar als més cognitius i interns. Així mateix, serà un forma de recollir l'autoregistre cognitiu del “Full de Treball” que aniran omplint oferint-los feedback.



Sessió 6

Prohibit prohibir

Professional: psicòleg/psicòloga de referència

Objectiu i fonamentació: Després d’haver construït l’esquema sobre els processos cognitius i conductuals que dificulten la pèrdua de pes, ens trobarem que existeixen uns estímuls alimentaris presents a l’ambient que desperten l’incapacitat per reduir o aturar la ingesta malgrat que existeixi un gran desig per parar-ho. Segons Volkow i Wise (2005), la presència i el consum d’aliments altament processats i gustosos promouen un “efecte priming” que desencadena una sobreingesta en la població vulnerable (Citat a Davis i Carter, 2014).

Així doncs, l’objectiu de la sessió “prohibit prohibir” és posar consciència dels estímuls alimentaris que desencadenen l’ànsia per menjar, per tal de dotar d’estratègies per reduir o per gestionar l’exposició ambiental excessiva a estímuls alimentaris de menjar calòric altament apetitós. Aquest control, segons Moreno et al., 2008, es pot efectuar a través de les següents estratègies:

- Estructurar els menjars per evitar una alimentació descontrolada que afavoreixi l’ànsia pel menjar, el qual ja s’ha portat a terme a la Sessió 3: “Adéu a les dietes”.
- **Eliminar el concepte d’aliment prohibit.**

És conegut que unes de les variables psicològiques que influencien més en el fracàs del seguiment de les pautes alimentàries i que tenen un gran impacte en l’ànsia pel menjar són la restricció rígida i la prohibició d’aliments. Treballar aquestes variables així com en altres factors psicològics s’han trobat més associats amb l’assoliment del maneig del pes en major mesura que els efectes de la sacietat o les característiques de la dieta, segons Karhunen et al. (1997) (citada en Grave et al., 2013).

És per això que es dedicarà la sessió especialment en treballar les formes de restricció rígida autoimposades a través de la identificació d’aquells aliments que les persones s’autoprobeixen, per tal d’introduir-los a la seva dieta, ja que se sap que la millor manera de no desitjar intensament un aliment és consumir-lo de forma ocasional.

- **Limitar l'accés a aliments susceptibles de ser menjats durant l'ansia per menjar i modificar com es compra el menjar, com es guarda, com es prepara i la gestió de les trobades socials.**

Tenint en compte, com s'ha vist durant el recull bibliogràfic, que l'ansia pel menjar està tan influenciada per factors contextuals, serà convenient recórrer al control estimular i intentar gestionar aquests tipus d'aliments i així evitar l'inici de "l'efecte priming" abans esmentat (Davis i Carter, 2014). Per oferir estratègies encarades a aquesta finalitat no s'invertirà temps en l'exposició teòrica sinó que s'oferirà un seguit d'estratègies que poden trobar a l'Annex 2 del "Quadern de treball".

Procediment

Mòdul 1. Benvinguda als participants i informació sobre la importància de l'activitat "prohibit, prohibir".

Mòdul 2. Explicació del vincle entre restricció rígida i prohibició alimentària, l'ansia per menjar i la possible ingesta compulsiva/afartament.

ACTIVITAT. Sessió 6: prohibit prohibir [veure Sessió 6 "Quadern de treball"]

- ❖ Es proposa anotar als participants aquells aliments que tinguin autoprohibits o bé se'ls hagin vetat des de fora (familiars, professionals de la salut...) i se'ls convida a compartir-ho amb la resta del grup. A través de la dinàmica es convida a fer conscients de l'efecte que té aquesta restricció en l'ansia per menjar i els afartaments que poden seguir-la.

Mòdul 3. Tancament amb la presentació de la següent sessió destinada al menjar conscient i la gana emocional.

TASCA: Proposta per posar en pràctica el seguit d'estratègies de l'Annex 2 i portar un aliment autoprohibit a la següent sessió.

En l'anterior sessió hem fet servir el control estimular més enfocat a aquells elements de l'ambient, però també hem de dotar a la persona d'altres estratègies internes perquè pugui fer front a situacions on estigui exposat a aquesta classe d'estímul. És per això que les següents sessions aniran dirigides a la gestió de variables internes de l'individu que impulsen l'ansia per menjar.



Sessió 7

Mindfulness: menjar conscientment

Professional: psicòleg/psicòloga de referència

Objectius i fonamentació:

Objectiu 1: En aquesta sessió anomenada “Mindfulness: menjar conscientment”, un dels objectius principals és introduir algunes pràctiques de Mindfulness, ja que Marlatt (2003) va proposar aquesta tècnica per controlar l’ansia per consumir basant-se en la connexió amb la perspectiva Budista, que entén l’ansia per consumir com un dels orígens del patiment humà que s’origina davant la intenció de prologar l’experiència plaent i evitar una experiència desplaent. Un fet que incrementa les cognicions relacionades amb l’ansia per consumir que deixen a l’individu en un estat de patiment com descriuen Grabovac et al. (2011) (Citat a Lacaille, et al., 2014).

La pràctica del Mindfulness involucra el continu monitoratge de les experiències momentànies d’un mateix i, per tant, permet deslligar-se del propi desig de perseguir experiències plaents o evitar experiències desplaents a través de deixar que vinguin i marxin sense ser jutjades i comprendre-les com unes experiències que no pertanyen a la persona (Lacaille, et al., 2014).

Lacaille, et al. (2014), proposen tres estratègies per fer front a l’ansia per menjar que engloben:

1. La consciència que permet manejar l’ansia per menjar. La qual s’ha treballat prèviament a la “Sessió 1” amb la conceptualització i identificació del fenomen.
2. **L’acceptació** que facilita la capacitat d’abstenir-se de la necessitat de controlar i jutjar aquestes experiències.
3. **La desidentificació** que possibilita separar-se a un mateix dels pensaments sobre l’ansia pel menjar.

Així doncs, es tracta de deixar que les intrusions passin però ensenyant a les persones a respondre a elles adequadament. Per aquest objectiu se’ls pot donar

informació a les persones que si no responen comportamentalment als pensaments espontanis, poden aprendre a acceptar-los i deixar-los passar. Segons Forman et al. (2007) aquest tipus d'intervencions han demostrat ser efectives en el maneig de l'ansia per menjar i el manteniment de la pèrdua de pes (Citat a May et al., 2012). Per facilitar que els participants puguin repetir la pràctica del Mindfulness a casa seva se'ls hi ofereix un suport informatiu [*veure sessió 7 del "Quadern de treball"*]

Objectiu 2: El segon objectiu pretén implementar el Mindfulness durant la ingesta, tenint especial en compte la focalització en l'experiència a través dels inputs sensorials en comptes de centrar-se en processos cognitius secundaris, de manera que persegueix menjar de manera conscient i afavorint l'autoobservació mentre s'ingereix un aliment autoprohibit. Es pot educar a les persones a menjar a poc a poc i gaudir de la textura, olor, colors i gusts dels aliments a menjar deixant passar i acceptant els pensaments que li generen aquest consum.

S'aprofitarà aquesta sessió per potenciar la percepció de gana i sacietat reconeixent senyals corporals per regular la seva ingesta de manera més natural (Grave et al., 2018) i es facilitarà un resum que dona eines per discernir la gana emocional de la gana real [*veure Sessió 7 del "Quadern de treball"*].

Objectiu 3: Per últim, s'ensenyarà l'estratègia proposada per Jansen de l'exposició al senyal amb prevenció de resposta perquè practiquin a casa, també molt usada en el tractament d'abús de substàncies que consisteix en l'exposició repetida dels estímuls alimentaris condicionats i en la prevenció de la resposta, de manera que es desapareix l'associació formada entre els estímuls condicionats (menjar) i la resposta d'ingesta, eliminant l'ansia per menjar. En resum, l'acció terapèutica seria exposar-se a aquells estímuls que desencadenen aquest fenomen impedit la ingesta d'aliments i extingint la resposta. Per facilitar les instruccions, podem recórrer a la indicació de retardar la ingesta compulsiva impulsada per l'ansia per menjar durant 5 minuts, una estratègia que ens fa pensar en la Teràpia Breu Estratègica de Nardone.

Procediment

Mòdul 1: Benvinguda als participants i introducció de la tècnica general del Mindfulness. Explicació de l'acceptació i desidentificació adaptat al llenguatge col·loquial.

Mòdul 2: Menjar l'aliment prohibit atenent els inputs sensorials i deixant passar els pensaments espontanis. Compartir grupal de l'experiència sobre el "com m'he sentit i què he pensat?".

Mòdul 3: Tancament amb la utilitat del menjar conscient per identificar la gana emocional i la gana fisiològica i introducció a la posposició de la ingesta durant 5 minuts com una eina afegida per posposar la ingesta compulsiva conjuntament amb la realització de l'autoregistre cognitiu-conductual [veure "Full de Treball" del "Quadern de Treball"].

TASCA: Visualitzar Annex 3 davant la identificació de la gana i seguir els passos:

- *Practicar Mindfulness i seguidament identificar els tipus de gana a través dels suports informatius.*
- *Aturar la ingesta posposant-la 5 minuts mentre es va emplenant el "Full de Treball".*
- *Posar en pràctica el menjar conscient en els àpats sobretot quan ingereixin aliments autoprohibits.*

Sessió 8: Som el que sentim

Professional: psicòleg/psicòloga de referència

Objectius i fonamentació:

El principal objectiu d'aquesta sessió és dotar a les persones d'estratègies de gestió emocional.

Segons Gearhart et al., (2012) les persones que presenten trastorn per afartament i addicció al menjar mostren nivells més alts de depressió i desregulació emocional que aquells que només mostren trastorn per afartament. De manera que sembla que l'addicció al menjar provoca episodis més freqüents i severos d'ingesta compulsiva, ànsia per menjar, consum de menjar impulsat per les emocions, trets de personalitat addictes i comportaments impulsius. Aquest consum incentivat pels estats emocionals, segons Berg et al. (2014), es dona pels efectes gratificants dels aliments altament gustosos que semblen incrementar momentàniament els sentiments o sensacions positives i reduir aquelles més negatives (Citat a Davis i Carter, 2014).

Específicament, Greeno i Wing (1994) han destacat l'important paper de l'estrès en la sobreingesta. Segons Wallis i Hetherington (2004), l'estrès produeix sobreingestes especialment a aquelles persones que mengen emocionalment, dirigint la seva elecció d'aliments cap a aquells alts en greixos o alts en salt (May et al., 2012).

Els estats d'ànim més relacionats amb l'alimentació emocional són: l'estrès, l'avorriment, la depressió, la frustració, la ira i l'ansietat (Moreno et al. 2009).

Aquests mateixos estats d'ànim negatius en combinació amb l'ànsia per menjar redueixen l'habilitat de les persones amb obesitat per resistir-se a l'impuls de menjar aliments altament calòrics, donant lloc a un increment de la ingesta (Davis i Carter, 2014).

Per tots els motius esmentats, és crucial introduir en el tractament les habilitats de regulació emocional i especialment destacar el paper de l'estrès i els estressors (Davis i Carter, 2014).

