



DARRERE DEL MIRALL:
DISSENY I CREACIÓ D'UN PROGRAMA
DE PREVENCIÓ PRIMÀRIA PER A
TRASTORNS DE LA CONDUCTA
ALIMENTÀRIA A FAMÍLIES

Treball Final de Grau realitzat per:

Maria Díaz Quirós

Tutora: Anna Viñolas

Grau en Psicologia

Facultat d'Educació i Psicologia

Universitat de Girona

Agraïments

M'agradaria agrair a totes les persones que han participat en la creació d'aquest projecte, per oferir-me el seu temps i el coneixement. Especialment a cada una de les col·laboradores: Glòria, Maria, Mariona, Alba, Pau, Olga, Annes i Montse. Sense la vostra implicació i ajuda, "Darrere del mirall" no hauria estat possible.

Tot seguit, vull expressar la meva gratitud a l'equip docent, que m'ha guiat, orientat i motivat durant l'acompanyament i realització d'aquest projecte.

Evidentment, donar les gràcies a la meva família per la seva comprensió i suport incondicional. Estic eternament agraïda per, com sempre, fer-me costat durant tota aquesta etapa.

I en general, no podia faltar esmentar totes les que han estat disposades a escoltar, ja sigui un petit tastet del *podcast* o un àudio meu compartint neguits durant el procés d'aquest. És meravellós comptar amb persones que han confiat en tot moment en el projecte, fins i tot quan jo dubtava de mi mateixa. M'he sentit molt afortunada pel suport i valoració de totes, gràcies de tot cor.

Finalment, vull donar-me un agraïment a mi mateixa. Recordar-me que sóc capaç de superar les caigudes i créixer com a persona durant el procés. Però sobretot, per haver pres consciència de les dificultats i no permetre que elles guanyin.

Resum

Els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) són un conjunt de trastorns mentals caracteritzats per alteracions persistents en l'alimentació, el comportament relacionat amb la ingesta i la constitució corporal, confluint i causant alteracions físiques i psicosocials que generen un deteriorament significatiu. Recentment, les dades de prevalença han augmentat gairebé un 40%, evidenciant la necessitat d'implementar polítiques sanitàries adequades per a la prevenció, reduint la seva freqüència i gravetat i millorant la qualitat de salut. "Darrere del mirall" és un programa de prevenció en format *podcast* que busca, amb una mirada holística, treballar els TCA actuant sobre les causes fonamentals i enfortint els factors protectors com l'autoestima, la comunicació, les emocions o el coneixement sobre nutrició, comptant amb la col·laboració de professionals sanitaris i testimonis relacionats amb la patologia. El programa pretén sensibilitzar i informar sobre aquesta malaltia des de la seva prevenció primària en l'àmbit familiar. Insistint i aprofundint en la problemàtica que subjau la simptomatologia, per promocionar la prevenció amb aquesta "vacuna psicològica", així com la necessitat de treball i revisió familiar.

Paraules clau: Trastorns de la Conducta Alimentària, prevenció primària, família, programa prevenció, *podcast*

Abstract

Eating disorders (ED) are a group of mental disorders characterized by persistent alterations in eating, eating-related behavior and body constitution, which merge and cause physical and psychosocial alterations that generate significant deterioration. The last few years, prevalence data have increased by almost 40%, proving the need to implement appropriate health policies for prevention, reducing its frequency and severity and improving the quality of health. "Behind the mirror" is a prevention program in podcast format that seeks, with a holistic view, to work on EDs by acting on the root causes while enhancing protective factors such as self-esteem, communication, emotions or knowledge about nutrition, with the collaboration of health professionals and testimonies related to the pathology. The program aims to raise awareness and inform about this disease and its primary prevention in the family environment. Insisting and focusing on the problems that underlie symptomatology, to promote prevention with this "psychological vaccine", as well as the need for family work and review.

Key words: Eating disorders, primary prevention, family, prevention program, prevention program, *podcast*

Índex

1. Introducció.....	3
2. Marc teòric.....	4
2.1 Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA).....	4
2.2 Conseqüències i riscos.....	6
2.3 Epidemiologia.....	8
2.4 Etiologia.....	9
2.4.1 Factor sociocultural.....	9
2.4.2 Factors individuals:.....	11
2.4.3 Factors biològics:.....	11
2.4.5 Factors predisposants, precipitants i protectors.....	12
2.5 Família.....	13
2.5.1 Intel·ligència emocional i família:.....	14
2.5.2 La comunicació i la família.....	15
2.5.3 Autoestima i família.....	17
2.5.4 Nutrició i família.....	18
2.6 Programes basats en l'evidència que s'hagin implementat anteriorment.....	19
Programa: Darrere del mirall.....	22
3. Objectius.....	22
4. Fitxa tècnica.....	22
5. Població destinatària.....	24
6. Presentació d'activitats estructurades amb els objectius d'intervenció i contingut.....	25
7. Metodologia i tècniques.....	30
8. Implementació.....	31
9. Disseny d'avaluació.....	32
10. Competències professionals.....	33
11. Limitacions.....	34
12. Conclusions.....	35
13. Referències.....	39
14. Annexos.....	43
Taula 3.....	43
Taula 4.....	44
Taula 5.....	45
Taula 6.....	47
Taula 7.....	49
Transcripcions.....	50
Episodi 1: Presentació.....	50
Episodi 2: Desmuntant mites: Què són els TCA? amb Glòria Tràfach.....	55
Episodi 3: Etiologia dels TCA i factors protectors amb Maria Aymerich.....	67
Episodi 4: Conscienciar dels riscos amb Mariona Fontrodona.....	74
Episodi 5: Treballar la intel·ligència emocional, des de casa; amb Alba Garcia.....	82
Episodi 6: Treballar la comunicació, des de casa; amb Pau Chapur i Olga Suy.....	97
Episodi 7: Treballar l'autoestima, des de casa; amb Pau Chapur i Olga Suy.....	107
Episodi 8: Desmuntant la cultura de la dieta amb Anna Torelló.....	113

Episodi 9: La veu de l'experiència amb Anna Sapena.....	126
Episodi 10: La veu de l'experiència, des de casa; amb Montse Codina.....	138
Episodi 11: Tancament.....	143
Avaluació qüestionari Google Forms.....	151
Fulls de consentiments informats.....	153

Índex de Figures

Figura 1.....	5
Figura 2.....	9

Índex de Taules

Taula 1.....	22
Taula 2.....	26
Taula 3.....	43
Taula 4.....	44
Taula 5.....	45
Taula 6.....	47
Taula 7.....	49

1. Introducció

Malgrat s'ha incrementat la visibilització de la salut mental en els últims anys, encara hi ha una gran estigmatització envers a la gravetat dels trastorns mentals i cap al que pot comportar en les persones que els pateixen. Sovint, de forma normalitzada, innocent i molt propera, es duen a terme possibles conductes de risc, les quals augmenten la vulnerabilitat dels individus a desenvolupar alguna patologia. Aquesta tendència també s'aplica als Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA), i, atès el seu augment de prevalença en els últims anys, és essencial començar a introduir programes i eines útils per al seu abordament i prevenció.

Des de l'àmbit familiar, és essencial tenir cura d'aquests aspectes, comprenent la complexitat i la disrupció que pot generar un trastorn alimentari, així com entendre la base emocional que els subjau. El paper preventiu de la llar pot ser la clau mestra per reduir, no només els costos de tractament, sinó també l'aparició d'aquest grup de trastorns. Per tant, és determinant avançar-se i curar-se en salut, evitant també les greus conseqüències que poden derivar els Trastorns de la Conducta Alimentària.

Així doncs, el focus d'aquest programa anirà dirigit a detectar i treballar, des dels familiars, alguns d'aquells factors que poden influir en el desenvolupament dels TCA per actuar abans que acabi de desenvolupar el quadre clínic complet. El programa de prevenció primària esmentat, adquireix un format *podcast*, en el qual s'exploren i potencien algunes de les bases d'aquesta problemàtica.

2. Marc teòric

2.1 Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA)

Els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) són un conjunt de trastorns mentals caracteritzats per alteracions persistents en l'alimentació o en el comportament relacionat amb la ingesta i la constitució corporal. Aquestes alteracions tenen en comú una gran preocupació per la relació amb l'alimentació, el pes i la figura corporal, causant un deteriorament significatiu de la salut física o del funcionament psicosocial, classificant-se, segons el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), de la següent manera:

Anorèxia nerviosa (AN)

Segons l'extret en el DSM-5, l'anorèxia nerviosa és un trastorn basat principalment en la restricció de la ingesta i dels nutrients davant les necessitats energètiques de l'organisme. S'observa una por intensa a guanyar pes, a la vegada que hi ha un desig irrefrenable d'estar prim, tot i situar-se en valors d'infrapes. Com a resultat, s'hi troben pacients amb un pes significativament baix, per sota dels mínims normals, segons correspondria per la seva edat o sexe, trajectòria de desenvolupament i salut física. A més, hi ha una alteració en la percepció i la importància del propi pes, talla o constitució corporal.

Bulímia Nerviosa (BN)

Descrita en el manual diagnòstic com a trastorn alimentari on hi ha episodis d'afartaments i purgues. Els primers, consisteixen en una ingesta voraç i incontrolada d'aliments en un curt espai de temps, on s'ingereix una quantitat excessiva d'aliments. Tot seguit, per a intentar compensar-los i evitar guanyar pes, apareixen també episodis de purga, tapant d'alguna forma aquests sentiments de vergonya i culpa que havia ocasionat l'afartament. En alguns casos, poden aparèixer també altres conductes o pràctiques com dejunis, vòmits autoinduïts. Per a considerar BN cal que aquests símptomes apareguin amb una freqüència mínima d'1 cop per setmana en els últims 3 mesos, juntament amb una autoavaluació excessivament influïda pel pes i la silueta.

Trastorn per afartament (BED - Binge Eating Disorder)

Aquest trastorn es caracteritza únicament per episodis d'afartament, on durant un espai de temps limitat hi ha una ingesta d'aliments en una quantitat superior a la que la majoria de les persones ingeririen en condicions similars, sentint una pèrdua de control conjuntament amb malestars intensos. Per a considerar-ho afartament cal que hi hagi almenys 3 o més dels següents indicadors: ingesta voraç, menjar grans quantitats d'aliment, no poder parar fins a sentir-se exageradament ple, menjar sol per vergonya que el vegin o sentir-se culpable, sent presents setmanalment durant almenys els últims 3 mesos.

Trastorns de la Conducta Alimentària no especificats

Adicionalment, a les anteriors, es troba una categoria diagnòstica on s'engloben símptomes característics d'un TCA, causant malestar clínicament significatiu en la persona. En comparació als trastorns anteriors, es difereix que no s'acaben de complir completament els criteris, tot i la seva gravetat i reconeixement clínic.

Figura 1

Iceberg dels TCA



Nota: Metàfora gràfica per a entendre els Trastorns de Conducta Alimentària són una problemàtica que inclou una base psicològica, i per tant, cal entendre'ls més enllà de la relació amb la ingesta i els símptomes més físicament visibles. Extreta

de Arroyo, A., Barba, P., & Carot, T. (2021). *Curs: Introducció a l'abordatge dels Trastorns de la Conducta Alimentària i Psicologia de l'Obesitat 2a Edició*. [Apunts acadèmics]. Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya.

2.2 Conseqüències i riscos

Convé conèixer les conseqüències que poden arribar a comportar els TCA, per evidenciar la seva gravetat i prendre consciència de la importància en la prevenció i recuperació.