En la present activitat, es posarà gran èmfasi en la necessitat d'augmentar la claredat emocional. Ja que s'ha trobat que aquesta és menor en individus amb trastorn per

afartament, uns subjectes que guarden moltes similituds amb les persones que presenten ànsia per menjar. A més a més, Larsen, Van Strien, Eisinga i Engels (2006), també van descobrir que les persones amb obesitat presentaven una menor claredat de les emocions que es relacionava amb més alimentació emocional (Citat a Moon i Berenbaum, 2009)

Procediment

Mòdul 1: Benvinguda als participants i psicoeducació sobre la implicació que tenen els estats emocionals sobre l'ansia per menjar a través del suport informatiu de la sessió 8 [veure sessió 8 "Quadern de treball"]. Revisió dels "Fulls de treball" per veure si associen els episodis d'ansia per menjar amb algunes emocions en concret. Compartir amb el grup voluntàriament les emocions viscudes i la situació prèvia que la va desencadenar en una ocasió durant la darrera setmana

Mòdul 2: Practica de Mindfulness per escoltar les emocions concurrents.

ACTIVITAT. Sessió 8: Som el que sentim [veure sessió 8 "Quadern de Treball"].

- ❖ Escoltar el to emocional del moment per tal d'etiquetar l'emoció i fer una representació gràfica d'aquesta en el "Quadern de treball". Explicació dels dibuixos entre els participants del grup i el motiu pel qual han decidit fer aquell dibuix.

Mòdul 3: Tancament amb la proposta d'autoobservar-se emocionalment quan presentin ànsia per menjar.

TASCA: Continuar emplenant el "Full de treball" prenent consciència de l'estat emocional.

Sessió 9: Desitgem perquè imaginem

Professional: psicòleg/psicòloga de referència

Objectius i fonamentació:

L'objectiu d'aquesta sessió consisteix en irrompre l'inici del menjar compulsiu a través d'estratègies que permetin inhibir la urgència de menjar tot i la presència d'ansia per menjar (Davis i Carter, 2014).

Per realitzar aquesta intervenció, hem de tenir en ment la “teoria de la intrusió elaborada del desig” exposada al llarg del treball. Segons Kavanagh et al. (2005), aquesta descriu l'experiència conscient de l'ansia per menjar com un cicle d'elaboració mental que sorgeix per un pensament intrusiu inicial. Segons aquesta, la presència de senyals cognitives, emocionals i fisiològiques associades amb el menjar pot desencadenar imatges i pensaments intrusius. Com que aquests pensaments són, almenys a l'inici, plaents, l'individu es veu motivat a elaborar cognicions i crear imatges mentals per mantenir-los. Si la imaginació es fa càrrec de la cadena de pensament del individu, pot arribar a dominar la seva experiència, de manera que si el desig no és satisfet, l'experiència esdevé desagradable. Així doncs, la persona optarà per trencar el cicle a través de la satisfacció del seu desig o abandonant-lo cognitivament a través de la distracció o la redirecció del pensament (May et al., 2012).

És per aquesta raó que per interferir en l'ansia per menjar serà necessari aplicar tècniques que competeixin amb la imaginació relacionada amb l'ansia per menjar dins la memòria de treball (Citat en Solrig, et al., 2019).

Per aconseguir-ho es pot emprar estratègies centrades en la imaginació. Segons l'estudi de Hamilton et al. (2003), existeix evidència que una breu intervenció d'imaginació guiada dissenyada per aturar l'elaboració de pensaments sobre el menjar involuntaris redueix l'ansia per menjar (Citat en Davis i Carter, 2014), ja que s'ha demostrat que la única variable que prediu la intensitat de l'ansia per consumir és com de vives són les imatges mentals sobre el menjar (May et al., 2012).

Una intervenció concreta plantejada per David i Carter (2014) és l'ús de la imaginació guiada per incrementar la consciència de les conseqüències negatives que es desenvoluparan si es fa un consum problemàtic del menjar. En aquesta proposta se li pot afegir una altra estratègia cognitiva-conductual que han emprat diversos autors com Carroll i Fairburn et al. (2001) pel tractament de les addiccions, trastorns alimentaris i obesitat que està basat en el pensament projectat cap el futur i per tant, el “Pensament futur episòdic” que involucra la memòria episòdica per simular més viscadament esdeveniments futurs. Aquest, s’ha demostrat eficaç per reduir el consum calòric en estudis com el de Dassen et al. (2016) (Citat en Sun i Kober, 2020)

Malgrat que alguns participants els resultarà més beneficiós pensar en les conseqüències negatives, és comprensible que existeixin persones que prefereixin recórrer a un entrenament en imaginació funcional que es basi en les conseqüències positives que tindrà una bona decisió. Aquesta tècnica també està basada en la “teoria de la intrusió elaborada del desig” que segons Kavanagh et al. (2005) aprofita la imaginació mental per millorar l’autoeficàcia pel canvi (Citat en Solrig, et al., 2019).

Procediment

Mòdul 1. Benvinguda i exposició de la implicació que té la imaginació en el desig de consumir que conforma la base de l’ansia pel menjar amb el suport informatiu de la sessió 9 [veure sessió 9 “*Quadern de treball*”]. Pràctica d’imaginació.

Mòdul 2. Dissenyar l’estratègia personalitzada d’imaginació guiada.

ACTIVITAT: Sessió 9: Desitgem perquè imaginem [veure Sessió 9 “*Quadern de treball*”]

- ❖ Llistat de conseqüències problemàtiques que tindrà un consum excessiu de menjar i llistat de conseqüències positives que tindrà abstenir-se del consum problemàtic. Compartir amb el grup.

Mòdul 3. Tancament de la sessió amb la proposta d’intervenció d’imaginació guiada.

Les sessions a continuació se centren en els **pensaments problemàtics** que es donen abans, després i en el moment de l'ansia per menjar i que tenen un impacte negatiu en la persona, ja que afavoreixen en el manteniment o aparició d'aquesta variable.

Per treballar aquesta farem ús de la reestructuració cognitiva, pel fet que és una tècnica molt emprada pels comportaments alimentaris. Aquesta, segons Ellis (2009), és un procés de solució de problemes en el qual la persona identifica aquelles cognicions desadaptatives que perpetuen el comportament problemàtic per tal de substituir-les per patrons de pensament més adequats (Citat a May et al., 2012).

En aquests, segons Wadden i Butryn (2003), podem trobar-nos, entre d'altres, pensaments negatius respecte als fracassos previs que redueixen la creença de ser capaços de controlar el pes així com pensaments d'autocrítica com a resposta de la ingesta inadequada o l'increment de pes. A través de la Teràpia Cognitiva de Beck podem treballar els trastorns emocionals a partir de les distorsions cognitives derivades de pensaments automàtics inadequats. Alguns que podem treballar, ja que s'han trobat associats a l'obesitat són (Citat en Baile i González, 2013):

- La inferència arbitrària: obtenir conclusions que no són conseqüència de les evidències objectives.
- El perfeccionisme: considerar que les accions s'han de realitzar de manera perfecta.
- Personalització: relacionar els esdeveniments de l'ambient amb un mateix.

També es pot emprar la Teràpia Racional Emotiva d'Ellis i Driden (1987), en la qual es discuteixen de manera activa i directa totes les creences irracionals que pertorben a les persones per patir ansia per menjar. Entre elles podem trobar distorsions cognitives com (González, 2004):

- Extrapolar: “tot o res, no he de sentir res l'ansia per menjar perquè si no significa que el tractament no funciona”.
- Endevinar el pensament dels altres: “tots pensen que sóc una gorda”.
- Prediccions negatives: “no aconseguiré fer la dieta”.
- Accentuar el negatiu: “tot em surt malament”.
- Negligència i desqualificació davant el negatiu: “si m'ha felicitat és perquè vol alguna cosa de mi”.

- *Minimització del positiu i amplificació del negatiu: “que estigui a dieta està molt bé, però he estat menjant malament durant anys”.*
- *Sentiment de perfeccionisme: “hauria d’haver menjat millor l’últim àpat” .*

Els objectius de les següents sessions que tracten específicament la culpabilitat i l’autoestima són:

Objectius:

1. *Aprendre a reconèixer i identificar els pensaments desadaptatius que impulsen la culpabilitat i la baixa autoestima.*
2. *Desafiar i canviar aquests pensaments.*
3. *Substituir aquests pensaments per uns de més adaptatius.*

Procediment

Per fer-ho es pot fer ús de la tècnica de comprovació de la realitat, la tècnica de reatribució, la tècnica de la “fletxa descendent”, desafiant els pensaments de manera empírica i realista (buscar evidències), utilitzant la disputa lògica i desenvolupant pensaments funcionals alternatius.

Sessió 10: La culpabilitat

Professional: psicòleg/psicòloga de referència

Objectius i fonamentació:

L'objectiu d'aquesta sessió consisteix a aturar el cicle que normalment apareix quan la persona trenca alguna norma que s'ha autoimposat a l'hora de restringir certs aliments i que dona lloc a l'ànsia per menjar i una ingesta compulsiva que condueix a sentiments de gran culpabilitat i vergonya que promouen tornar a caure en aquesta roda. Aquest és un cicle molt influenciat pel "fenomen de tot o res" tractat en la sessió 3, en el qual la persona no sap trobar un punt intermedi en el qual es podria permetre menjar una gran varietat d'aliments i cau en la dicotomia de fer dieta o bé deixar-se portar pel consum d'aliments altament calòrics. Aquest fenomen està molt relacionat amb el perfeccionisme i amb l'autocrítica. És per això que dins la sessió s'introdueix la tècnica de la fletxa descendent per recollir les idees nuclears que donen peu a la culpabilitat. D'aquesta manera la persona pren consciència del motiu pel qual es genera aquesta culpabilitat i la pot acceptar a través de l'autocompassió.

Segons Goss i Allan (2010), s'ha observat que l'autocompassió actua sobre l'autocrítica i la vergonya. Tenint en compte, com han observat Duarte, Pinto-Gouveia i Ferreira (2014), que les persones que tenen afartaments, presenten alts nivells de vergonya i autocrítica, serà profitós encarar aquesta sessió a treballar aquesta variable (Citat a Arrebola, 2018)

Procediment

Mòdul 1. Benvinguda i exposició del cicle restricció que dona lloc a l'afartament i la culpa així com de la importància de trencar-lo a través de l'autocompassió amb ajuda del suport informatiu de la sessió 10 [veure Sessió 10 "Quadern de treball"]

Mòdul 2. Gestió de la culpabilitat

ACTIVITAT. Sessió 10: la culpabilitat [veure Sessió 10 "Quadern de treball"]

- ❖ Activitat de la fletxa descendent per trobar idees nuclears. Compartir episodi de culpa o vergonya de l'última setmana. Promoure l'autocompassió col·lectiva perquè se la puguin autoaplicar a ells mateixos.

Mòdul 3. Tancament de la sessió amb la proposta de practicar l'autocompassió quan aparegui la culpa.



Sessió 11: Em cuido perquè m'estimo

Professional: psicòleg/psicòloga de referència

Objectius i fonamentació:

Acceptar el propi cos pot ser un element que porti a l'èxit del programa. És per això que l'objectiu d'aquesta sessió consisteix a tractar la insatisfacció corporal i promoure l'autoestima. El problema que poden presentar els i les participants amb la seva autoimatge no està en el pes, que és només un número i no determina la vàlua d'una persona, sinó amb la seva opinió subjectiva que tenen de la seva aparença física. És per això que perdre pes no solucionarà el seu problema, s'ha de treballar les idees distorsionades que tenen d'ells mateixos. A través d'aquesta explicació també se'ls incentiva durant la xerrada de benvinguda a no esperar a pesar un determinat pes per fer el que volen fer: maquillar-se, vestir-se amb roba que els hi agradi (Grave et al., 2018) i se'ls encoratja a comportar-se de les maneres que combatin les seves actituds negatives, per exemple, involucrant-se en activitats que els faci vergonya.

Per treballar aquesta variable es pot fer ús de la Teràpia d'Acceptació i Compromís que van emprar Hayes i Strosahl (2004). En aquesta s'exposa que la frustració i la ràbia pel desig de perdre pes i no aconseguir-ho genera més malestar i patiment i que, per tant, és més útil obrir-se a les fonts de malestar i aprendre a viure amb elles, prenent consciència que l'autorebuig només agreuja els problemes i que independentment del seu pes, les emocions negatives i la poca autoestima que mostren només intensifiquen els seus sentiments de sentir-se grassos i lletjos, a més a més, de tenir un impacte en el fenomen de l'ansia per menjar.

També serà bo treballar enfortint els valors personals per deslliurar-se de la preocupació contínua cap el cos (Amigo i Fernández, 2013) així com expandir la definició d'ells mateixos i la seva vàlua per tal de reduir la importància que li han donat al seu cos i pes. Per potenciar-ho, proposarem una activitat perquè explorin les seves qualitats i realitzarem una dinàmica grupal perquè rebin una visió externa positiva de la resta dels companys i companyes.

Procediment

Mòdul 1. Benvinguda amb l'explicació de la importància de les creences desadaptatives i els pensaments autocrítics sobre l'autocura.

Mòdul 2. Dinàmica grupal en la qual escriuran individualment i de manera anònima una cosa que els hi agradi d'ells mateixos i una que els hi agradaria canviar. Després es col·locaran els papers en un piló i es barrejaran. Cada participant ha de treure un paper seguint amb l'anonimat i llegir-la en veu alta per posteriorment compartir el que els suscita cada comentari.

Mòdul 3. Tancament de la sessió amb la proposta de cuidar-se i mirar-se amb bons ulls així com de combatre les idees racionals a través de comportaments que es contraposin a les creences.

TASCA: Dur a terme una llista amb les qualitats positives d'un mateix [veure Sessió 11 "Quadern de treball"] i registrar creences disfuncionals i pensaments autocrítics cap a un mateix a través de la plantilla de la Sessió 11 [veure Sessió 11 "Quadern de treball"].

Sessió 12: La decisió d'actuar

Professional: psicòleg/psicòloga de referència

Objectius i fonamentació:

En aquesta sessió es pretén ensenyar l'estratègia de solució de problemes proactiva per tal que els participants puguin aprendre a manejar futures situacions problemàtiques a través de l'anàlisi de les diverses solucions per tal de prendre una decisió funcional i beneficiosa davant l'impuls de l'ànsia per menjar.

L'ànsia per menjar es manté perquè es veu reforçada per les conseqüències positives que aporta. Si s'aconsegueix trobar alternatives més adaptatives a aquesta conducta que proporcionin també conseqüències agradables no disfuncionals, estarem interrompent el funcionament del fenomen.

Tenint en compte tot l'autoexamen que han fet al llarg el programa sobre el seu fenomen de l'ànsia per menjar, s'entén que ja tenen un nivell de consciència suficientment bo de la problemàtica i es pot demanar-los que construeixin una cadena conductual dels seus episodis d'ànsia per menjar. Les cadenes conductuals consisteixen en la realització de diverses conductes que es realitzen temporalment una rere d'una altra, essent cada una conseqüència de l'anterior. Aquesta podria ser:

Anar a comprar amb gana → comprar galetes molt calòriques i xocolata → enfadar-se amb l'amiga → menjar-se tot el paquet de galetes i mitja barra de xocolata (ànsia per menjar)

El fet de descompondre el comportament en una cadena conductual permetrà identificar on i com intervenir en les conductes concretes (Baile i González, 2013). A més a més, pot servir per identificar situacions futures d'alt risc i dissenyar estratègies amb antelació per saber com afrontar-les quan tinguin lloc.

Procediment

Mòdul 1. Benvinguda i explicació de la tècnica de resolució de problemes adaptada a un nivell que sigui adequat pels participants amb el suport informatiu de la Sessió 12 [veure sessió 12 “quadern de treball”]

Mòdul 2. Aplicació de les cadenes conductuals adaptat

ACTIVITAT. Sessió 12: la decisió d’actuar [veure sessió 12 “Quadern de treball”]

- ❖ Construcció d’una cadena conductual d’un episodi d’ansia per menjar i discussió grupal de quines solucions hi podrien aplicar per tal de posar a prova la resolució de problemes.

Mòdul 3. Tancament de la sessió amb la proposta de practicar la resolució de problemes.

TASCA: *Aplicar la resolució de problemes a través de la plantilla proposada a l’Annex 4 del “Quadern de treball”.*

Sessió 13: I després del programa què?

Professional: psicòleg/psicòloga de referència

Objectius i fonamentació:

Una revisió d'Ohsiek i Williams, recentment ha enumerat els factors psicològics que s'associen al poc manteniment de la pèrdua de pes i a les recaigudes (Grave et al., 2013).

- Expectatives poc realistes de pèrdua de pes
- Fracàs en aconseguir els objectius de pèrdua de pes
- Estil de pensament dicotòmic
- Menjar per regular l'estat d'ànim
- Desinhibició i restricció dietètica
- El balanç entre el cost i els beneficis de seguir amb la dieta
- La depressió
- La imatge corporal

Tots aquests punts han estat tractats al llarg del programa i queden recollits en el quadern per tal de fer el coneixement adquirit accessible pels participants.

Recollint les recomanacions del programa de Grave et al. (2017), com a últim recurs del programa es pot educar a les persones a identificar i actuar en resposta els signes de caiguda i recaiguda (canvis en el menjar i en els hàbits d'exercici físic) per tornar a implementar un pla d'intervenció.

En aquesta sessió és important posar èmfasi al fet que l'actitud que adoptin en qualsevol passa enrere serà determinant per les conseqüències que tindrà, de manera que sempre serà més important com es respongui al que es considera com error, que "l'error" en si mateix. Segons Grave et al. (2017) es recomana veure aquests contratemps no com a recaigudes, ja que aquesta actitud predisposa, segons Marlatt i George (1984), a tornar a guanyar el pes perdut, sinó com entrebanc pel qual ja han estat entrenats, el qual afavorirà la seva resolució de manera més eficaç.

Procediment

Mòdul 1. Benvinguda i explicació de la diferència entre una caiguda i una recaiguda a través del suport informatiu de la Sessió 13 del “Quadern de treball” per atenuar la sensació de fracàs.

Mòdul 2. Dinàmica grupal sobre les situacions escrites a la plantilla de la sessió 13 del “Quadern de treball” que els participants han considerat que podrien ocasionar caigudes per tal de compartir les situacions de risc.

ACTIVITAT. Sessió 13: I després del programa què? [veure sessió 13 “Quadern de treball”]

- ❖ Realitzar una llista de situacions que poden originar una caiguda.

Mòdul 3. Tancament de la sessió amb la filosofia que hi ha darrere la frase: *“Cuando das una nota incorrecta, es la nota siguiente la que la hace buena o mala”* de Miles Davis i anticipació del final del tancament del grup de suport en la següent sessió.

Sessió 14: Comiat

Mòdul 1. Benvinguda i recull de les respostes al qüestionari passat al llarg de les sessions [veure Annex 9 treball] per plantejar possibles canvis futurs. Aplicació del “Food Craving Questionnaire State (FCQ-S) [veure Annex 11]

Mòdul 2. Escriptura d’una carta al “Jo” del futur.

ACTIVITAT. Sessió 14: Comiat [veure sessió 14 “Quadern de treball”]


- ❖ Escriure una carta sobre els aprenentatges adquirits al seu “Jo” del futur.

Mòdul 3. Tancament del grup de suport i debat grupal sobre aprenentatges adquirits i gestió de temors que puguin donar-se pel tancament del grup.



ANNEX 2

A N N E X 2

A F  O R A

Q U A D E R N
D E
T R E B A L L



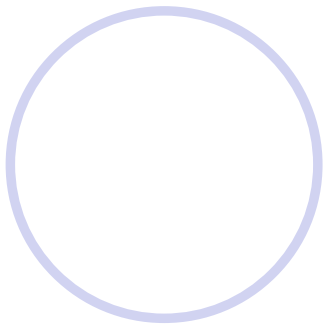
Sessió 1

Els nostres hàbits ens creen

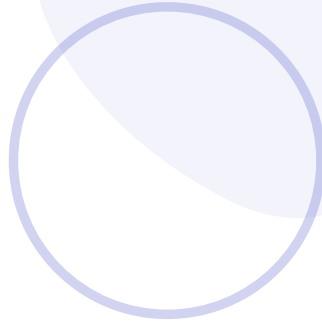
ESCRIU A CONTINUACIÓ LES DIFERENTS IDENTITATS QUE TENS...

Jo sóc mecànic... (exemple)

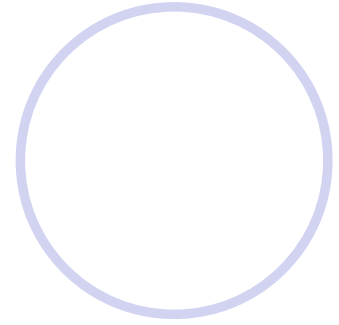
QUINA IDENTITAT NECESSITRIES PER A REALITZAR LES SEGÜENTS ACCIONS?



Menjar saludable



Realitzar activitat física



Tenir autoconfiança

"La manera más práctica de cambiar quién eres es cambiar lo que haces" James Clear



Sessió 1

Els nostres hàbits ens creen

DEFINEIX
QUI VOLS SER



ACTUA COM LA PERSONA
QUE DESITGES SER

QUAN "FAS"

Reforces la identitat
Millores la teva confiança
Reforces els teus hàbits



Sessió 2

La motivació com a motor de progrés

AVANTATGES

Vull iniciar un canvi d'estil de vida més saludable perquè...



INCONVENIENTS

Preferiria no iniciar un canvi d'estil de vida més saludable perquè...



Sessió 2

La motivació com a motor de progrés

RESULTATS A CURT TERMINI **ENGRESCADORS**

- Aprendre a menjar bé
- Gaudir menjant
- Passar-ho bé fent exercici físic
- Sentir-se realitzat en l'autocura
- Cuidar l'autoconfiança



RESULTATS A LLARG TERMINI

Pèrdua de pes



Sessió 3

Adéu a les dietes

ESMORZAR

SNACK MATÍ

DINAR

SNACK TARDA

SOPAR

PICOTEIG ENTRE
ÀPATS





Sessió 3

Adéu a les dietes





Sessió 4

Sóc un/a esportista

PLUJA D'IDEES

BARRERES

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

IMPLEMENTACIÓ

Conducta [Introduir activitat física que es portarà a terme]

Temps [Introduir dia i hora que es portarà a terme]

Lloc [Introduir lloc on es portarà a terme]

QUÈ NECESSITO?



Sessió 4

Sóc un/a esportista

COM INSCRIURE'S A L'APLICACIÓ "STRAVA"

- 1 Descarregar l'aplicació "Strava" a través del Play Store (Android) o Apple Store (Apple).
- 2 Subscriure's amb l'adreça de correu o amb el compte de Google o Facebook.
- 3 Registrar l'activitat seleccionant la modalitat que vulguis practicar i clica "Iniciar".
- 4 Clicar el botó de pausa per finalitzar l'activitat.
- 5 Prémer "Guardar" per compartir-ho amb la comunitat.