Psicològicament i tal com s'exposa des de l'ACAB (2020) i en l'American Psychiatric Association (2013), en ser trastorns de base emocional, és molt freqüent presentar sentiments de tristesa, angoixa, inseguretat, canvis d'humor, atacs d'ira, irascibilitat, problemes d'autoestima, entre altres estats emocional. Aquesta simptomatologia és especialment predominant en l'entorn familiar o s'agreuja davant de temes relacionats amb el menjar o la figura corporal. A més, el mateix trastorn genera una por intensa a guanyar pes, provocant distorsions de pensament envers la percepció del cos i menjar. Aquesta, està relacionada amb components obsessius i emocionals com la insatisfacció corporal i la por a guanyar pes. D'una banda, poden sobredimensionar la seva figura o no identificar la gravetat del seu estat. Socialment, impliquen també afectacions on destaca la tendència a l'aïllament social, la solitud, les dificultats per gaudir de relacions interpersonals o el lleure i la disminució d'energia o interès a socialitzar. En casos greus, es poden desenvolupar altres trastorns comòrbids, especialment i sent els més comuns trastorns d'ansietat i depressió. Tal és l'impacte psicològic quant a conseqüències, que es poden arribar a trobar autolesions o intents de suïcidi comesos durant la malaltia en casos extrems (ACAB, 2020).

A més, dins la simptomatologia més comuna, particularment en la bulímia, però també en altres TCA, són les conductes purgatives. Aquestes, comporten moltíssimes complicacions en els diferents aparells i sistemes corporals, ja sigui pels desequilibris intestinals, com també l'aparició de les lesions en la mucosa oral, esòfag o esmalt dental entre d'altres (ACAB, 2020).

Altrament, s'hi poden arribar a trobar patologies cardíaques de gravetat considerable: desequilibris autolítics, disminució de la pressió arterial, de la freqüència cardíaca i de la quantitat de sang que el cor bomba; algunes d'aquestes

associades poden extremer fins al punt de possibilitar la presència de morts sobtades (ACAB, 2020).

També, davant de casos d'anorèxia amb desnutrició, s'observa debilitat muscular, òssia, pèrdua de resistència i força, per tant, facilitat per fractures o desenvolupar osteoporosis (ACAB, 2020). Contràriament, els trastorns on predomina la sobreingesta calòrica, és possible presentar obesitat, amb totes les patologies associades a aquesta: en l'àmbit biomèdic alerta davant de possibles problemes respiratoris, cardíacs, circulatoris, hepàtics, diabetis o apnees entre d'altres i, psicològicament pot comportar afectació en el desenvolupament psicosocial, baixa autoestima i agreujar més la insatisfacció de la imatge corporal (ACAB, 2020).

Finalment, dins dels Trastorns de Conducta Alimentària hi trobem alteracions hormonals i menstruals, destacant l'amenorrea. L'amenorrea (Duarte i Mendieta, 2019) és la manca de menstruació, concretament l'amenorrea central hipotalàmica, ve provocada per factors estrictament relacionats amb els TCA (esport excessiu, manca d'energia i nutrients, estrès). En resultat a aquesta alteració, no hi ha menstruació provocant que apareguin una sèrie de conseqüències: problemes de fertilitat, en la densitat òssia, cardiovasculars, afectacions a l'autoestima, imatge corporal, estat d'ànim, disminució del desig sexual, manca de lubricació, estat fatigat, entre d'altres. Fa uns anys, la importància d'aquest desajustament era tal que es trobava inclosa en els criteris diagnòstics per l'anorèxia nerviosa; en l'actualitat, segons Duarte i Mendieta (2019), simplement es presenta com un símptoma amb presència freqüent en les pacients diagnosticades amb TCA. Aproximadament, les dades es situarien sobre un 40% de pacients amb TCA que presenten aquesta irregularitat hormonal i menstrual (Campos del-Portillo, Matía-Martín, Castro-Alija, Martínez, Olmos i Gómez-Candela, 2022)

Davant de tota la possible simptomatologia exposada, caldria clarificar que, patir alguna d'aquestes anomalies no implica tenir un TCA. Per tant, és crucial assistir als professionals especialitzats, per a valorar detalladament un possible diagnòstic diferencial, i seguidament, abordar el tractament com a tal. Així doncs, queda mostrat la gravetat i conseqüències que poden arribar a ocasionar els trastorns alimentaris, resultant encara més complex el tractament.

2.3 Epidemiologia

En general, les estimacions sobre incidència i prevalença poden tenir resultats diversos però aproximats. Segons l'ACAB (2020) el perfil amb més risc per desenvolupar un trastorn alimentari són les noies d'entre 12-18 anys, i segons els últims estudis, coincideix amb una prevalença en població adolescent entre 4,1 - 4,5% entre els 12 i 21 anys. En particular, un 3,1% en TCA no especificat, i al voltant d'un 0,3% i un 0,8% en anorèxia i bulímia, respectivament.

Les dades a Girona evidencien un augment de prevalença en els últims temps, segons l'entrevista de Tot Salt (2021), en l'any 2020 els ingressos hospitalaris de la zona gironina van créixer a un 40% en comparació a l'any anterior. Aquestes dades són congruents amb la investigació de Vilamitjana (2021) on recull les dades disponibles del Parc Hospitalari Martí i Julià, passant d'un 3% de diagnòstics en TCA l'any 2018 a un 4,2% el 2021; desglossant-se en 59,6% TCA no especificats, 17,6% per BN i un 22% per AN.

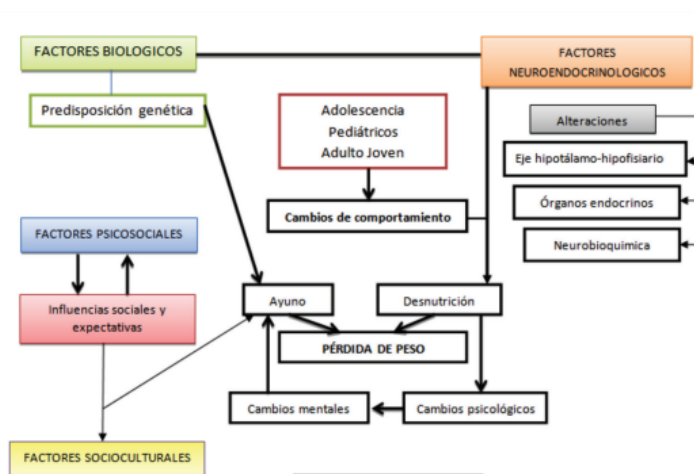
Semblaria que no hi ha un únic motiu exacte o únic per a explicar l'augment. Per una banda, sembla relacionar-se amb com en l'adolescència hi ha una maduració de la identitat, per tant, és un moment evolutivament vulnerable, juntament amb la importància que es dona les relacions interpersonals, i com aquestes van ser dràsticament tallades durant els anys de pandèmia. A més, arran dels sentiments d'incertesa, culpabilitat, vivències de tristesa, ansietat, patiment i estrès que van caracteritzar aquella època, es va facilitar l'augment de la fragilitat i vulnerabilitat de factors ambientals, els quals van incidir negativament (Vilamitjana, 2021 i Tot Salt, 2021). Atès que les dades evidencien un augment d'individus afectats pels TCA (Vilamitjana, 2021), està clar que és, en l'actualitat, un problema de salut preocupant dins la nostra societat. Amb aquest motiu, i contemplant les complicacions pertinents, és imprescindible executar una tasca preventiva i instaurar les mesures mèdiques pertinents per reduir notablement la seva freqüència i la seva gravetat.

2.4 Etiologia

Per a poder dissenyar un programa adequat i específic és imprescindible determinar i conèixer bé els factors de risc que poden agreujar o potenciar els diferents trastorns alimentaris. En l'actualitat, la causa d'aquest grup de trastorns no s'arriba a conèixer amb exactitud, però convé apuntar estratègies de prevenció acurades (Serrano, 2021). No obstant això, sí que es pot confirmar que l'etiologia és biopsicosocial i multicausal, car, intervenen tant factors biològics, psicològics com socials; així com factors familiars, socioculturals, interpersonals o biològics (Duarte i Mendieta, 2019). És per això que cal descriure els múltiples factors de risc, presència dels quals pot tenir un efecte sumatori o exponencial, provocant que davant la presència de diversos factors que s'exposaran a continuació es pugui arribar a desenvolupar la psicopatologia.

Figura 2

Etiologia multifactorial



Nota. Imatge gràfica del model multifactorial dels Trastorns de Conducta Alimentària. Extreta de Duarte i Mendieta (2019)

2.4.1 Factor sociocultural

Als països industrialitzats moderns els individus prims s'associen, erròniament, amb la bellesa, la salut i la riquesa (Casero, 2022). Així doncs, no és d'estranyar que un gran percentatge de la població desitgi estar prima, sobretot, una majoria de noies adolescents, on la vulnerabilitat és major.

Segons Casero (2022) la societat actual destaca per a viure una era on reina la coacció publicitària i social, en aquesta, hi ha una constant exposició a contingut

sense conèixer la realitat al darrere, amb poca varietat de cossos i una pressió estètica brutal. No només pel contingut en si, sinó que les xarxes poden donar peu a rebre comentaris, comparacions o idees errònies de la realitat, resultant en un augment d'inseguretat dels consumidors, i en conseqüència, una major probabilitat de desenvolupar un TCA. D'aquesta manera, les xarxes s'han convertit en el centre d'exhibició del cànon de bellesa idealitzat. Aquests elements acaben provocant una tensió aclaparadora, juntament amb un missatge errat d'aspiració a aquests, ja que el discurs s'enfoca dirigit de tal manera que és fàcil pensar que només sent primes seran atractives, espirituals i competitives amb les altres (Casero, 2022). Esdevé clau contemplar els principals models de la societat, sobretot relacionat amb les dones, confirmant que la idealització de certs tipus de cossos, juntament amb una preocupació pel pes augmenten el risc de desplegar un TCA (Arroyo, Barba i Carot, 2021). La pressió social augmenta considerablement davant de l'estereotip de dona perfecte, on a través d'exemples emprats per la televisió, revistes o xarxes socials es mostra una dona prima, saludable, bella, que treballa a temps complet i triomfa (Casero, 2022). Davant de la dificultat per a arribar a aquest nivell d'exigència, es poden desenvolupar sentiments de fracàs, disminució d'autoestima entre altres malestars. L'autor Hernán (2015) planteja les diferències existents davant el gènere, contemplant el conjunt de rols atribuïts a cadascun. Mentre que el cos femení sol estar relacionat amb una figura esvelta, els homes tendeixen a buscar una figura més musculosa on es busqui més pes. Desgraciadament, la pressió d'estar prim es tradueix més enllà del model de societat, convertint-se en un producte venut, amb insistència, a través dels mitjans de comunicació, publicitat, referents televisius, models de moda, etc. Això pot provocar no només a comparacions respecte al mateix cos i els models de cossos que rebem com a estímul, sinó també pot convidar, amb facilitat, a pensar que s'ha d'aconseguir sota qualsevol preu, tot traduint-se en conseqüències desfavorables cap a la salut psíquica (Casero, 2022).

Convé destacar, breument, les relacions familiars dins les variables psicosocials. La pressió social per a assolir un cos esvelt pot venir donada en moltes ocasions pel mateix grup familiar, que comenta implícitament o explícitament la importància de l'aparença prima, reforça les conductes de dieta i estimula el seu seguiment o fins i tot rebutja el sobrepès o l'obesitat, transmeten aquestes idees als fills. Tanmateix, des de casa és on s'aprèn la relació amb el menjar, la figura o el pes; com també

s'aprenen creences, ideologies i formes d'actuar d'acord amb aquestes. Sovint es transmet de generació en generació i, per tant, facilitant que si aquesta està caracteritzada per comentaris respecte del pes o la figura, restriccions, exigències; la probabilitat de desenvolupar problemes en la conducta alimentària es pot veure agreujada. Això no deixa de banda que, les possibles crítiques generades per altres persones relacionades de forma directa amb els infants poden influir d'igual manera en la imatge corporal que aquests puguin tenir, així com en la construcció de valors i creences. Aquestes característiques sumades, segons Gómez (2016), a possibles models de criança familiar, ja sigui per altes demandes dels progenitors, famílies desestructurades o molt sobreprotectores, lideratges confosos o vincles ambivalents o poc afectuosos, i també l'organització dels àpats, la presència de dietes atípiques, hàbits desregulats o mala organització dels menjars; poden esdevenir factors de risc comuns en tots els trastorns de l'alimentació.