PER MÉS INFORMACIÓ DE LES
SEVES FUNCIONS:
<https://www.strava.com/>



Sessió 5 Com funciona?

EMPLENA-HO AMB
LA TEVA ÚLTIMA
EXPERIÈNCIA
D'ÀNSIA PER
MENJAR

Pensaments que vaig tenir

QUÈ VA PASSAR ABANS
D'EXPERIMENTAR ÀNSIA PER
MENJAR?

**ÀNSIA PER
MENJAR**



QUÈ VA PASSAR DESPRÉS DE
SATISFER LA MEVA ÀNSIA PER
MENJAR?



Sessió 5

Com funciona?

Després d'haver emplenat
l'Annex 4
**CREA EL TEU PROPI
ESQUEMA**

QUÈ PASSAT ABANS?

RELACIANT AMB
EL MENJAR

NO RELACIONAT AMB
EL MENAJR

**PENSAMENTS I
EMOCIONS.**

**ÀNSIA PER
MENJAR**



CONSEQUÈNCIES
(POSITIVES I NEGATIVES)



Sessió 6

Prohibit prohibir

ALIMENTS PROHIBITS

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•





Sessió 6

Prohibit prohibir

RESTRICCIÓ + ALIMENTS PROHIBITS

TRENCAMENT DE
LES NORMES
AUTOIMPOSEADES

CULPABILITAT

MENJAR SOCIALS

SENTIMENT DE FRACÀS

ATRIBUCIONS A LA FALTA
DE VOLUNTAT

IMPOTÈNCIA PER NO PODER
MENJAR EL QUE ES DESITJA

ÀNSIA
PER
MENJAR



MENJAR
EXCESSIVAMENT



Sessió 7

Mindfulness: menjar conscientment

1

UBICA'T EN UN LLOC TRANQUIL I
POSA'T EN UNA POSICIÓ
CÒMODA

2

FES RESPIRACIONS PROFUNDES
I CENTRA LA TEVA ATENCIÓ EN
LA RESPIRACIÓ

3

**POSA L'ATENCIÓ EN EL QUE ET
PASSA AL COS**

Pots aprofitar per posar l'atenció a la panxa i a les sensacions que aquesta transmet.

Recorda:

Acceptar i acollir les sensacions sense jutjar-les ni valorar-les.

4

TORNAR A LA RESPIRACIÓ
CONTROLADA I FINALITZAR LA
PRÀCTICA



Sessió 7

Mindfulness: menjar conscientment

GANA FISIOLÒGICA

APAREIX DE MANERA GRADUAL

ES POT POSPOSAR

ES POT SATISFER AMB DIFERENTS TIPUS DE MENJARS

ES DEIXA DE MENJAR QUAN S'ESTÀ SATISFET

NO GENERA SENTIMENTS NEGATIUS A L'ACABAR

GANA EMOCIONAL

APAREIX DE MANERA ABRUPTA

ÉS URGENT, S'HA DE SATISFER A L'INSTANT

DEMANA SER SATISFETA AMB MENJARS ESPECÍFICS

NO ES SATISFÀ EN SENTIR L'ESTÓMAC PLE

GENERA SENTIMENTS NEGATIUS QUAN S'ACABA DE MENJAR (CULPA, IMPOTÈNCIA I VERGONYA)



Sessió 8:

Som el que sentim

APUNTA AQUÍ
L'EMOCIÓ

que estàs sostenint avui

INTENTA REPRESENTAR-LA AMB UN
DIBUIX

consciència emocional



Sessió 8: Som el que sentim



A VEGADES SENTIM ÀNSIA PER MENJAR



Però si la mirem amb lupa veiem
que a darrere s'hi amaga:

ESTRÈS	AVORRIMENT	FRUSTRACIÓ	IRA	ANSIETAT	TRISTESA
--------	------------	------------	-----	----------	----------



QUAN DETECTIS
ÀNSIA PER MENJAR

IDENTIFICA-LA!
EMPLENA-HO AL
FULL DE
TREBALL



ATURA'T UN MOMENT



PRACTICA
MINDFULNESS



REVISA QUINA EMOCIÓ
HI HA AL DARRERE

.....



Sessió 9:

Desitgem perquè imaginem

EL PLA B

CONSEQÜÈNCIES NEGATIVES
DE SATISFER L'ÀNSIA PER
MENJAR

CONSEQÜÈNCIES POSITIVES
DE NO SATISFER L'ÀNSIA
PER MENJAR



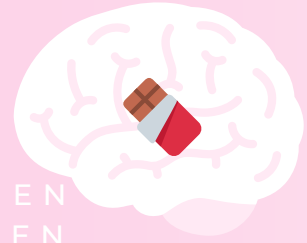


Sessió 9: Desitgem perquè imaginem

EXISTEIXEN
DIFERENTS ELEMENTS
DEL NOSTRE ENTORN



QUE DE MANERA
INCONSCIENT INICIEN
IMATGES MENTALS EN
EL NOSTRE CERVELL

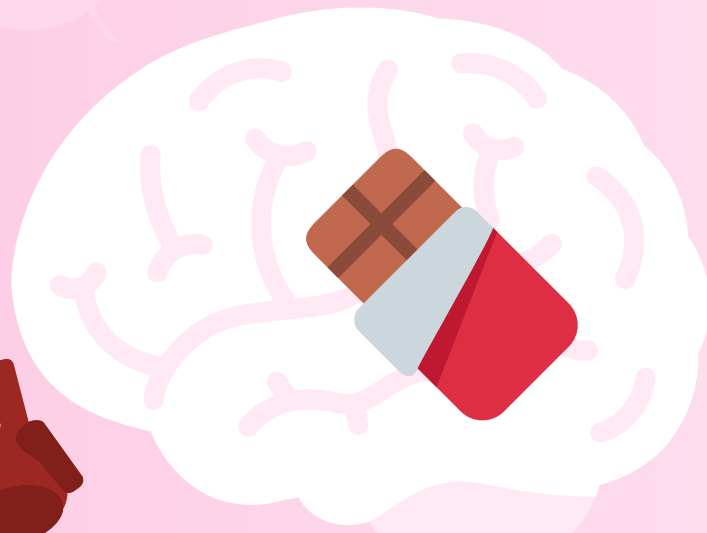
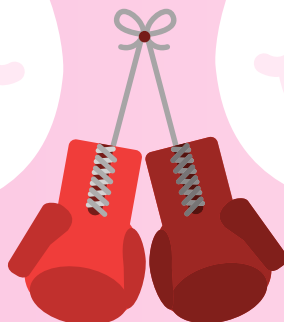


AQUESTES ENS
IMPULSEN A SATISFER EL
DESIG CREAT PER LES
IMATGES MENTALS



PERÒ TRANQUILS! TENIM UN
PLA B

PODEM CREAR LES NOSTRES
PRÒPIES IMATGES MENTALS
PERQUÈ COMPETEIXIN AMB LES
QUE NO DESITGEM





Sessió 10: La culpabilitat

CULPABILITAT

Per què em sento culpable?

Què significa això per mi?

Què significa això per mi?

Què significa això
per mi?

idea nuclear de la culpabilitat



Sessió 10: La culpabilitat

RESTRICCIÓ
ALIMENTÀRIA
(SESSIÓ 2)
ALIMENTS
AUTOPROHIBITS
(SESSIÓ 6)

"FENOMEN DEL
TOT O RES"

"Ja he menjat una barra de xocolata que no tenia intenció, així que avui potser també ser un dia sense dieta".



MENJAR
DESCONTROLAT

"No només menjaré una barra de xocolata sinó que menjaré tot el paquet de galetes i dos gelats".

CULPABILITAT
VERGONYA

*"Sóc massa feble de voluntat"
"Sóc incapaç de seguir una dieta"
"No tinc força de voluntat"
"No em puc controlar"*





Sessió 11:

Em cuido perquè m'estimo





Sessió 11:

Em cuido perquè m'estimo

CREENCES DISFUNCIONALS

"L'èxit depèn d'estar prim"
"Només la gent prima té parella"
"Per ser atractiu, he d'estar prim"
"No puc vestir així fins que m'aprimi"

PENSAMENTS AUTOCRÍTICS

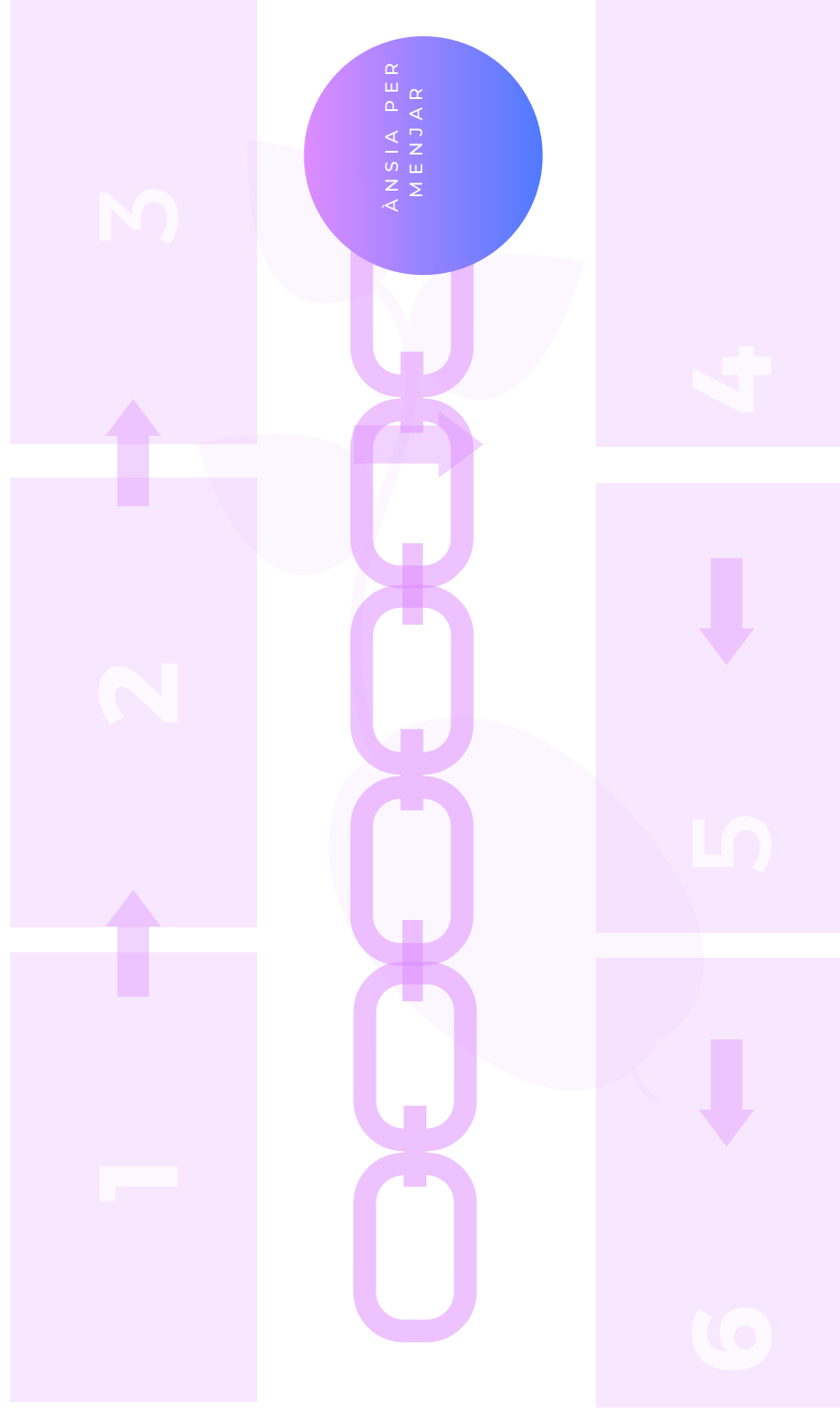
"Em veig horrible"
"Sóc gordo i poc atractiu"
"Tinc la panxa gegant"
"Mai em veuré guapa"

REGISTRE ELS TEUS AQUÍ I EXAMINA'LS



Sessió 12:

La decisió d'actuar



Construeix tot el que passa abans de
l'ànsia per menjar



Sessió 12:

La decisió d'actuar

RESOLUCIÓ DE PROBLEMES

- 1 *Identificació del problema tan aviat com sigui possible.*
- 2 *Comprendre el problema*
- 3 *Considerar tantes solucions com siguin possibles (pluja d'idees)*
- 4 *Pensar en els punts a favor i en contra de cada solució avaluant l'efectivitat i la viabilitat de la solució*
- 5 *Triar la millor solució o fer una combinació de solucions*
- 6 *Actuar en funció de la solució*
- 7 *Revisar el procés de solució de problemes.*

Pots aplicar-ho tants cops com vulguis a la plantilla de l'Annex 4



Sessió 13: I després del programa què?

Escriu quines situacions podrien ocasionar una
caiguda

PREVENCIÓ DE
RECAIGUDES

*"Cuando das una nota incorrecta, es la nota siguiente
la que la hace buena o mala" Miles Davis*



Sessió 13:

I després del programa què?

CAIGUDA O RECAIGUDA. EL QUE TU DECIDEIXIS

Una **CAIGUDA** és una conducta problemàtica que es dóna una vegada, de forma puntual i aïllada.

Una **RECAIGUDA** és un procés en el qual la persona repeteix de manera activa i voluntàriament la conducta problema

SI CAUS



GESTIONA LA POSSIBLE CULPA
I LES EMOCIONS DERIVADES

MIRA-HO COM UN AVÍS

DEMANA AJUDA



Sessió 14: Comiat

ESCRIU-TE UNA CARTA AL TEU JO DEL
FUTUR

recorda...

AF  ORAR

està a les teves mans



ANNEXOS
ANNEXOS
ANNEXOS
ANNEXOS
ANNEXOS
ANNEXOS
ANNEXOS
ANNEXOS
ANNEXOS



ANNEX 1

QUÈ ÉS L'ÀNSIA PER MENJAR?

ÉS UN DESIG INTENS PER
CONSUMIR UN MENJAR
ESPECÍFIC



**Ep! Però totes les persones
la vivim, és normal!**

Buscar el plaer quan
mengem és un fet humà i
natural

El problema és quan aquesta ànsia per
menjar ens controla i ens fa sentir
malament



Em sento
fora de
control i no
em puc
resistir, tot
i voler-ho

Em
preocupo i
penso
massa amb
el menjar i
el que
menjo

Em fa sentir
molt
culpable i
malament
amb mi
mateix

Em costa
perdre pes
per culpa
d'ella

EN AQUEST PROGRAMA T'ENSENYAREM A
QUE SIGUIS TU QUI CONTROLA LA TEVA
ÀNSIA PER MENJAR!



ANNEX 2

MODIFICACIONS QUE M'AJUDARAN A CONTROLAR LA MEVA ÀNSIA PER MENJAR



1 Intenta menjar en un lloc adequat i sempre al mateix lloc.

2 Concentra't en el menjar i evita altres activitats mentre menges.

3 Intenta només tenir a la taula aquells aliments que consumiràs servint plats individuals i evitant bols de menjar.

4 Prova de fer una sèrie de pauses durant l'àpat

5 Limita la disponibilitat de menjar que et facilita l'ànsia per menjar a la teva casa

6 Augmenta la disponibilitat de menjar que potencii els bons hàbits

7 Planifica la compra en detall i evita anar a comprar quan tinguis gana o sentis ànsia per menjar

8 Quan vagis a comprar, prioritza aquell menjar que requereix preparació i evita el precuinat.

9 Cuina la quantitat exacte de menjar que necessites

10 Intenta no tastar el menjar quan l'estàs cuinant

11 Aixeca't de la taula quan hakis acabat l'àpat i neteja la taula tan aviat com puguis per abandonar la cuina



ANNEX 3

TINC REALMENT GANA?

PORTA A TERME L'EXERCICI DE
MINDFULNESS DE LA SESSIÓ 7

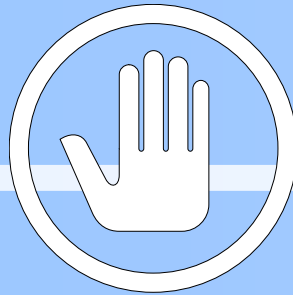
PREGUNTA'T

HA APAREGUT DE MANERA ABRUPTA?

ÉS URGENT MENJAR EN AQUEST
MOMENT?

VULL MENJAR ALIMENTS ESPECÍFICS QUE
EM FACIN SENTIR MILLOR?

SI ÉS AIXÍ: STOP!



EMPLENA EL FULL DE TREBALL PER
EXAMINAR LA SITUACIÓ
POSTERIORMENT

POSPOSA EL FET DE MENJAR
5 MINUTS



ANNEX 4

RESOLUCIÓ DE PROBLEMES

Escriu el problema detalladament

Escriu les màximes solucions possibles

Pensa en els pros i contres de cada solució

Escull la millor solució

ARA TOCA ACTUAR I REVISAR COM T'HA ANAT!