2.4.2 Factors individuals:

Segons Serrano (2021) alguns trets de personalitat, com poden ser el perfeccionisme, l'emocionalitat negativa, la simptomatologia depressiva, la baixa autoestima o la impulsivitat tenen un paper clau a l'hora de desenvolupar símptomes característics dels TCA.

Això cobra sentit si pensem en com aquestes característiques, de forma desadaptativa, poden mantenir o facilitar el desenvolupament de patologies, ja que doten d'una autoimposició d'estàndards elevats, donen peu a pensaments dicotòmics o a una necessitat de control que acaba desembocant en descontrol i que, faciliten la vulnerabilitat en l'individu (Arroyo et al., 2021).

2.4.3 Factors biològics:

Algunes investigacions associen aquests trastorns amb alteracions en el sistema de neurotransmissors, especialment destacant desregulacions en noradrenalina, serotonina i dopamina (Duarte i Mendieta, 2019). A més, la funcionalitat anormal de l'hipotàlem, com també el paper d'algunes hormones (grelina, leptina i oxitocina) semblen estar força relacionades amb el metabolisme basal, provocant alteracions en la conducta alimentària (Duarte i Mendieta, 2019).

2.4.5 Factors predisposants, precipitants i protectors

Existeixen altres explicacions en l'etiologia, considerant que alguns dels factors esmentats anteriorment poden augmentar la susceptibilitat de desenvolupar un TCA o tenir un paper més desencadenant. (Arroyo, Barba i Carot, 2021)

Per entendre millor els predisposants, cal concebre'ls com aquelles que podrien suposar una vulnerabilitat per desenvolupar el trastorn, però que, per si sols no causen cap psicopatologia. Són la base que pot sustentar tota la resta. Una de les més estudiades per Hernán (2015) seria el fet de ser dona, especialment a partir de la pubertat o en l'adolescència, i encara es veu més incrementat davant de la presència de predisposició genètica a constitucions considerades, socialment, més grosses. A més, perfils perfeccionistes, exigents, obsessius, amb baixa autoestima, afecte negatiu, o alexitímia, entesa com la incapacitat d'identificar, reconèixer i expressar emocions; també són considerats contemplar com a rellevants (Arroyo et al., 2021). Sense oblidar tampoc les relacions interpersonals, destacant aquelles que emfatitzen la imatge corporal i les relacions familiars tenses o poc afectuoses, les famílies rígides o controladores, com també mancances en l'estructuració d'horaris d'alimentació. Per últim, destaquen els factors socials relacionats amb els mitjans de comunicació, les xarxes socials i l'augment d'exposició de la figura corporal. Tornant a incidir en la importància i condicionament de la influència dels mitjans de comunicació, associant l'èxit a la imatge corporal, i posant el focus en figures primes, aprovades per la societat, i fent difusió d'una ideal de bellesa estricta i poc divers (Casero, 2022).

D'altra banda, existeixen factors precipitants. Aquests són els que poden acabar originant el desenvolupament, entesos com a desencadenants, ja que interaccionen amb altres factors, condicionant prou per a fer passar a l'acció i desenvolupament. Un exemple podrien ser els canvis corporals, especialment en la pubertat on les dones tendeixen a eixamplar-se o a créixer pit i malucs. El fet de sentir insatisfacció respecte del pes i la silueta pot condicionar força, com també la rebuda de crítiques sobre la figura corporal. Arroyo et al., (2021) contemplen l'aparició d'estressors o canvis vitals rellevants, ja que pot ser una època de vulnerabilitat, també l'inici de pèrdua de pes, davant la falsa sensació de control de la baixada de pes i sovint, la valoració de l'entorn davant d'aquest.

De la mateixa manera que s'ha exposat l'existència de certs factors de risc per al desenvolupament d'un TCA, també existeixen factors protectors. Aquests, actuen per a poder reduir el risc a desenvolupar la patologia (Serrano, 2021).

A escala individual, alguns dels factors protectors que més destaquen són mantenir una bona autoestima, així com una bona imatge corporal positiva, desenvolupar esperit crític en relació amb els mitjans de comunicació. Seguit de mantenir bones habilitats socials, bona adaptació escolar (tant pel que fa a rendiment com a relació entre iguals), tenir habilitats d'assertivitat, resolució de problemes i estratègies d'afrontament, així com mantenir benestar emocional, entre altres troballes de Peláez-Fernández et al. (2021).

Pel que fa a la protecció d'aquells factors socioculturals, Serrano (2021) planteja opcions que poden afavorir com: participar en esports o indústries on no hi hagi èmfasi en l'atractiu físic, formar part d'una cultura que accepti major diversitat de figures corporals i, en general, relacions interpersonals o de suport on el pes, el menjar o l'aparença física no tingui una gran importància.

Finalment, dins els factors familiars es destaquen aquelles famílies on no hi ha un focus exagerat en el pes o l'atractiu físic, on es permet crear un espai d'expressió emocional on regni una bona comunicació i on es realitzi, almenys, un dels àpats principals conjuntament (Garbizu, 2022).

Davant de la detecció de factors familiars, tant de risc com protectors, posa en evidència la necessitat d'aprofundir sobre aquests i basar, part del programa, en la focalització i potenciació d'alguns dels esmentats (Serrano, 2021).

2.5 Família

Les dades presentades per Godoy et al. (2020) mostren no només la transmissió intergeneracional de factors de riscos, sinó també de factors protectors relacionats amb les conductes alimentàries. És ben cert que, en els TCA els principals cuidadors poden tenir una gran influència. Per Garbizu (2022) cal que se'ls brindi l'oportunitat de satisfer les seves necessitats, fent evident la necessitat de desenvolupar un programa on es treballa des de la seva participació activa,

millorant l'ambient familiar i, en conseqüència, la qualitat de vida dels pacients o la resta del nucli. Aquesta competència cal que es basi, primerament, en la psicoeducació dels familiars, com a part de l'educació per a la salut. És primordial comprendre la complexitat dels Trastorns de la Conducta Alimentària (Serrano, 2021) i educar a les famílies sobre la malaltia de la persona que estan cuidant.

Per altra banda, hi ha condicions positives o factors protectors que poden servir en campanyes de promoció de salut mental a les famílies per mitjà d'activitats on a través d'aquest s'enforteixi la capacitat de les famílies per superar les adversitats de forma integrada (Godoy et al., 2020). És des d'aquest sentit que es planteja com la família cal que actuï a diferents nivells educacionals: aprofundint en les capacitats emocionals, comunicatives, en l'autoestima i la relació amb l'alimentació.

2.5.1 Intel·ligència emocional i família:

El primer pas és entendre què són les emocions: les emocions són reaccions fisiològiques, internes, breus, amb caràcter primari i universals, instaurades abans del pensament amb una funció adaptativa per a la supervivència. Aquests estímuls desequilibren el nostre equilibri intern, alterant-lo i activant la necessitat de mobilitzar recursos per intentar tornar a l'homeòstasi. Per simplificar a les emocions més bàsiques i primitives s'hi trobarien: alegria, tristesa, por, sorpresa i ira.

Erròniament, s'intenta controlar les emocions o suprimir-les, però precisament, tenen una funció molt clara i útil: la supervivència i informar; fet que ens ha permès anar evolucionant i ser aquí. En aquest sentit, la societat ha malinterpretat les emocions, caient en una imposició de felicitat constant i invalidant o desqualificant les emocions considerades desagradables, intentant evitar-les i no aprendre a regular-les o ni tan sols expressar-les. Davant d'aquest fenomen, s'evidencia la importància de proporcionar educació i habilitats d'intel·ligència emocional, considerant que, malauradament, es parteix d'una societat protagonitzada per escàs coneixement emocional.

A més, Zavala i López (2012) parlen de com mancances en la construcció adequada d'intel·ligència emocional (IE) pot afectar les persones que pateixen TCA. Aquest concepte definit per Salovey i Mayer (1997) com “l'habilitat per percebre, valorar i expressar emocions amb exactitud; l'habilitat per accedir i/o generar sentiments que facilitin el pensament; l'habilitat per comprendre emocions i el coneixement emocional i l'habilitat per regular les emocions provenint un creixement emocional

i intel·lectual”. Especialment en la tasca preventiva de salut mental, ja que no educar emocionalment pot conduir cap a conductes de risc psicosocial, especialment en aquelles poblacions més vulnerables com per exemple, els/les adolescents (Zavala i López, 2012). Les persones amb un alt nivell d'intel·ligència emocional tenen habilitats emocionals més avançades que les que tenen una puntuació baixa a l'IE. Aquestes habilitats els permeten superar i gestionar de manera més efectiva situacions difícils a les seves vides. D'altra banda, aquells amb puntuacions més baixes a IE solen tenir dificultats per comprendre, regular i controlar les seves emocions, cosa que pot fer que tinguin menys èxit a afrontar els efectes negatius dels trastorns alimentaris (Zavala i Lopez, 2012). La manca d'una adequada construcció d'intel·ligència emocional pot afectar les persones que pateixen TCA. L'habilitat per aconseguir identificar-les, comprendre-les i finalment regular-les forma part del model d'intel·ligència emocional de Salovey i Mayer (1997). Aquest model es considera essencial per a l'educació emocional, el qual és un dels objectius centrals dins el procés de recuperació i prevenció. S'ha d'oferir suport emocional i mostrar interès en les activitats i experiències dels seus membres des de la llar, cosa que pot ajudar a reduir l'estrès i l'ansietat, els quals poden contribuir al desenvolupament de malalties (Serrano, 2021). És important contemplar l'aprenentatge en l'àmbit familiar, com també a escala personal, fent una revisió personal. És a dir, proporcionar eines i una formació, per a poder empoderar-los cap al desenvolupament de les competències emocionals de manera autònoma i optimitzant així el desenvolupament d'aquesta competència, amb la finalitat de disminuir determinades disfuncions (Pelaez-Fernández et al., 2021).

2.5.2 La comunicació i la família

Dins l'educació integral cal contemplar-hi una comunicació adequada. La comunicació és el procés mitjançant el qual s'expressen sentiments i/o pensaments, ja sigui a través del llenguatge verbal, com el no verbal (Garbizu, 2022). Sovint, les conductes disfuncionals amb l'alimentació i la forma en com ens hi relacionem pot venir causada per la manca d'habilitats comunicatives, utilitzant la conducta patològica com a metodologia per comunicar i relacionar-nos.; convé posar atenció i millorar aquesta habilitat (Sevilla, 2019). Les eines de comunicació són habilitats fonamentals a desenvolupar en l'educació general dins les relacions, però encara més en la família. La comunicació familiar s'entendrà com el grau de confiança a

l'obertura que presenten els individus a l'hora de poder expressar els sentiments i pensaments als progenitors, així com la percepció de la possible resposta que obtindrien si ho fessin (Sevilla, 2019). Aquesta pot ser la base dins la relació d'ajuda, millorant l'ambient, el clima i cohesió familiar, l'organització, el control i la comunicació assertiva i, per tant, afavorint positivament com a factor protector, en la prevenció i aparició dins la població de risc; o fins i tot, a la seva recuperació en cas de ja haver desenvolupat un trastorn alimentari (Garbizu, 2022).