FULL DE TREBALL

REGISTRE LA TEVA ÀNSIA PER
MENJAR AQUI

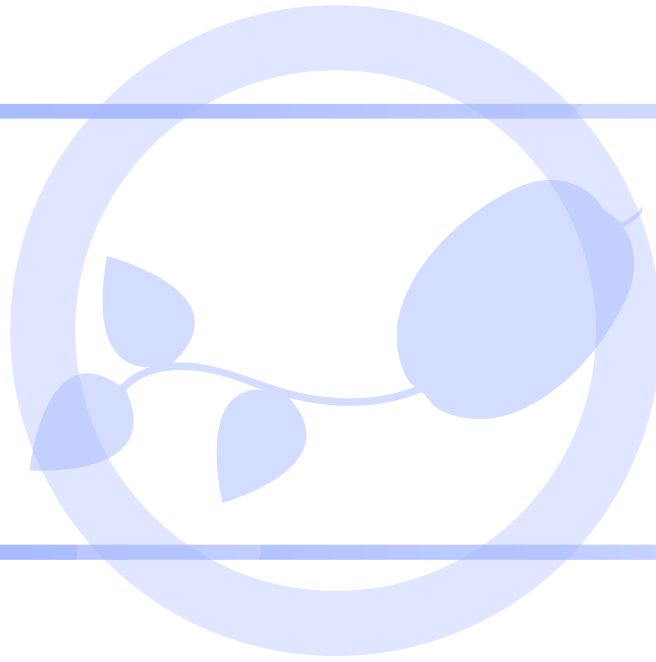
PENSAMENTS
I EMOCIONS
POSTERIORIS

MENJAR
INGERIT

PENSAMENTS
I EMOCIONS
PRÈVIES

SITUACIÓ
PRÈVIA

DIA I
HORA



FULL DE TREBALL

REGISTRE LA TEVA ÀNSIA PER
MENJAR AQUI

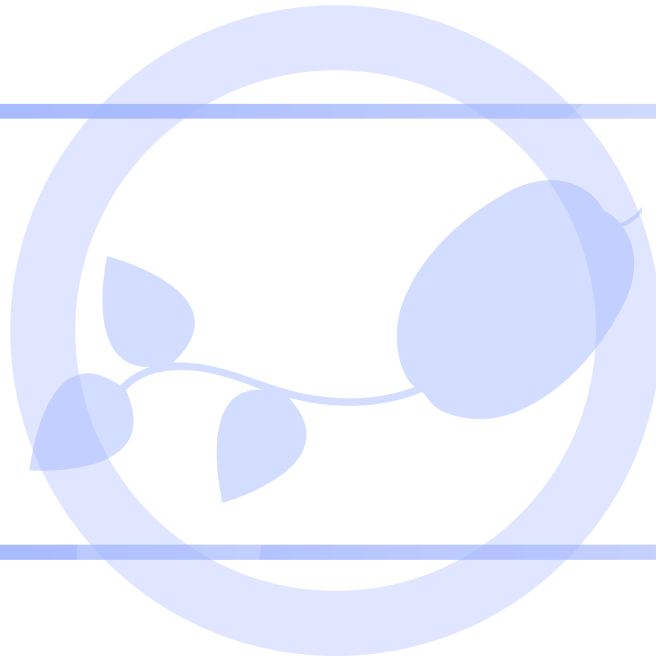
PENSAMENTS
I EMOCIONS
POSTERIORIS

MENJAR
INGERIT

PENSAMENTS
I EMOCIONS
PRÈVIES

SITUACIÓ
PRÈVIA

DIA I
HORA



FULL DE TREBALL

REGISTRE LA TEVA ÀNSIA PER
MENJAR AQUI

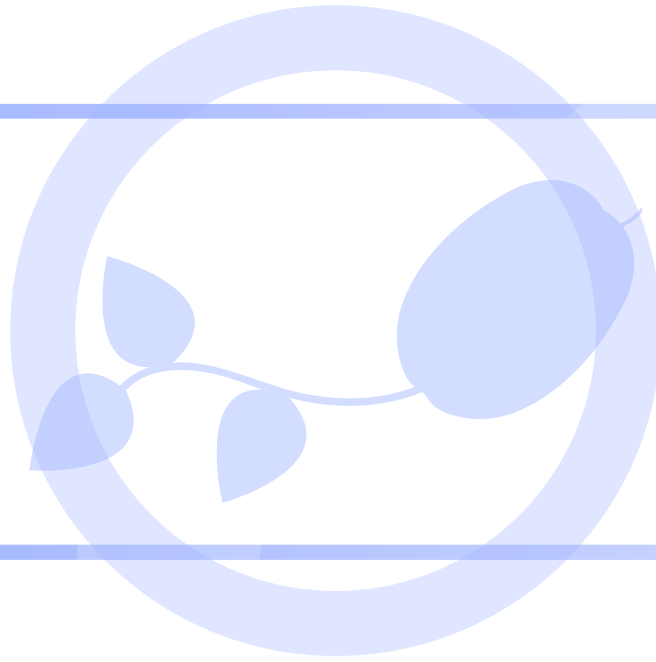
PENSAMENTS
I EMOCIONS
POSTERIORIS

MENJAR
INGERIT

PENSAMENTS
I EMOCIONS
PRÈVIES

SITUACIÓ
PRÈVIA

DIA I
HORA



FULL DE TREBALL

REGISTRE LA TEVA ÀNSIA PER
MENJAR AQUI

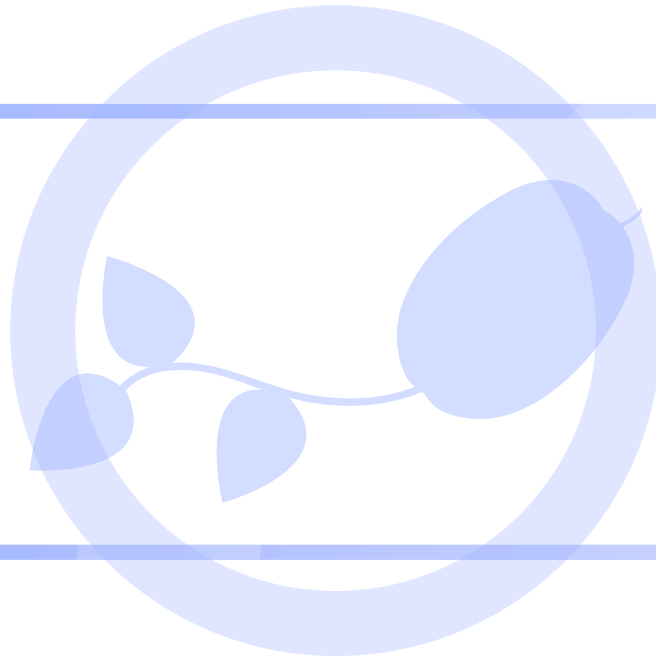
PENSAMENTS
I EMOCIONS
POSTERIORIS

MENJAR
INGERIT

PENSAMENTS
I EMOCIONS
PRÈVIES

SITUACIÓ
PRÈVIA

DIA I
HORA



FULL DE TREBALL

REGISTRE LA TEVA ÀNSIA PER
MENJAR AQUI

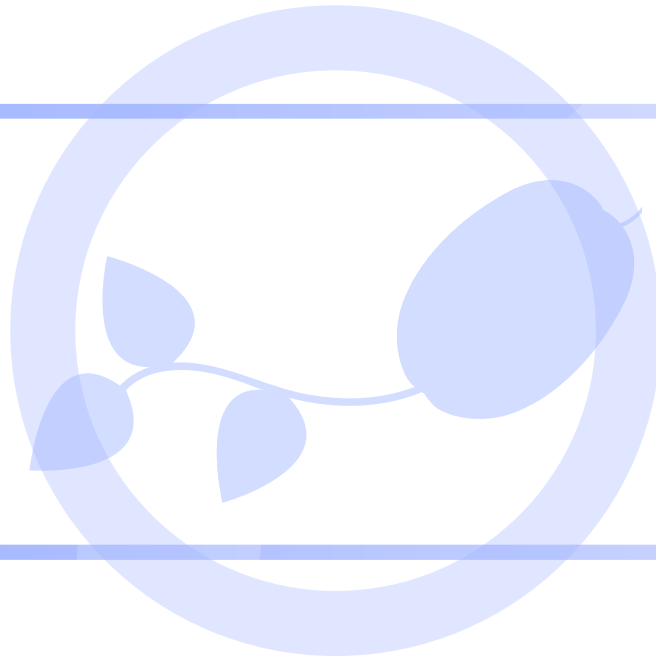
PENSAMENTS
I EMOCIONS
POSTERIORIS

MENJAR
INGERIT

PENSAMENTS
I EMOCIONS
PRÈVIES

SITUACIÓ
PRÈVIA

DIA I
HORA



FULL DE TREBALL

REGISTRE LA TEVA ÀNSIA PER
MENJAR AQUI

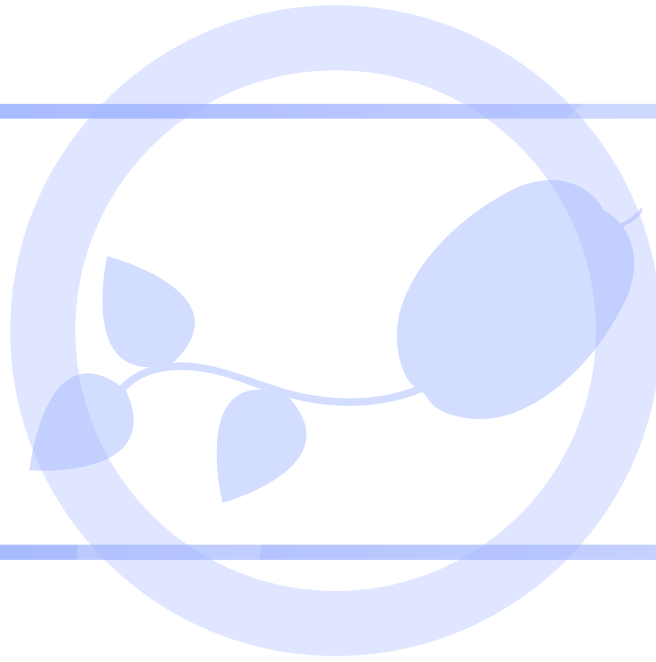
PENSAMENTS
I EMOCIONS
POSTERIORIS

MENJAR
INGERIT

PENSAMENTS
I EMOCIONS
PRÈVIES

SITUACIÓ
PRÈVIA

DIA I
HORA



FULL DE TREBALL

REGISTRE LA TEVA ÀNSIA PER
MENJAR AQUI

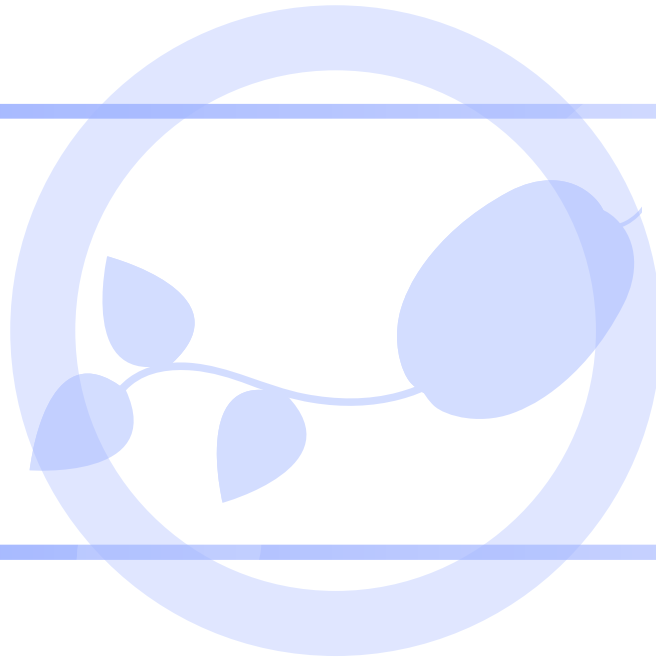
PENSAMENTS
I EMOCIONS
POSTERIORIS

MENJAR
INGERIT

PENSAMENTS
I EMOCIONS
PRÈVIES

SITUACIÓ
PRÈVIA

DIA I
HORA



FULL DE TREBALL

REGISTRE LA TEVA ÀNSIA PER
MENJAR AQUI

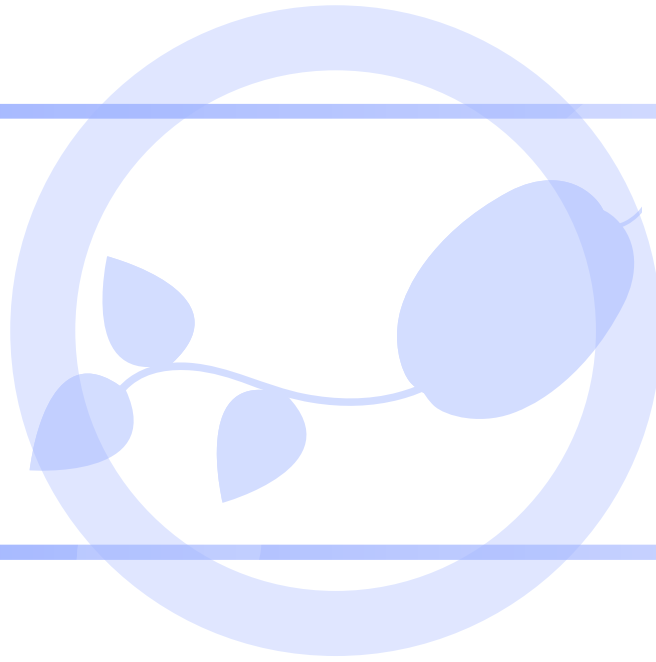
PENSAMENTS
I EMOCIONS
POSTERIORS

MENJAR
INGERIT

PENSAMENTS
I EMOCIONS
PRÈVIES

SITUACIÓ
PRÈVIA

DIA I
HORA



FULL DE TREBALL

REGISTRE LA TEVA ÀNSIA PER
MENJAR AQUI

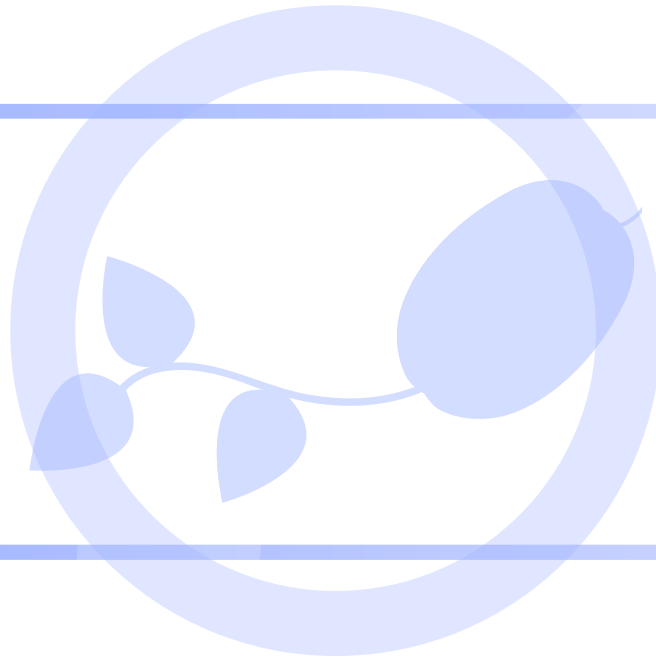
PENSAMENTS
I EMOCIONS
POSTERIORIS

MENJAR
INGERIT

PENSAMENTS
I EMOCIONS
PRÈVIES

SITUACIÓ
PRÈVIA

DIA I
HORA



FULL DE TREBALL

REGISTRE LA TEVA ÀNSIA PER
MENJAR AQUI

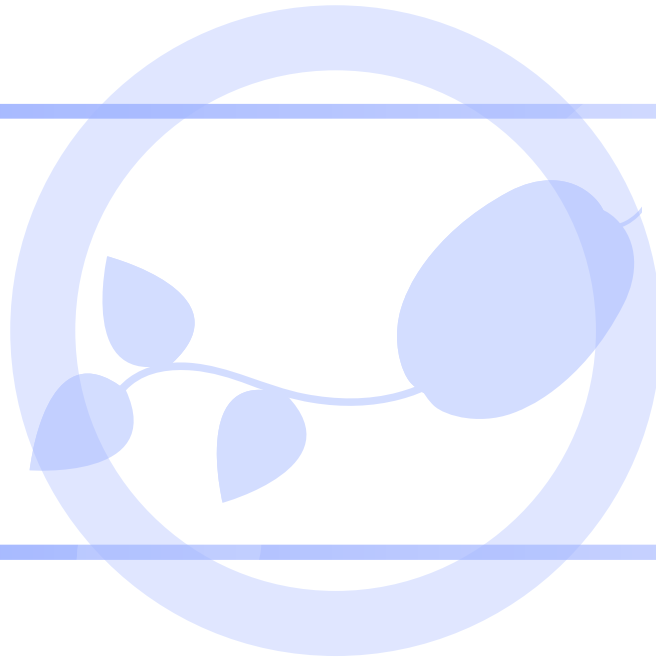
PENSAMENTS
I EMOCIONS
POSTERIORIS

MENJAR
INGERIT

PENSAMENTS
I EMOCIONS
PRÈVIES

SITUACIÓ
PRÈVIA

DIA I
HORA



FULL DE TREBALL

REGISTRE LA TEVA ÀNSIA PER
MENJAR AQUI

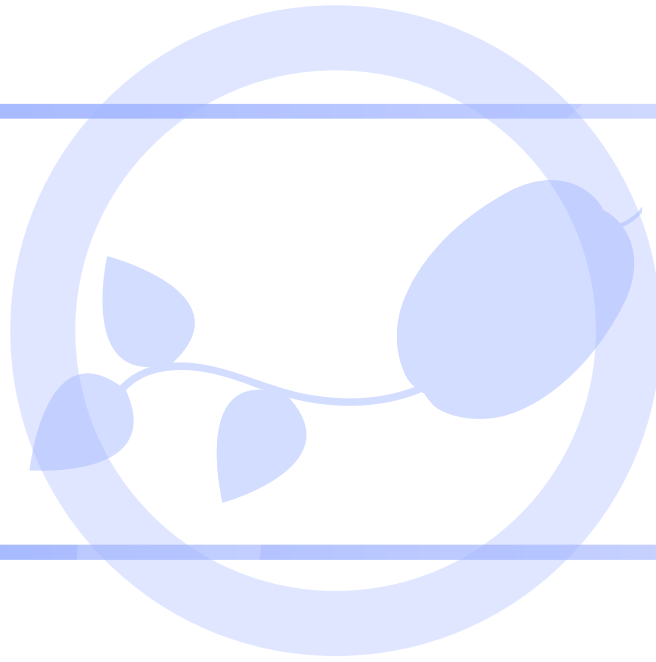
PENSAMENTS
I EMOCIONS
POSTERIORIS

MENJAR
INGERIT

PENSAMENTS
I EMOCIONS
PRÈVIES

SITUACIÓ
PRÈVIA

DIA I
HORA







ANNEX 3

FULL DE COMPROMÍS

Emplena amb una "X",
sempre que estiguis
d'acord amb les següents
afirmacions:

Em comprometo a ser puntual.

Em comprometo a adoptar un rol actiu en el grup.

Em comprometo a treballar col·laborativament amb el psicòleg o psicòloga i amb els altres integrants del grup.

Em comprometo a fer les tasques que se'm adjudiquin.

Em comprometo a no afectar negativament els altres participants amb el meu comportament o actitud.

[nom, cognom i firma]



ANNEX 4

Entrevista professionals responsables de l'atenció a l'obesitat

1. Com s'aborda psicològicament l'obesitat i el sobrepès en el teu dispositiu?
2. Quins inconvenients, dificultats o barreres, pel que fa al sistema, et trobes a l'hora d'intervenir amb persones que tenen obesitat o sobrepès?
3. Se sap que una de les principals problemàtiques del tractament de l'obesitat enfocat a la pèrdua de pes és el manteniment dels resultats a llarg termini. En el cas d'intervenir amb persones que pateixen obesitat, es treballa aquest aspecte?
4. Coneixes el fenomen "ànsia per menjar"? Què en saps d'aquest?
 - 4.1. L'observes en les persones que tractes?
 - 4.2. Com intervens en aquesta variable?



ANNEX 5

Entrevista professionals responsables de l'atenció a l'obesitat

1. Com s'aborda psicològicament l'obesitat i el sobrepès en el teu dispositiu?

Al CSMA es reben i s'atenen casos només si hi ha un trastorn de salut mental al darrere, en el meu cas si hi ha un trastorn de la conducta alimentària, ja sigui bulímia, anorèxia i la majoria de casos d'obesitat un trastorn de la conducta alimentària no especificat, trastorn per afartament. Quan hi ha picoteig per exemple, aquí no els atenem. Hi ha d'haver un trastorn mental al darrere d'aquesta índole. Potser també que hi hagi depressió, ansietat significativa, en aquest cas també s'abordaria. Pel que fa al abordatge, hi ha la part de com es menja i després hi ha el que existeix al darrere. Es treballa en aquestes dues direccions. En quan a la gestió del símptoma aquestes persones tenen històries moltes vegades de dietes i frustracions acumulades i és precisament la idea de la dieta que fa que empitjori tot això, llavors la gestió del símptoma suposa fer canvis incompatibles amb seguir una dieta estricta, ha d'anar encaminat a buscar més flexibilitat alhora de menjar perquè és precisament quan hi ha molt control que el tema es descontrola. Per altra banda es treballa que hi ha darrere aquest símptoma i quina funció té el símptoma, per a què apareix i a partir d'aquí el que hi ha darrere s'explora quina és la història personal, quins conflictes hi ha al darrere que pot ser des d'històries personals a temes que han quedat estancats, cadascú té les seves peculiaritats.

2. Quins inconvenients, dificultats o barreres, pel que fa al sistema, et trobes a l'hora d'intervenir amb persones que tenen obesitat o sobrepès?