El funcionament i les interaccions entre els membres en estructures familiars on existeix alguna patologia de conducta alimentària, a més d'escasses, poden ser més passivoagressives, solen ser poc predisposades a promoure l'expressió de pensaments i sentiments, amb manca de límits en general (Sevilla, 2019). En aquest mateix estudi, exposa l'escassetat respecte de la comunicació familiar amb pacients amb TCA, evidenciant un dèficit des dels progenitors. Chapur (2002) recalca el fet d'haver-hi certa autoritat responsable, educadora i que pretengui comunicar idees, com també sigui capaç de brindar ajuda, acceptació i que s'entengui, que aconseguixi escoltar, acceptar e incorporar aquesta habilitat a si mateix i a l'altre. Una educació integral inclou una comunicació adequada, des de totes les parts, és a dir, comunicació mútua en el cas que parlem de dos progenitors, i comunicació pal·liu-filial també. “Busquem donar autoritat, responsabilitat i educació, facilitar l'acceptació, que s'entengui, i que incorpori a si mateix però sempre intentant que pugui adquirir certa responsabilitat” (Chapur, 2002). S'entén i es persegueix que, amb una comunicació adequada, les dues parts sempre acaben millorant i enriquint-se mútuament.

Així doncs, tal com exposa Sevilla (2019), prèviament al desenvolupament de la possible patologia, la família té un paper actiu dins d'aquesta dimensió; evidenciant la importància d'un modelatge exemplar i la necessitat de treballar la comunicació per a millorar, també, el clima familiar. És fonamental tenir ben formada aquesta habilitat social, ja que millorar les habilitats comunicatives per a la interacció social pot traduir-se en una disminució de l'aparició de símptomes centrals del quadre alimentari i afavorir al manteniment a llarg termini dels canvis assolits (Garbizu, 2022). Cal, doncs, reforçar habilitats assertives, per a poder expressar dins d'un context interpersonal les necessitats, sentiments, preferències i opinions sense

agressivitat o malestar, respectant a l'altre i a un mateix, augmentant la probabilitat de ser reforçats externament.

En aquesta mateixa dimensió, i amb els resultats assolits per Sevilla (2019), cobra sentit que sigui necessari treballar, des dels progenitors, totes aquestes habilitats per a desenvolupar aptituds protectores. A més, pensar que si existeix una comunicació familiar poc adaptativa, també es presenti sovint una autoestima afectada i més aviat baixa (Sevilla, 2019).

2.5.3 Autoestima i família

Els resultats de Serrano (2021) indiquen que l'autoestima pot ser un factor de risc, així com protector, per al desenvolupament d'un TCA, i és determinant el grau de vàlua personal que té l'individu sobre si mateix i la influència d'altres variables com l'ansietat o la depressió. Així, la baixa autoestima genera preocupació per la imatge corporal i el menjar, cosa que pot desencadenar la patologia. La imatge corporal i la percepció de l'autoestima depèn, en gran manera, dels ideals de bellesa imposats per la cultura i la societat, idealitzant un model estètic femení molt concret (Hernán, 2015). Això fa que sovint, les persones, en comparar-se amb els models esmentats, se sentin insatisfetes i optin per metodologies insanes, desadaptatives i poc funcionals per a aspirar esperançades a aquest tipus de cossos, augmentant el risc de realitzar conductes d'un trastorn alimentari. Algunes etapes vitals són fonamentals en la construcció de l'autoestima. Els infants tenen la necessitat de sentir-se apreciats per les figures de referència, per tant, fàcilment aprendran a veure com els hi han dit que són. Aquesta vulnerabilitat augmenta especialment en l'adolescència, coincidint amb una etapa de creixement i desenvolupament de la identitat, protagonitzada per canvis, avaluacions i en conseqüència, l'autoestima pot presentar afectacions, més inseguretats i insatisfacció corporal (ACAB, 2020). Sembla que els comentaris exteriors o referències negatives respecte a la forma o mida del cos afecten l'autoestima de les persones que ho reben. Cal subratllar la influència que poden adquirir aquestes crítiques quan vénen des de casa, pel caràcter repetitiu, reiteratiu i per l'exigència, sovint inconscient, d'un encaix en un model estètic concret (Godoy et al., 2020). Així doncs, l'ideal estètic influent pot venir imposat per la societat; però també a través de les crítiques del nostre entorn més pròxim, com la família, els quals també es troben nodrits d'aquesta mateixa cultura (Casero, 2022; Sevilla, 2021).

Davant d'aquest fenomen, convé que els cuidadors aprenguin a donar respostes afectuoses, amb reforç a l'aprovació i acceptació, més enllà de la imatge corporal. Emfatitzar la importància de la salut i el benestar, en comptes de l'aparença física. Peláez-Fernández et al (2021) posa de manifest que a major autoestima menys simptomatologia ansiosa i major intel·ligència emocional, conseqüentment, disminució de símptomes del TCA. Per tant, és necessari assenyalar i desenvolupar-ho, pel seu paper crucial on, davant de baixos nivells poden predisposar a desenvolupar un TCA, però nivells sans poden actuar com a factor protector d'aquest. Precisament, aquest esdevé el motiu pel qual cal emfatitzar i dissenyar programes de prevenció enfocats a l'enfortiment i desenvolupament de l'autoestima, generant habilitats d'afrontament, acceptació i reforç personal, facilitant i potenciant aquest factor protector tant amenaçant (Serrano, 2021).

2.5.4 Nutrició i família

Cal, incloure una educació nutricional, tant en el tractament com en la seva prevenció, per a modificar conductes alimentàries disfuncionals (Fuentes et al., 2021). Mitjançant aquesta educació, es podran assolir patrons més saludables, incidint en els diferents factors que poden condicionar eleccions o actituds cap a l'alimentació. Des de casa, cal participar també en aquesta tasca i nodrir-se de coneixements relacionats amb la nutrició, revisar primerament des de quin punt es parteix i en base això, construir, educar i posar en pràctica una educació nutricional saludable i de qualitat, basada en hàbits saludables. L'actuació busca aportar coneixements o informació sobre els aliments i els seus nutrients. Tanmateix, va més enllà, persegueix un canvi de comportament, procurant prendre consciència del problema i ajudant a descobrir els beneficis que els canvis poden reportar. Proporcionant eines que afavoreixin el desenvolupament d'habilitats que prioritzin una elecció alimentària adequada i duradora en el temps: en definitiva, ajudant-lo a saber què fer i com actuar per millorar la nutrició (Fuentes et al., 2021)

Algunes actituds alimentàries de la família poden influir en l'aparició de símptomes de patologia alimentària, ja cobrant importància durant la infància. Estudis recollits per Gomez (2016) han demostrat, tal com s'ha fet constar anteriorment, que la insatisfacció corporal i l'ideal d'estar prim, especialment per la figura materna, pot predir l'aparició de símptomes de patologia alimentària a la infància primerenca. També s'ha trobat una associació entre els comentaris crítics cap a la figura i el pes,

especialment relacionat amb l'aparició de bulímia nerviosa en els fills/es (Arroyo, Barba i Carot, 2021). Fins i tot, Godoy et al (2020) evidencien obstacles per al desenvolupament de conductes alimentàries i corporals saludables, com ara l'ús d'estratègies parentals estructurades, una alimentació permissiva dins de la família i especialment amb els adolescents, la manca d'accés a aliments saludables, els comentaris de les mares sobre el cos dels fills i les diferències entre pares quant a l'alimentació dels fills, entre d'altres. Per això, cal prendre consciència del risc esmentat i potenciar allò que pot protegir als membres familiars. Així doncs, el paper de la llar passa per revisar les creences respecte de l'alimentació basant-nos en una dieta saludable on s'intenti prioritzar, com a hàbit, aliments nutritivament interessants, però que a l'hora sigui una dieta suficient, variada, suficient, agradable i plaent (Serrano, 2021). Es convida i recomana mínim fer un àpat principal junts en família o altres actuacions com cuinar conjuntament, com una activitat familiar més, evitar que la conversa només giri entorn de l'alimentació o amb to crític cap a aquesta (Garbizu, 2022). Tot partint des del respecte a la salut, entesa més enllà de l'àmbit físic o corporal, i incorporar una visió on cobri importància el benestar total.

2.6 Programes basats en l'evidència que s'hagin implementat anteriorment

En la recerca es presenta bastant heterogeneïtat dins dels programes de prevenció en TCA. Per a visualitzar millor tota la informació recaptada dins d'aquesta revisió, inclou annexades les taules 3, 4, 5 per a un suport visual i esquemàtic del contingut i distribució d'aquests.

La prevenció primària està dedicada a reduir l'aparició d'una patologia. En els trastorns alimentaris té un objectiu clar: actuar sobre les causes del problema, enfocant-se a afavorir els factors protectors, a la vegada que es redueixen els factors de risc, brindant estratègies en l'anticipació d'aparició del trastorn. Segons la cerca, n'hi ha que plantegen instaurar una estratègia poblacional, reduint el risc mitjà actuant en població general o, per altra banda, implementar mesures en població d'alt risc o major incidència per actuar estratègicament (Sánchez et al., 2017). Cal contemplar qui forma part del mateix ambient social i cultural, el qual perpetua les normes no saludables, així com la pressió estètica (Casero, 2022). Des d'aquests programes, es considera obrir-se cada cop més per a ser integradors. Així,

contemplant les influències de la societat i no només el focus en l'individu, pot esdevenir un factor clau perquè la informació o contingut es mantingui i aporti a llarg termini.

Si es busca contemplar la societat, i relacionat amb l'article de Sánchez et al., (2017), també cal parlar dels programes dirigits a les famílies. Els familiars són un pilar crucial dins els TCA, congruent amb com cada cop més s'encaminen les intervencions familiars abordant sistèmicament la patologia alimentària. Treballar amb la família i no contra aquesta, pot donar la volta i proporcionar recursos que ajuden a superar la problemàtica que implica el trastorn. D'aquesta manera convertint-lo en un abordatge eficaç i apropiat, així com multidisciplinari, integrador, dinàmic i flexible, per a potenciar les fortaleces i recursos dels diferents membres del sistema familiars.

Dins dels de l'heterogeneïtat de programes revisats, semblen coincidir en algunes de les temàtiques que aborden, partint des d'una part comuna i bàsica per a conèixer millor què són els Trastorns de Conducta Alimentària. Les formacions de tipus psicoeducatiu tenen la finalitat de reduir l'estrès dels cuidadors del pacient i millorar, en general, el seu funcionament social (Garbizu, 2022). Més enllà de la part psicoeducacional dels TCA en si, cal exposar les dades alarmants dins el sistema de salut, conscienciar els avantatges d'una detecció precoç, com també la importància d'una educació per la salut, treballant pautes alimentàries saludables, l'adquisició de bons hàbits d'alimentació entre altres conceptes (ACAB, 2020, Sánchez et al., 2017). Altres programes com el d'Aznar et al. (2022) on, també s'inclouen sessions per a potenciar l'autoestima, assertivitat, el desenvolupament de tècniques com el mindful eating, potenciar el pensament crític envers el model estètic, treball parento-filial, entre altres propostes. Addicionalment i congruent amb la complexitat del trastorn, serà enriquidor fer acudir a professionals externs com psicòlegs/es, infermers/es o nutricionistes entre altres opcions (Moreta, 2017); col·laborant i compartint coneixement per a garantir una intervenció de qualitat per tractar aquestes temàtiques d'alta sensibilitat.

Referent a la durada dels programes, la majoria solen tenir entre 3 i 9 sessions (Sánchez et al., 2017). Semblaria que, segons aquesta revisió, programes més breus no permeten la interiorització dels conceptes o habilitats necessàries, ni tampoc un assoliment d'objectius plantejats.

Finalment, en la implementació en general plantegen l'àmbit educatiu, aprofitant que els programes poden ser introduïts en el pla educatiu establert i afavorir, d'aquesta manera, l'acceptació per part dels joves amb edat d'institut, sent la població amb major incidència (ACAB, 2020) però alhora incidir de forma ràpida als pares, els quals són població d'interès per l'aplicació, ja que, realment, totes les edats poden ser susceptibles d'educar. Així i tot, es contempla la digitalització dels programes, pels beneficis en flexibilitat horària que ofereix, assegurant un menor cost en prescindir d'una figura professional de forma presencial i per l'eficiència més gran pel seu accés a població major (Sánchez et al., 2017).

Partint de la definició dels *podcast*, i entès com un contingut auditiu similar a un programa de ràdio que es pot descarregar i escoltar en qualsevol moment, donant llibertat en la reproducció o descàrrega de l'oient (Calderón, 2022). Els *podcasts* poden tenir diversitat en el contingut i format i són una eina d'aprenentatge, descobriment i comprensió de qualsevol mena de temàtica de fàcil reproducció.

Aquesta tècnica s'ha demostrat satisfactòria en estudiants, indicant l'eficàcia dels *podcasts* educatius en aquesta població (Alarcón, Blanca i Bendayan, 2017). Per altra banda, Molina (2021) reafirma que els *podcasts* han resultat positius en pacients, especialment com a metodologia d'autoajuda, modificant actituds i comportaments que impliquen nivells elevats d'estrès. Concordant amb Calderón (2022) qui exposa com aquest mètode permet ajudar no només a entendre'ns, sinó a millorar les emocions, considerat una forma de teràpia per aprendre a calmar la ment, analitzant pensaments, sentiments i, per tant, resoldre inquietuds sobretot en situacions estressants per a buscar i mantenir una salut mental sana. Finalment, encara que no consten estudis d'evidència en el camp dels Trastorns de la Conducta Alimentària, però sí que sembla que s'han assolit resultats favorables en els oients en altres troballes de salut mental (Molina, 2021; Calderón, 2022).

Programa: Darrere del mirall

3. Objectius

L'objectiu principal, i general, al qual es busca arribar és dissenyar un material per a prevenir els Trastorns de la Conducta Alimentària per a població de llengua catalana, enfocat a familiars de població vulnerable a desenvolupar la patologia.

Per altra banda, hi ha diversos propòsits, de caràcter més concret, els quals també s'hi vol arribar:

- Dissenyar el programa de prevenció a través d'un *podcast* fàcil d'entendre per a tots els gèneres, edats i nivells socioeconòmics.
- Formar sobre què són els Trastorns de Conducta Alimentària, informant més enllà de la conducta amb l'alimentació.
- Proporcionar coneixement respecte a la identificació i actuació dels factors de risc associats als Trastorns de la Conducta Alimentària.
- Aportar recomanacions aplicables i pràctiques des dels factors protectors.
- Promocionar un estil de vida actiu i saludable: educant sobre alimentació equilibrada i variada, nutrició i hàbits de vida saludable.
- Treballar la prevenció des de la millora de la consciència, importància i pràctica habilitosa de la intel·ligència emocional.
- Treballar la prevenció des de la potenciació de l'autoestima, de l'acceptació corporal basada en la diversitat i més enllà de la imatge corporal.
- Treballar la prevenció des de la promoció d'habilitats comunicatives.

4. Fitxa tècnica

Taula 1

Taula tècnica de “Darrere del mirall”

Nom del programa	Darrere del mirall
Autoria	Maria Díaz
Població destinatària	Familiars de població vulnerable a desenvolupar un Trastorn de la Conducta Alimentària.

Objectius	Dissenyar un material per a prevenir els Trastorns de la Conducta Alimentària dins la nostra societat.
Distribució de contingut:	<ul style="list-style-type: none"> - Presentació “Darrere del mirall” - Desmuntant mites: què són els TCA? - Etiologia dels TCA i factors protectors - Conscienciar de les conseqüències dels TCA - Treballar la intel·ligència emocional, des de casa - Treballar la comunicació, des de casa - Treballar l’autoestima, des de casa - La veu de l’experiència - La veu de l’experiència, des de casa - Tancament
Fonamentació teòrica	<p>Trastorns de la Conducta Alimentària</p> <p>Conseqüències i riscos</p> <p>Epidemiologia</p> <p>Etiologia</p> <p>Família</p> <p>Programes basats en l’evidència</p>
Metodologia i tècniques	Programa de prevenció primària, mitjançant entrevistes a diversos professionals, pacients i familiars d’aquests; enregistrat per a un programa <i>podcast</i> .
Implementació	Setmanalment, hi haurà la publicació de dos episodis.
Disseny d’avaluació	Qüestionari per a respondre en el programa per a conèixer el feedback i el nivell de coneixement assolit dels oients.

Nota: Taula d’elaboració pròpia que mostra l’estructura principal del programa dissenyat “Darrere del mirall”.

5. Població destinatària

Gràcies a la metodologia escollida, la població a la qui es dirigeix són els oients de “Darrere del mirall”. En aquest cas, la població destinatària i en la que s’han orientat les diferents sessions són, principalment, les famílies. A més, l’opció de programa *podcast* permet reproduir les diverses sessions mentre els consumidors executen altres activitats, posant pausa en qualsevol moment i, per tant, garantint molta flexibilitat a l’oient.

Partint de la base que, la gran majoria de famílies poden no tenir coneixement o eines per a la prevenció del trastorn, es fa evident la necessitat d’implementar programes al respecte; per treballar des de la participació activa, millorant l’ambient familiar i, en conseqüència, la qualitat de vida (Garbizu, 2022). Aquesta competència cal que es basi, en un primer moment, en la psicoeducació dels familiars. És primordial comprendre la complexitat dels Trastorns de la Conducta Alimentària, els quals tenen una base emocional i requereixen un tractament multidisciplinar i integral.

Tal com se n’ha fet esment en l’etiologia i introducció, les dinàmiques familiars disfuncionals poden esdevenir factors terriblement influents. Per altra banda, les dades presentades per Godoy, Denegri i Schnettler (2020) mostren no només la transmissió intergeneracional de factors de riscos, sinó també de factors protectors relacionats amb les conductes alimentàries. Gràcies al seu paper actiu, tenen una postura essencial en la millora de l’ambient familiar, qualitat de vida dels membres del sistema i protecció davant del desenvolupament de patologies (Garbizu, 2022).

La família és el mirall des d’on aprenem, sent crucial que pugui ser una font d’hàbits i estil de vida saludable. Intentant transmetre, com a bons models, la importància de menjar de forma saludable, amb sentit comú, flexibilitat i adaptació. Com també és clau contemplar l’establiment de dinàmiques relacionals sanes on no es basi l’autoestima en el pes, ni en l’aspecte físic. Entre altres factors protectors també destacar la construcció d’una bona xarxa comunicativa, fent un espai segur on es pugui parlar de com ens sentim o què ens passa. Respondre preguntes sobre l’origen, l’evolució i

l'abordatge d'un patiment des del seu entorn mitjançant tècniques que permetin l'afrontament del problema. Addicionalment, conèixer i valorar aquestes malalties, identificar-les i avaluar-ne el potencial de risc plantejant l'ajuda a la família, entre algunes de les tasques essencials. Recollint tot l'anterior, convé incloure els familiars dins l'àmbit preventiu dels TCA, més enllà de la millora en l'ambient familiar i de qualitat de vida.

6. Presentació d'activitats estructurades amb els objectius d'intervenció i contingut

A continuació es presenta l'estructura del programa, amb els convidats i objectius corresponents a treballar durant els 30 minuts aproximats de cada episodi, a més del contingut present en la conversa enregistrada. Com a nexa comú, es plantegen a tots els convidats de "Darrere del mirall" tres preguntes per a abordar i elaborar, des de diferents perspectives. Les preguntes en qüestió són: l'impacte que han pogut tenir les xarxes socials en els TCA, quin paper pot tenir la família en aquests trastorns i, finalment, com es pot ajudar. En els annexos s'adjunta, dins la Taula 6, el currículum abreujat de cada col·laborador que ha participat en el programa. Entre aquests, s'hi inclou una pacient recuperada, la mare d'una pacient, i professionals d'àmbit públic i privat per obtenir respostes amb una mirada més variada. Addicionalment, també consta la transcripció de cada episodi i entrevista per a conèixer detalladament el contingut i activitats treballades.

Taula 2

Presentació del contingut, amb les activitats i disseny del programa “Darrere del mirall”

	Col·laborador/a	Objectius específics	Contingut
Presentació		Clarificar l'objectiu principal, la metodologia i la forma com es distribuiran la resta d'episodis. Reflexionar sobre la complexitat en els TCA, adoptant una mirada més àmplia.	Presentació del projecte. Introduir metàfora iceberg. Respondre les 3 preguntes (Quin és l'impacte de les xarxes socials? Quin pot ser el paper de la família? Com puc ajudar?).
Desmuntant mites: Què són els TCA?	Glòria Trafach	Psicoeducar sobre els trastorns de conducta alimentària. Situat la distribució de dades de prevalença. Proporcionar coneixement sobre el tractament.	Exposar mites i creences errònies associades als TCA. Proporcionar coneixement respecte què són els Trastorns de la Conducta Alimentària, la seva classificació i l'actualització de dades epidemiològiques. Informació sobre com s'aborda el tractament des de la xarxa de salut mental pública. Respondre les 3 preguntes.
Etiologia i factors protectors dels TCA	Maria Aymerich	Psicoeducar sobre l'etiologia dels trastorns de conducta alimentària.	Exposar mites i creences errònies associades a la causa dels TCA. Advertir de la multicausalitat dels TCA.

			<p>Detallar sobre factors de risc predisposants i precipitants.</p> <p>Divulgar sobre quins factors poden actuar com a protectors.</p> <p>Respondre les 3 preguntes.</p>
Conscienciar dels riscos dels TCA	Mariona Fontrodona	<p>Psicoeducar sobre les conseqüències associades als trastorns de conducta alimentària.</p> <p>Psicoeducació de l’Amenorrea Hipotalàmica.</p>	<p>Compartir les possibles conseqüències provocades pels TCA.</p> <p>Plantejar preguntes tipus test per advertir i conscienciar de la gravetat.</p> <p>Divulgar informació sobre l’amenorrea.</p> <p>Respondre les 3 preguntes.</p>
Treballar les emocions, des de casa	Alba Garcia	<p>Exposar informació bàsica sobre emocions.</p> <p>Assenyalar la importància del treball en intel·ligència emocional des de la família.</p> <p>Presentar recursos útils per prevenir i treballar la intel·ligència emocional.</p>	<p>Definir què són les emocions i la importància de validar i regular-les o gestionar-les.</p> <p>La relació entre mancances de gestió emocional amb les pacients amb TCA.</p> <p>El tractament des del treball emocional.</p> <p>Respondre les 3 preguntes.</p>
Treballar la comunicació, des de casa	Pau Chapur i Olga Suy	<p>Exposar informació bàsica sobre comunicació.</p> <p>Assenyalar la importància del treball en intel·ligència emocional des de la família.</p> <p>Presentar recursos útils per prevenir i treballar</p>	<p>Definir la comunicació i la relació entre mancances amb aquesta en els perfils amb TCA.</p> <p>Metàfora comparació entre TCA i addiccions.</p> <p>Conèixer el tractament que fan a l’UPA en general.</p>

		una comunicació assertiva.	Conèixer el tractament des del treball en la comunicació (a l'UPA i des de la família) Respondre les 3 preguntes.
Treballar l'autoestima, des de casa	Pau Chapur i Olga Suy	Exposar informació bàsica sobre l'autoestima. Assenyalar la importància del treball d'autoestima des de la família. Presentar recursos útils per prevenir i treballar una autoestima sana.	Definir què és l'autoestima, quan es desenvolupa. La relació entre baixa autoestima amb les pacients amb TCA. Conèixer el tractament des del treball en l'autoestima (a l'UPA i des de la família).
Desmuntant la cultura de la dieta	Anna Torelló	Exposar informació bàsica sobre què és menjar saludable. Assenyalar la importància de Presentar pautes pràctiques per a mantenir una dieta amb hàbits saludables.	Definir alimentació saludable des dels hàbits i la flexibilitat. Donar eines per a mantenir hàbits saludables en el dia a dia en la família. La mala relació amb l'alimentació en la família i les pacients amb TCA. Exposar mites i creences errònies sobre concepcions alimentàries promogudes per la cultura de la dieta. Respondre les 3 preguntes.
La veu de l'experiència	Anna Sapena	Testimoniar l'experiència d'una expacient amb anorèxia nerviosa per visibilitzar el trastorn. Conèixer el tractament des de la pròpia experiència.	Visibilitzar l'experiència d'un cas de recuperació amb anorèxia nerviosa, la simptomatologia general que presentava, aprofundint en l'autoestima i les mancances emocionals. Mostrar el tractament rebut a l'UPA així com el treball o relació amb autoestima, emocions i comunicació.