En quan als inconvenients que trobo al sistema, el principal, per una banda, és el volum de pacients que arriben a la Unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària que és al que em dedico jo al Centre de Salut Mental, on venen gent que és obesa i gent que no ho és, és bàsicament això, la quantitat de pacients que no poden ser atesos com jo crec que necessitarien. Per altra banda, el fet que venen derivats d'endocrinologia i no hi ha realment un treball conjunt. Quan ells sospiten que hi ha un trastorn de salut mental, els deriven cap aquí però no és un treball conjunt. Per altra banda, la falta de psicòleg en aquest cas, en la unitat de endocrinologia que és la unitat que reben les persones amb obesitat, allà tenen l'endocrinòleg, els nutricionistes i no tenen la figura del psicòleg i jo crec que això és un inconvenient perquè treballem de manera escindida. Un altra dificultat que trobo és que el tema de l'obesitat no en tots els casos, perquè hi ha obesitats, tinc la sensació, més metabòliques, ja que tota la família presenta obesitat i és la tendència de la constitució de cadascú, però amb d'altres, quan el menjar és una manera de gestionar el que li passa, aquesta és una manera de gestionar que la persona aprèn molt sovint a la infantesa, no vol dir en tots els casos, però moltes vegades sí i la persona va tirant endavant amb aquesta manera de funcionar i llavors els problemes comencen molt més tard, dic jo. Potser hi ha algú de 30 anys, però sobretot 40. Llavors han passat 30 anys de la seva vida gestionant el que els hi passa de la mateixa manera a partir del menjar i llavors la manera de funcionar està molt instaurada i de vegades és molt difícil de treballar quan hi ha una manera de funcionar tan insaturada, tan estructurada i això també fa que sigui difícil a diferència d'altres trastorns. Per exemple, en l'anorèxia sorgeix abans perquè un perd pes i

acostuma a ser gent més jove. Com que ha passat menys temps entre l'inici del símptoma i la consciència de problema. En el cas de l'obesitat l'inici del símptoma pot començar a una època molt més primerenca i la consciència arriba bastants anys més tard i això fa que s'estabilitzi, no vull dir la paraula cronifiqui, però sí, que s'estabilitzi.

3. Se sap que una de les principals problemàtiques del tractament de l'obesitat enfocat en la pèrdua de pes és el manteniment dels resultats a llarg termini. En el cas d'intervenir en aquesta afecció, es treballa aquest aspecte?

Des del meu punt de vista molta gent amb obesitat té experiència d'haver passat per moltes dietes i dietes restrictives i aquest és un dels factors que fa no es mantinguin els resultats perquè es pot mantenir una temporada però tota una vida essent molt estrictes és inviable i aquí és un dels factors que fa que el tema de l'obesitat es pugui allargar en el temps i aquest és un tema a intervenir i també una mica el que deia abans: què hi ha al darrere de l'obesitat, perquè si no si només toques el tema superficial de si menja o no menja potser estàs deixant d'atendre al que hi ha sota que és el que fa mantenir el símptoma que té a veure amb la gestió emocional a partir del menjar. Per altra banda m'has fet pensar en els casos, que n'hi ha alguns, que passen per cirurgia bariàtrica perquè així es considera o parlen a la Unitat d'Obesitat i sí que és veritat que hi ha un risc de no mantenir els resultats a posteriori i per això, puc parlar de mi, no sé com ho fan allà, doncs és important poder fer un seguiment després de la intervenció durant un temps prudencial. Què et diria jo? Em ve així, no ho he pensat mai, depenent de la evolució, potser un any després de la intervenció.

4. Coneixes el fenomen "ànsia per menjar"? Què en saps d'aquest?

4.1. L'observes en les persones que tractes?

4.2. Com intervens en aquesta variable?

L'ànsia pel menjar és el que moltes vegades els pacients en diuen "gula", no té a veure amb la gana sinó que amb una altra cosa. Per això és important també poder treballa en que la persona no passi gana, quan hi ha una història de dietes molt restrictives i potser no s'està alimentant bé i el problema aquest que dius: ànsia per menjar, se li suma la gana real per tant, un dels passos és poder menjar de manera regular i suficient i de manera variada per evitar la gana i poder treballar després el que tu dius ànsia per menjar, que la gent li diu: "gula". Que no té a veure amb el menjar sinó que és una altra cosa i que per cadascuna de les persones és la porta d'entrada a un espai emocional que desconeixen. Molta gent no ho identifica però hi ha molta gent ho identifica, assenyalen que no és gana, és una altra cosa, és ànsia. Aquesta ànsia per menjar és una cosa a explorar en la persona i per veure què hi ha darrere, moltes vegades diuen: és quan m'avorreixi o el menjar em serveix per calmar alguna cosa o com a consol quan no estic bé i doncs, pot haver-hi situacions difícils en la qual la persona li genera malestar i la manera de regular-ho és a través del menjar perquè el menjar és plaer, és agradable menjar i per tant, és la manera de revertir en un primer moment aquesta sensació desagradable tot i que després moltes vegades genera culpa. També hi poden haver situacions d'estrès i moltes vegades de soledat de: "em passen moltes coses que només estan en mi i que les visc jo sol i em sento sol en això" i potser que darrere aquesta ànsia hi hagi el menjar com a companyia, una manera de no estar tan sol amb el que un li passa.

Dius, com intervenc? Hi ha una part de consciència d'anar explorant què és això de l'ànsia, quina funció té o com ho noto i com ho sento en el cos, quina emoció va lligada, amb què ho connecto. Anar obrint des d'aquesta sensació, anar obrint espais amagats

que queden més a la ombra que no hi ha tanta consciència. Hi ha una part de comprensió i de perspectiva, no només una comprensió intel·lectual sinó més profunda i des d'aquesta comprensió un entenent d'on ve això inclús quan va començar això, quina situació la va portar a aprendre aquesta alternativa per tirar endavant, doncs d'aquí es poden obrir canvis en creences, maneres de funcionar, tendències, trets de personalitat, es poden fer canvis des d'aquí, des de la comprensió. I des de la comprensió també poden començar a explorar alternatives a la de la gestió a través del menjar, alternatives més sanes, més adaptatives.



ANNEX 6

Entrevista professionals responsables de l'atenció a l'obesitat

1. Com s'aborda psicològicament l'obesitat i el sobrepès en el teu dispositiu?

Es dona suport i control de pes, es donen dietes, s'expliquen els beneficis de tenir un pes correcte. Es donen pautes per portar una vida saludable.