			Respondre les 3 preguntes.
La veu de l'experiència, des de casa	Montserrat Codina	<p>Testimoniar l'experiència d'una mare d'expacient amb anorèxia nerviosa.</p> <p>Brindar eines per a la detecció precoç i actuació posterior davant de conductes anòmales.</p> <p>Conèixer el tractament des de la família.</p>	<p>Visibilitzar l'experiència d'un cas recuperat d'anorèxia nerviosa des de la mare, donant a conèixer signes d'alarma per a la detecció precoç i la continuació d'actuació davant d'aquests senyals.</p> <p>Mostrar també l'enfocament de tractament a través de la xarxa de salut mental pública.</p> <p>Respondre les 3 preguntes.</p>
Tancament		<p>Avaluar si el projecte ha aportat coneixement.</p> <p>Identificar possibles mancances del programa.</p> <p>Deixar espai a noves propostes.</p>	<p>Avaluació mitjançant qüestionari Google Forms.</p> <p>Resum de cada episodi anterior.</p> <p>Conclusió i reflexió envers les xarxes socials.</p> <p>Difusió de comptes i webs amb informació divulgativa sobre TCA, Salut Mental i alimentació.</p> <p>Conclusió i reflexió envers les famílies.</p> <p>Conclusió i reflexió envers l'ajuda.</p> <p>Replantejar noves línies de futur més adaptades a les possibles millores proposades pel públic.</p>

Nota: Taula d'elaboració pròpia que mostra el contingut del programa dissenyat, amb el col·laborador corresponent a cada episodi, les activitats i els objectius dels quals es parteix.

7. Metodologia i tècniques

El treball consisteix en prevenció de tipus primària amb la finalitat d'actuar sobre les causes del problema, enfocant-se a afavorir els factors protectors, reduint els factors de risc.

La tècnica escollida és la creació d'un *podcast*. Aquesta metodologia es basa en contingut auditiu i personalitzat, amb la possibilitat de descarregar i escoltar a qualsevol hora o moment (Grau, 2019). La creació d'un *podcast* implica i exigeix una sèrie d'habilitats i passos inherents: Primerament, la creació d'un guió on es tractin i es detallin els temes que es vol abordar en aquell episodi concret, el desenvolupament d'aquests i en quin format es volen abordar.

Un cop elaborat el guió i amb la informació necessària per procedir a les entrevistes es passarà a la gravació de l'àudio. Abans, però, cal obtenir els consentiments informats i permisos corresponents per aquest enregistrament. Per la gravació del *podcast*, Calderón (2022) esmenta la necessitat bàsica d'un micròfon, per desenvolupar-se a l'hora de gravar i facilitant la reducció del soroll que acompanya a l'entorn, posant èmfasi a la seva tonalitat. Durant la gravació, també cal contemplar les habilitats comunicatives, les quals també s'aniran desenvolupant i millorant amb la creació i el rodatge que comporti la creació en si, intentant millorar a cada capítol.

En aquest programa, al ser creat per una estudiant, esdevé important que existeixi un acompanyament guiat per a professionals pel coneixement respecte a la temàtica abordada. A més, la participació de convidats pot fer-lo més entretingut. Per això, cal portar a persones que aportin no només una bona entrevista, sinó l'atenció i connexió amb l'audiència per a crear més empatia i interès (Moreta, 2017). En aquest cas, els col·laboradors tenen formació i experiència específica sobre TCA, amb referents tant de l'àmbit públic com privat, els quals tots garanteixen qualitat professional.

El format pretén ser dinàmic, amb activitats com desmitificació de creences, preguntes test, jocs de veritat o fals, però mantenint l'essència informativa i

divulgativa. També, mitjançant entrevistes semiestructurades es permet donar veu a qui realment té un coneixement complet de la temàtica des d'una perspectiva inter i multidisciplinari. Treballar el contingut pertinent mitjançant les entrevistes semiestructurades a personal sanitari expert en la temàtica, com també a pacients o familiars de pacients. Les entrevistes que conformen cada episodi es troben adjuntades i transcrites en l'apartat corresponent dins d'annexos.

Seguidament de l'enregistrament, es portarà a terme l'edició i càrrega de l'arxiu. Per a poder editar la gravació cal doncs un programari d'edició, en aquest cas, el programa Audacity. Així es permetrà arribar a la finalitat de retallar els àudios que no han quedat del tot bé, potenciar la veu si escau, afegir les corresponents caretes d'entrada i sortida, exportar l'arxiu, entre altres tècniques d'edició necessàries.

Finalment, amb l'arxiu exportat, generat i preparat per a descarregar, hi hauria la publicació. En el cas que es vulgui fer promoció de la publicació del programa, es podrà enregistrar en format vídeo la gravació d'aquest, aprofitant l'arxiu per a penjar-lo a xarxes socials i publicitar-lo, així com aprofitar l'espai virtual per a generar debat i aconseguir que l'audiència creixi. Malgrat això, no ha estat la via escollida, ja que la majoria d'entrevistats, davant la possibilitat d'escollir, van optar per a l'enregistrament únicament auditiu.

8. Implementació

La implementació del programa dissenyat serà de moment hipotètica. Per circumstàncies de temps, s'ha optat per a mantenir el disseny del programa sense la publicació d'aquest. Tanmateix, en l'enllaç següent https://drive.google.com/drive/folders/1rfad7q31IpNSGmjpNL-7vSFjXWH_xpuL?usp=share_link es pot accedir al producte resultant i preparat per a la publicació següent. La dinàmica de publicacions seria de dos episodis per setmana de “Darrere del mirall” a través de Spotify.

La suposada posada publicació del programa dissenyat, s'iniciarà abans de l'estiu, concretament, durant el mes de juny. Mitjançant aquesta estipulació,

permet coincidir amb una època on l'exposició corporal i els comentaris respecte possibles canvis físics, provoquen un augment en els factors de risc. Amb un inici de publicació del primer capítol l'1 de juny i final de publicació el 2 de juliol. La publicació de cada episodi de "Darrere del mirall" serà cada dijous i diumenge, a excepció de l'episodi “La veu de l'experiència” el qual no serà publicat, respectant la decisió personal de la col·laboradora. Per visualitzar millor aquesta implementació, es pot consultar la Taula 7 adjuntada als annexos.

Per a difondre'l i fer-lo conèixer es demanarà als perfils entrevistats que el publiquin a les seves xarxes socials. D'aquesta manera, perfils com l'Anna Torelló (@thehappyavocadoo) o l'Olga Suy (@psico_olgasuy) permetran arribar als més dels 19,6 mil seguidors que sumarien. També, encara que no siguin comptes divulgatius, promocionar-ho des d'altres perfils entrevistats o el meu propi, oferint l'enllaç de reproducció del capítol publicat aquell mateix dia. Altres vies de difusió social com la gravació de vídeos durant l'enregistrament auditiu, per a editar els clips i publicar-los amb aquest format, aprofitant altres xarxes o espais per generar debat i arribar a més audiència.

9. Disseny d'avaluació

S'inclourà un enllaç amb accés a un qüestionari de Google Forms. Des d'aquest, es podran posar a prova alguns dels continguts apresos durant el *podcast*, amb la justificació o explicació de la resposta correcta. A més, contempla l'opció per a recollir la valoració i opinió sobre els episodis ja publicats, obrint pas a noves propostes futures i millores.

Les preguntes que el formen es poden trobar als annexos del mateix treball. Tanmateix, s'adjunta a continuació l'enllaç del formulari: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScTe3r65Nw68Rz0CXltW31WbZ4hofzAhmPLtfMUSZms641GYw/viewform?usp=sf_link

10. Competències professionals

En cas de possible replicació, convé, per la qualitat del programa, que s'abordin les diferents temàtiques per professionals que tinguin estudis cursats sobre aspectes relacionats amb la conducta alimentària. Per altra banda, més enllà de la formació, es recomana tenir la capacitat d'organitzar prèviament un guió per la gravació, contemplant tenir ben estructurat l'episodi prèviament, per a facilitar la gestió d'aquest durant l'enregistrament. Entre altres competències cal destacar la capacitat creativa, incorporar tocs innovadors per a mantenir l'atenció dels oients, així com diferenciar-se d'altres programes. A més, el creador de contingut ha d'entendre, interpretar i comprendre a l'emissor, per a poder expressar correctament i a l'abast de tothom el contingut a través de les seves narracions; aconseguint que les temàtiques proposades i treballades siguin atractives, entenedores i comprensibles.

Encara que la temàtica és diferent per la tècnica de *podcasts*, Calderón (2022) recomana un estil de presentació proper, acollidor i empàtic, anant més enllà de les dades per connectar i empatitzar amb els oients, però sobretot amb els convidats. D'aquesta manera es deriva en una conversa fluida i natural, agradable d'escoltar, no només la tonalitat de la veu, sinó que la veu sigui capaç de comunicar bé. Cal deixar espai a altres registres, allunyar-se de la monotonia, i intentar l'ús de girs col·loquials, dramatització, preguntes retòriques o ironies, els quals poden ser recursos interessants, usats de forma correcta i adequada en el context (Molina, 2021).

Addicionalment, la proposta inclou en la metodologia: jocs de veritat o fals, desmitificacions, respondre preguntes test i l'avenç de futures temàtiques per mantenir el programa en actiu, subratllant la importància d'incorporar activitats creatives i interessant pels oients.

11. Limitacions

Una de les limitacions principals és la complexitat de la temàtica escollida. Els Trastorns de la Conducta Alimentària engloben moltes altres temàtiques a desenvolupar. Encara que s’han escollit les bases de psicoeducació, la veu d’experiències i la implementació d’algunes de les bases dels TCA (comunicació, autoestima, gestió emocional i la relació amb l’alimentació) el programa podria aprofundir en altres àmbits. D’aquesta manera, cal seguir promocionant la prevenció per a conèixer i treballar altres possibles temes a desenvolupar com: perfeccionisme, experiències de *bullying* o traumàtiques, pressió estètica i un llarg etcètera.

Altres entrebancs a considerar, per la metodologia de *podcast* escollida, és la diversitat en les entrevistes. Primerament, per a poder contactar amb professionals especialitzats en la matèria que estiguessin disponibles per a col·laborar. Seguidament, un cop aconseguits els contactes, limitacions en les diferències individuals entre els col·laboradors, ja que poden donar, i han donat peu a varietat entre episodis. Com també, la comunicació oral, fent que, segons la forma d’expressar o comunicar en l’episodi quedi més formal o informal, amb més o menys contingut. Es pot seguir la mateixa tendència per les respostes, tot i que sempre suficients, hi ha diversitat segons si són més concises, breus o profundes. En conseqüència, i en aquest cas com a resultat d’aquesta diversitat, hi ha durades temporals força variants entre cada sessió.

Per altra banda, una idea per la difusió va ser publicitar-ho a través de xarxes. Inicialment, es volia enregistrar, a més de l’entrevista en arxiu d’àudio pel *podcast*, també en vídeo. D’aquesta manera, amb l’arxiu de vídeo es pretenia difondre’l en xarxes amb els clips més interessants per a captar l’atenció del públic. Si ve, la gran majoria d’entrevistats no van veure’s disposats a gravar-se per motius diversos, respectant i acotant l’enregistrament únicament per gravadora.

12. Conclusions

A continuació es procedirà a concloure recuperant els objectius del treball. De manera general, l'objectiu del present Treball Final de Grau de dissenyar un programa de prevenció per a Trastorns de la Conducta Alimentària ha estat assolit a través de la creació del *podcast* "Darrere del mirall". Per a poder escoltar el producte i creació d'aquest treball s'adjunta l'enllaç corresponent dels episodis que conformen el programa mentre aquests encara no es troben publicats.

https://drive.google.com/drive/folders/1rfad7q31IpNSGmjpNL-7vSFjXWH_xpuL?usp=share_link

Seguidament, reprenent els objectius específics esmentats anteriorment, s'ha pogut informar en què consisteixen els TCA, des d'una mirada biopsicosocial i, aprofundint en la psicoeducació del trastorn, la promoció de factors protectors i la visibilització d'experiències. Concretament, a la primera part es va poder parlar de la classificació diagnòstica d'aquest grup de trastorns, de l'epidemiologia i l'etiologia, de les conseqüències i, així, clarificar la informació bàsica per a entendre la complexitat característica d'aquests trastorns mentals. Per tant, resulta congruent que l'educació i la sensibilització hagi d'anar de la mà d'evidències sobre els TCA, per desafiar els mites i els estereotips relacionats amb aquests trastorns. Des d'aquest punt, s'ha explorat el que subjau, treballant la prevenció i parlant sobre els factors de vulnerabilitat. En aquesta mateixa partida és on cal promoure la salut global i el benestar, en comptes de centrar-se exclusivament en l'alimentació i el pes. Fonamentalment, els factors protectors seleccionats com a objecte de potenciació pel que fa a aquesta primera temporada de "Darrere del mirall" són: intel·ligència emocional, autoestima, comunicació i bona relació amb l'alimentació saludable. Tanmateix, s'ha contribuït a l'exposició de dues experiències: des de la visió d'una expacient i des de la familiar d'una expacient. Així, poder endinsar encara més la perspectiva d'aquest programa i veure de quina manera es viuen els trastorns, deixant de banda la part teòrica ja explorada als primers episodis, i adquirint una conversa en primera persona.

D'altra banda, resulta rellevant destacar la possibilitat d'adaptar el programa de prevenció primària a diferents contextos, tenint en compte les diferències culturals, socials i econòmiques. Tant les estratègies com les intervencions han de ser flexibles i ajustades a les necessitats per garantir la seva eficàcia. Durant el *podcast* creat, gràcies a l'enfocament adquirit en el transcurs del diàleg, s'aporten recomanacions pràctiques pel dia a dia. Aquestes, poden ser útils en població general, tot i que l'enfocament vagi especialment dirigit als familiars i la possible necessitat de revisió o de treball familiar. Al llarg del programa, s'ha representat i emfatitzat el malestar i disrupció que pot generar un TCA en l'esfera inter i intrapersonal. Oferint així, una visió íntegra i propera del que pot implicar desenvolupar aquest tipus de trastorn mental.

Dins del programa, i aprofitant la varietat de col·laboradors, s'ha pogut respondre a 3 preguntes comunes. La primera va enfocada a l'impacte que han pogut tenir les xarxes socials en els TCA, destacant la facilitat actual d'accés a qualsevol mena de contingut, l'engany de la realitat amb els filtres, l'impuls de comparar-se envers altres figures o la promoció de l'estàndard i cànon de bellesa limitat. En l'abstracció de respostes es va demostrar que, tot i les diferències individuals i enfocament de cada convidat, l'impacte d'aquestes xarxes està sent considerable i pot incidir en el desenvolupament d'un TCA. Aquest és el motiu pel qual convé fomentar l'esperit crític cap al contingut d'aquesta eina, reflexionar quin ús se li està donant i promocionar un canvi per a valorar pràctiques més funcionals i beneficioses de les xarxes.

Seguidament, en referència a la influència de la família, es va poder evidenciar com també cal prendre molta consciència des de casa. És important ressaltar l'objectiu de ser responsables de com i quina base es crea, revisant els valors que es promocionen, com també adquirir i recopilar totes les recomanacions prèviament parlades en el programa. Així doncs, aprendre a acompanyar, escoltar i sostenir emocionalment, promocionant també dinàmiques familiars basades en la criança positiva i l'obtenció d'habilitats comunicatives. Tanmateix, fomentar una autoestima sana i patrons d'hàbits saludables amb el paper de la llar. En definitiva, posant especial atenció en

revisar-se o treballar-se si consideren que, com a cuidadors, presenten alguna mancança, per evitar així transmetre-la i intentar esdevenir el millor model possible.

Responent a la possibilitat d'ajuda, s'ha conclós i clarificat que algunes de les eines principals poden ser la prevenció, la detecció precoç i la divulgació per a la psicoeducació. Concretament, la idea central per ajudar a evitar els Trastorns de la Conducta Alimentària des de casa situa el focus en els hàbits saludables. Cal recalcar que els hàbits saludables no només es troben en l'alimentació amb dietes completes, equilibrades i preferiblement en companyia. En aquest sentit, els hàbits van en direcció a la promoció d'una bona salut mental. Entre aquests s'hi troba, fomentar un espai crític davant de les exigències de la societat, normalitzar els límits per sanar l'autoestima i les relacions o anar amb compte en la valoració de l'aparença física, entre d'altres. Sobretot, realçant i valorant molt positivament els beneficis resultants en instaurar aquests hàbits o dinàmiques familiars; comptant d'un espai segur per parlar i expressar emocionalment sense invalidacions, sostenint i acompanyant.

Davant d'una majoria poblacional amb mancances en coneixements i habilitats emocionals, en el funcionament dels TCA i, sobretot, en l'increment de casos d'aquests trastorns, és primordial actuar i sobretot prevenir. No és només un problema individual, sinó que és un problema a escala social al qual convé posar remei. És aquest el motiu pel qual s'encara l'ajuda des de la societat, sigui des de casa o a través d'algunes propostes més en l'àmbit institucional, mitjançant el currículum educatiu o des d'entitats mèdiques. Per a poder prevenir els Trastorns de Conducta Alimentària és clau començar des d'una bona base d'educació integral, on s'inclogui perspectiva de salut mental, d'educació emocional i de com relacionar-nos, entre altres temàtiques treballades.

Finalment, cal insistir per a continuar en aquesta línia anticipatòria, actuant uns passos abans i entendre'ls més enllà del punt focal dels TCA, el qual sol residir únicament centrat en la relació amb l'alimentació. Així doncs, donar

èmfasi en la importància d'anar explorant la problemàtica que subjau aquesta punta eminent de l'iceberg, per apostar en la promoció a través d'aquesta "vacuna psicològica". Treballar, des de la mirada holística que ha caracteritzat el *podcast*, i abordar tot el situat a sota l'aigua, fent-lo un pas a destacar en el treball dins la tasca preventiva. No obstant això, s'obre la possibilitat de futures vies de treball, ja que queden diversos temes pendents per educar i comunicar. Tal com s'ha recollit, la temàtica és complexa i la tasca preventiva molt necessària.

13. Referències

ACAB. Associació Contra l'Anorèxia i Bulímia. (2020). Guia para familias de personas afectadas por un TCA: Taula de diàleg per a la prevenció dels trastorns de conducta alimentària [Guía Psicoeducacional]. <https://www.acab.org/wp-content/uploads/2020/11/GUIA-FAMILIES.-CAST.pdf>

Alarcón, R., Blanca, M. J., & Bendayan, R. (2017). Student satisfaction with educational podcasts questionnaire. *Escritos de Psicología-Psychological Writings*, 10(2), 126-133.

American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) (5a ed.). Editorial Medica Panamericana.

Arroyo, A., Barba, P., & Carot, T. (2021). *Curs: Introducció a l'abordatge dels Trastorns de la Conducta Alimentària i Psicologia de l'Obesitat 2a Edició*. [Apunts acadèmics]. Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya.

Aznar, M., Herrero-Martin, G., & Jáuregui-Lobera, I. (2022). Design of a prevention program for Eating disorders in children. *Journal of Nutritional Neuroscience*, 23(2), 126-159. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.4536>

Calderón Malla, J. P. (2022). *Podcast, medio educacional de terapia para personas que atraviesan procesos de duelo*. [Tesis de llicenciatura, Universitat del Azuay].

Campos del-Portillo, R., Matía-Martín, P., Castro-Alija, M. J., Martínez-Olmos, M. A., & Gómez-Candela, C. (2022). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la atención sanitaria especializada. *Nutrición Hospitalaria*, 39(SPE2), 128-137.

Casero Benito, C. (2022). *¿ Influencers de TCAs? Testimonios en torno a la influencia de las redes sociales en la autoimagen*. [Treball de final de Grau, Universitat de Valladolid].

Duarte Rojas, J. M., & Mendieta Zerón, H. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria un problema de salud pública. Recuperat de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/104520/Mendieta%20y%20Duarte%20bis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fuentes Prieto, J., Herrero-Martín, G., Montes-Martínez, M., & Jáuregui-Lobera, I. (2020). Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(10), 1221–1244. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3955>

Garbizu Albisu, L. (2022). *La comunicación con hijos que presentan trastorno de conducta alimentaria: propuesta de intervención*. [Treball de fi de Grau, Universitat Pública de Navarra]. DSpace. https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/43081/PDF_%20Garbizu%20Albisu%2c%20Lidel.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Godoy C., Denegri M., & Schnettler B. (2020). Factores protectores y de riesgos en conductas alimentarias de madres e hijos. *Revista de psicología (Santiago)*, 29(2), 61-73. <https://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2020.57145f>

Gómez Castillo, M. D. (2016). *Características de personalidad, psicopatológicas y de interacción familiar relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario*. [Tesis doctoral, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete]. https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/51125/1/Tesis_MDGOMEZ.pdf

Hernán Esposito, D. (2015). Influencia del modelo estético corporal prevalente e insatisfacción con la imagen corporal en estudiantes de escuela secundaria básica. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 91-96. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.08.001>

Martínez, M. P, & Gárate, E. L. (2019). El éxito de los podcasts de noticias y su impacto en los medios de comunicación digital. *Miguel Hernández communication journal*, (10), 317-334.

Mayer J. D i Salovey, P. (1997). “What is emotional intelligence?” En P. Salovey y D. Sluyter (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.

Molina, L. S., Redondo, S. G., & García, E. J. (2021). Tiempos de pandemia: el podcast y la participación como herramienta de encuentro y salud intergeneracional. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (42).