2. Quins inconvenients, dificultats o barreres, pel que fa al sistema, et trobes a l'hora d'intervenir amb persones que tenen obesitat o sobrepès?

Tenim el temps limitat per les visites/consultes/controls, necessitaríem més temps per abordar el pacient obes.

3. Se sap que una de les principals problemàtiques del tractament de l'obesitat enfocat a la pèrdua de pes és el manteniment dels resultats a llarg termini. En el cas d'intervenir amb persones que pateixen obesitat, es treballa aquest aspecte?

Sí, s'intenta que a part de perdre pes, hi hagi un canvi hàbits, com fer exercici diària i canvis a la dieta.

4. Coneixes el fenomen "ànsia per menjar"? Què en saps d'aquest?

Si. És el desig irrefrenable de ingerir aliments, sobretot aquells que proporcionen plaer, sobretot dolços.

- 4.1. L'observes en les persones que tractes?

Sí, és molt comú en persones amb obesitat. Solen picar entre hores.

- 4.2. Com intervens en aquesta variable?

Intentar fer 5 àpats al dia, ingerir aliments baixos en calories, intentar fer exercici o altres hobbis per distreure's, beure molta aigua/infusions



ANNEX 7

Entrevista professionals responsables de l'atenció a l'obesitat

1. Com s'aborda psicològicament l'obesitat i el sobrepès en el teu dispositiu?

En el CAP quan trobem algun usuari o usuària de pediatria, o a Salut i Escola a l'insititut amb un IMC preocupant abordem el tema fent una entrevista , normalment amb els pares també. Fem un control de pes i una enquesta alimentària per saber què mengen i també interroguem sobre si fan exercici físic... a partir d'aquí comencem la nostra intervenció d'educació sanitària amb temes de dieta equilibrada i saludable i recomanacions per a fer esport i evitar sedentarisme.

2. Quins inconvenients, dificultats o barreres, pel que fa al sistema, et trobes a l'hora d'intervenir amb persones que tenen obesitat o sobrepès?

A vegades és un tema cultural, a vegades intel·lectual, depèn d'on siguin tenen unes costums o altres amb la dieta i uns altres hàbits alimentaris. Molt diferents a la nostra dieta mediterrània. Els adolescents sedentaris a vegades estan quietes moltes hores al dia davant de pantalles.

3. Se sap que una de les principals problemàtiques del tractament de l'obesitat enfocat a la pèrdua de pes és el manteniment dels resultats a llarg termini. En el cas d'intervenir amb persones que pateixen obesitat, es treballa aquest aspecte?

En quan al manteniment de pes a llarg termini, nosaltres anem fent normalment controls de pes mensuals i quan ja hem aconseguit el que volíem fem manteniments de pes més espaiats, cada 3 o 6 mesos.

Si ens trobem que malgrat la nostra intervenció i controls no perden pes, els derivem al pediatre i aquests, a vegades, els deriven a endocrinologia infantil de l'hospital Trueta de Girona. Els fan analítiques i altres proves complementàries.

4. Coneixes el fenomen "ànsia per menjar"? Què en saps d'aquest?

- 4.1. L'observes en les persones que tractes?

- 4.2. Com intervens en aquesta variable?

Sí hi ha alguns nens i nenes que ho presenten. Intentem substituir aquests aliments per a fer passar l'ànsia que siguin saludables. O intentem fer un canvi de conducta. A vegades són persones amb una ansietat ja de base deguda a algun altre tipus de trastorn ja diagnosticat.



ANNEX 8

Entrevista professionals responsables de l'atenció a l'obesitat

- Com s'aborda psicològicament l'obesitat i el sobrepès en el teu dispositiu?
Normalment es fa una primera visita amb el metge de família que fa un exàmen físic i analítica completa amb perfil dislipèmic i hormonal. Posteriorment passa a ser avaluat per infermeria que li fa una dieta i posteriorment per l'endocri.
- Quins inconvenients, dificultats o barreres, pel que fa al sistema, et trobes a l'hora d'intervenir amb persones que tenen obesitat o sobrepès? Sobrepès poques. Amb la obesitat ja es complica més pq sovint són pacients que acaben sent portats per l'endocri. Pensa que joestic en una mútua privada en què puc demanar tot tipus de prova i amb més recursos.
- Se sap que una de les principals problemàtiques del tractament de l'obesitat enfocat a la pèrdua de pes és el manteniment dels resultats a llarg termini. En el cas d'intervenir amb persones que pateixen obesitat, es treballa aquest aspecte?
Si, de fet aquí la infermeria té un paper clau donat que al nostre centre entren en un programa de seguiment per part de infermeria que ens rederiva si cal.
- Coneixes el fenomen "ànsia per menjar"? Què en saps d'aquest?
Si, és la base de molta patologia de l'alimentació: l'ansietat.
 - .1. Oserves en les persones que tractes?
Si, molt sovint.
 - .2. Com intervens en aquesta variable?

Darrera una obesitat pot haver un trastorn d'alimentació, un trastorn psicològic com l'ansietat o un trastorn hormonal, o els 3 a la vegada.

L'abordatge ha de ser multidisciplinar ja que hi juguen molts factors que si no es tracten conjuntament fracasses.

No obstant, tot i lluitar conjuntament sovint es perd la batalla contra el sobrepès donat que també és un tema d'habits molt complexa de corregir.

No se si t'he ajudat massa.

Salut



ANNEX 9

ENQUESTA DE VALORACIÓ DE LES INTERVENCIONS (Google Forms)

PREGUNTA 1

Com valores la sessió d'avui?

Escala Likert 1-5

La consideres útil?

Escala Likert 1-5

Què canviaries?

Pregunta oberta

Escriu aquí si tens algun dubte respecte la sessió d'avui

Pregunta oberta



ANNEX 10

FCQ-T

Hemos escrito una lista de comentarios que la gente ha hecho acerca de sentimientos, pensamientos, deseos, tentaciones y antojos relacionados con la comida y el comer. Por favor, utilizando los números que hay a la derecha de cada descripción, escribe en el espacio de la izquierda de cada frase la frecuencia con que tú te sientes así, o hasta qué punto cada comentario describe cómo tú piensas o te sientes **en general**.

Nunca (1)	Raramente (2)	Algunas veces (3)
A menudo (4)	Casi siempre (5)	Siempre (6)

1. ____ Cuando estoy con alguien que está comiendo me entra hambre
2. ____ Cuando tengo deseos intensos de comer, una vez que me pongo a comer no puedo parar
3. ____ A veces, cuando como lo que se me antoja, pierdo el control y como demasiado
4. ____ Detesto no poder resistir la tentación de comer
5. ____ Sin duda alguna, las ganas de comer me hacen pensar en cómo voy a conseguir lo que quiero comer
6. ____ No hago más que pensar en la comida
7. ____ A menudo me siento culpable cuando deseo ciertas comidas
8. ____ A veces me encuentro pensativa y preocupada por la comida
9. ____ Como para sentirme mejor
10. ____ Algunas veces mi vida parece perfecta cuando como lo que me apetece
11. ____ Se me hace la boca agua cuando pienso en mis comidas favoritas
12. ____ Siento deseos intensos de comer cuando mi estómago está vacío
13. ____ Siento como si mi cuerpo me pidiera ciertas comidas
14. ____ Me entra tanta hambre que mi estómago se siente como un pozo sin fondo
15. ____ Cuando como lo que deseo me siento mejor

16. ____ Cuando como lo que deseo me siento menos deprimida
17. ____ Cuando como algo que deseo con intensidad me siento culpable
18. ____ Cada vez que deseo comer algo en particular me pongo a hacer planes para comer
19. ____ El comer me tranquiliza
20. ____ Siento deseos de comer cuando estoy aburrida, enfadada o triste
21. ____ Después de comer no tengo tantas ansiedades
22. ____ Si tengo la comida que deseo, no puedo resistir la tentación de comerla
23. ____ Cuando se me antoja una comida, normalmente intento comerla tan pronto pueda
24. ____ Comer lo que me apetece mucho me sienta estupendamente
25. ____ No tengo la fuerza de voluntad de resistir mis deseos de comer las comidas que se me antojan
26. ____ Una vez que me pongo a comer tengo problemas para dejar de comer
27. ____ Por mucho que lo intento, no puedo parar de pensar en comer
28. ____ Gasto demasiado tiempo pensando en lo próximo que voy a comer
29. ____ Si me dejo llevar por la tentación de comer pierdo todo mi control
30. ____ A veces me doy cuenta de que estoy soñando despierta y estoy soñando en comer
31. ____ Cada vez que se me antoja una comida sigo pensando en comer hasta que como lo que se me antojó
32. ____ Cuando tengo muchas ganas de comer algo estoy obsesionada con comer lo que deseo
33. ____ A menudo deseo comer cuando siento emociones fuertes
34. ____ Cada vez que voy a un banquete termino comiendo más de lo que necesito
35. ____ Para mí es difícil resistir la tentación de tomar comidas apetecibles que están a mi alcance
36. ____ Cuando estoy con alguien que se pasa comiendo, yo también me paso
37. ____ Comer me alivia
38. ____ Cuando estoy muy estresada me entran deseos fuertes de comer
39. ____ Me entran deseos fuertes de comer cuando estoy disgustada



ANNEX 11

FCQ-S

Hemos escrito una lista de comentarios que la gente ha hecho acerca de sentimientos, pensamientos, deseos, tentaciones y antojos relacionados con la comida y el comer. Por favor, utilizando los números que hay al lado de cada descripción, escribe en el espacio de la izquierda de cada frase hasta qué punto tú estás de acuerdo con el comentario que se hace, o hasta qué punto tú te sientes así **ahora mismo**. Por favor, observa que algunas preguntas se refieren a una o varias comidas en particular (comidas que te apetecerían ahora), mientras que otras se refieren a comidas que te apetecen en general.

Absolutamente nada de acuerdo (1)	Casi nada de acuerdo (2)	Neutral (3)
Un poco de acuerdo (4)	Muy de acuerdo (5)	

1. ____ Ahora mismo tengo un deseo intenso de comer una o varias comidas en particular
2. ____ Ahora mismo tengo un antojo por una o varias comidas en particular
3. ____ Ahora mismo me urge comer una o varias comidas en particular
4. ____ Si pudiera comer una o varias comidas en particular me sentiría perfectamente
5. ____ Estoy segura de que si comiera lo que deseo mi humor mejoraría
6. ____ Comer una o varias comidas en particular me haría sentir maravillosamente
7. ____ Si comiera algo no me sentiría tan débil y aletargada
8. ____ Me sentiría menos antipática e irritable si pudiera satisfacer mis deseos de comer
9. ____ Me sentiría más alerta si pudiera satisfacer mis deseos de comer
10. ____ Si tomara una o varias comidas en particular no podría parar de comerlas
11. ____ Mi deseo de comer una o varias comidas en particular puede más que yo

12. ____ Ahora mismo sé que voy a seguir pensando en lo que me apetece hasta que lo consiga
13. ____ Tengo hambre
14. ____ Si pudiera comer algo ahora mismo mi estómago no se sentiría tan vacío
15. ____ Me siento débil por no comer



ANNEX 12

Vídeo presentat al

"11º Concurso de vídeos "Adicciones: Tu punto de mira"

Inspirat en l'addicció
al menjar



[Clica aquí](#)