Moreta Cacicedo, A. (2017). *Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: papel de enfermería*. [Treball final de grau, Universitat de Cantabria]. Cantabria, Espanya. Recuperat de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/20068/MORETA%20CACICEDO%2c%20ANDREA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Peláez-Fernández, M. A., Romero-Mesa, J., & Extremera, N. (2021). From Deficits in Emotional Intelligence to Eating Disorder Symptoms: A Sequential Path Analysis Approach Through Self-Esteem and Anxiety. *Frontiers in Psychology*, 12, 713070. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.713070>

Sánchez, L., Orte, C., & Ballester, L. (2017). Els programes de prevenció basats en l'evidència dels Trastorns de la Conducta Alimentària en el context educatiu: revisió sistemàtica. 250–269.

Sevilla Martínez, J. (2019). *Clima familiar, comunicació padres-hijos, autoestima y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria*. [Treball final de Màster, Universitat Pontificia]. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/53183/TFM001433.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Serrano, E. (2021). 8. Cuando la relación con la comida cambia (anorexia y bulimia). *Una mirada a la salud mental de los adolescentes*, 183.

Tot Salt. (2021, abril 20). *L'IAS obre una nova unitat per atendre l'augment dels trastorns greus de conducta alimentària*. Recuperat el 20 d'abril de <https://totsalt.cat/lias-obre-una-nova-unitat-per-atendre-laugment-dels-trastorns-greus-de-conducta-alimentaria/>

Vilamitjana Marsà, I. (2021). *Impact of the COVID-19 Pandemic, Lockdown and social restrictions on Eating Disorders in Adolescents in Girona*. [Treball final de grau, Universitat de Girona]. Recuperat de <https://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/19952/VilamitjanaiMarsaIsabel-TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Zavala, M. A., & López, I. (2012). Adolescentes en situación de riesgo psicosocial: ¿Qué papel juega la inteligencia emocional? *Psicología Conductual*, 20(1), 59-75. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/adolescentes-en-situación-de-riesgo-psicosocial/docview/1010354245/se-2>

14. Annexos

Taula 3

Recull de la informació bàsica dels programes anteriorment creats i revisats

	DISTRIBUCIÓ	DESTINATARIS	DINAMITZADORS
Associació Contra l'Anorèxia i Bulímia (2020).	10 sessions 90 minuts/sessió	Alumnes de primària, secundària, batxillerat i cicles formatius; professionals de l'educació i lleure; professionals de la salut.	Professionals sanitaris formats i especialitzats en Salut Mental i en TCA
Aznar, Herrero-Martin, & Jáuregui-Lobera (2022).	8 sessions 120 minuts/sessió	Alumnes de primària i els seus respectius pares	Mestres i professors
Garbizu (2022)	4 sessions + tallers 60 minuts/sessió	Familiars d'infants entre 12 i 18 anys	Professionals sanitaris formats en TCA
Moreta (2017)	6 sessions 120 minuts/sessió	Alumnes entre 12-16 anys	Professional sanitaris d'especialització en Salut Mental

Sánchez, Orte & Ballester (2017).	Entre 3-9 sessions, resultant 5 sessions 45 minuts/sessió	Infants entre 11-14 anys amb sessions on hi ha vinculació parental o familiar	Especialistes formats en Salut Mental
-----------------------------------	---	---	---------------------------------------

Nota: Taula d’elaboració pròpia

Taula 4

Recull del contingut dels programes anteriorment creats i revisats

	TCA	FAMÍLIA	ALIMENTACIÓ	EMOCIONS
Associació Contra l'Anorèxia i Bulímia. (2020).	Definició Perspectiva bio-psico-social Augment casos Factors de risc Conseqüències	Promoció criança positiva Afavorició polítiques conciliació familiar	Estil de vida saludable	Educació emocional Reducció de simptomatologia ansiosa
Aznar, Herrero-Martin, & Jáuregui-Lobera (2022).	Definició Tipus Causes Conseqüències Senyals alarma	Inclou sessions conjuntes i individualitzades enfocades per les famílies	Plat harvard Informació nutricional Llegir etiquetes Desmitificació Realfooding	
Garbizu (2022)	Causes Conseqüències Tractament	Anàlisis de les competències familiars i les dinàmiques de convivència		Exposició de situacions i pràctica de role-playing Reducció de simptomatologia ansiosa

Moreta (2017)		Relació pares-fills	Alimentació Exercici físic	
Sánchez, Orte & Ballester (2017).	Definició Tipus Identificació factors risc Canvis en la pubertat	Busquen implicació parental	Patrons saludables d'alimentació	

Nota: Font d'elaboració pròpia

Taula 5

Recull del contingut dels programes anteriorment creats i revisats

	COMUNICACIÓ	AUTOESTIMA	XARXES SOCIALS	ALTRES
Associació Contra l'Anorèxia i Bulímia. (2020).	Reforç en habilitats socials i diversitat	Sistema de talles Treball per una autoestima sana	Pàgines d'apologia TCA Limitacions en publicitat que fomentin un model estètic estereotipat	Suïcidi Petició de millora en protocol d'activació i detecció, en tractament, en coordinació i en inclusió pares Actuació davant de casos
Aznar, Herrero-Martín, &	Assertivitat Evitar comentaris ofensius	Imatge corporal Autoestima-autoconcepte Qualitats personals	Models estètics Consciència ús xarxes	Mindfulness i Mindfuleating Actuació davant de casos

Jáuregui-Lobera (2022).				
Garbizu (2022)	Exposició de situacions i pràctica role-playing	Tallers de role-playing		Compartir experiències; Reducció d'exigències o crítiques
Moreta (2017)	Tipus de comunicació Habilitats socials Rols	Imatge corporal Autoestima Autoconcepte	Crítica ideal de bellesa	Avaluació Posada en comú d'experiències i aprenentatges
Sánchez, Orte & Ballester (2017).		Distorsions cognitives envers figura corporal	Sensibilització erradicació cànons bellesa	

Nota: Font d'elaboració pròpia

Taula 6

Curriculum Vitae dels col·laboradors de “Darrere del mirall”

Episodi on apareix	COL·LABORADOR/A
1 i 11	<p>Maria Díaz: Estudiant de Psicologia de la UdG.</p>
2	<p>Glòria Trafach: Psicòloga clínica i coordinadora de l'UTCA, situada a l'Hospital Santa Caterina de Salt, des d'on també coordina el programa específic pel tractament en TCA de tota la xarxa de salut mental gironina.</p>
3	<p>Maria Aymerich: Doctora i llicenciada en Psicologia. Exerceix com a professora universitària a la UdG i a la UAB, a més de ser la coordinadora del màster general sanitari a la UdG</p>
4	<p>Mariona Fontrodona: Estudiant del grau de Psicologia a la UdG i del grau en Disseny Digital a la UOC.</p>
5	<p>Alba Garcia: Psicòloga general sanitària. Actualment, treballa al Consorci hospitalari de Vic, a més de tindre l'experiència d'anys treballats a l'Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia.</p>
6 i 7	<p>Pau Chapur: Psicòleg i coordinador-director de la Unitat de Patologies Alimentàries ubicada a la Clínica Bofill com a Hospital de dia.</p>
6 i 7	<p>Olga Suy: Psicòloga General Sanitària, especialitzada en Trastorns de la Conducta Alimentària. Actualment, treballa a la Clínica Bofill, a</p>

	la Unitat de Patologies Alimentàries (UPA).
8	<p>Anna Torelló:</p> <p>Graduada en el Grau de nutrició humana i dietètica, juntament amb altres màsters sobre Alimentació i càncer i nutrició esportiva. Compta amb un perfil divulgatiu a diverses xarxes socials, amb l'usuari @thehappyavocadooo</p>
9	<p>Anna Sapena:</p> <p>Estudiant de Psicologia de la UdG recuperada d'anorèxia nerviosa purgativa, va estar ingressada a l'Hospital de dia de l'UPA durant gairebé 4 anys.</p>
10	<p>Montserrat Codina:</p> <p>Mare d'una pacient recuperada d'anorèxia nerviosa, la Sara. La seva filla va arribar a estar molt greu, patint fins a 3 ingressos a l'URPI de l'Hospital Santa Caterina, protagonitzats conjuntament amb intents suïcides i posterior seguiment al CSMIJ.</p>

Nota. Taula d'elaboració pròpia on s'inclou els col·laboradors entrevistats, l'episodi en el que participen i un breu resum del seu currículum o la seva relació amb els TCA.

Taula 7

Publicació prevista per a cada episodi

	TÍTOL	COL·LABORADOR/A	DATA DE PUBLICACIÓ
1r episodi	Presentació	Maria Díaz	1 de juny
2n episodi	Desmuntant mites: Què són els TCA?	Glòria Trafach	4 de juny
3r episodi	Etiologia dels TCA i factors protectors	Maria Aymerich	8 de juny
4t episodi	Conscienciar risc TCA	Mariona Fontrodona	11 de juny
5è episodi	Treballar la intel·ligència emocional, des de casa	Alba Garcia	15 de juny
6è episodi	Treballar la comunicació, des de casa	Pau Chapur i Olga Suy	18 de juny
7è episodi	Treballar l'autoestima, des de casa	Pau Chapur i Olga Suy	22 de juny
8è episodi	Desmuntant la cultura de la dieta	Anna Torelló	25 de juny
9è episodi	La veu de l'experiència	Anna Sapena	No publicació
10è episodi	La veu de l'experiència, des de casa	Montse Codina	29 de juny

11è episodi	Tancament	Maria Díaz	2 de juliol
------------------------	-----------	------------	-------------

Nota. Taula d’elaboració pròpia sobre l’implementació i publicació dels episodis respectius de “Darrere del mirall”

Transcripcions

Episodi 1: Presentació

Holaaa! Primer de tot em presento: sóc la Maria. Sóc estudiant d'últim any de Psicologia a la UdG i com alguns sabreu, durant aquest curs hi ha l'anomenat Treball de Fi de Grau. En el meu cas, i amb l'objectiu de dissenyar un material per a la prevenció en els Trastorns de la conducta alimentària, he optat per a fer aquest *podcast* que esteu tenint l'oportunitat d'escoltar. Tal com s'ha pogut escoltar en la introducció, porta el nom de "Darrere del mirall". Com deia, la finalitat és formar no només sobre què són, sinó poder proporcionar coneixement sobre els factors de risc, sobre alimentació, vida saludable. Treballar la prevenció des d'alguns factors protectors i brindar eines o recomanacions aplicables i pràctiques. Sí que és veritat que tothom pot escoltar i aprendre d'aquest projecte. Però, està inicialment pensat per a les famílies, que, tal com anirem veient, tenen un pes força rellevant. Però tot i així, tothom que vulgui pot escoltar i aprendre, que aquest és l'objectiu principal.

Per a poder arribar a aquesta meta, no ho faré sola. Sí que és veritat que avui en aquest capítol sí que em trobo sola, perquè és la presentació. Però, penso que no només perquè com us deia, encara no sóc psicòloga, sinó perquè tractarem una temàtica molt sensible i que potser caldria abordar-se de la mà de professionals. És per això que durant els diversos episodis, gaudirem de la companyia de diversos convidats, ja siguin psicòlegs, nutricionistes, expacients recuperades, ja s'anirà veient una mica. Però persones que tinguin un coneixement expert en el tema i ens puguin garantir la màxima qualitat possible.

Els trastorns de la conducta alimentària (TCA) són un conjunt de trastorns mentals caracteritzats per alteracions persistents en l'alimentació o en el comportament relacionat amb la ingesta i la constitució corporal. Aquestes alteracions tenen en comú una gran preocupació per la relació amb l'alimentació, el pes i la figura corporal. Tot això, acaba causant un deteriorament significatiu de la salut física o

del funcionament psicosocial, sobretot. Pel que semblen apuntar les dades, existeix un augment real dels TCA, considerant-se gairebé com una pandèmia, especialment en joves entre 12-25 anys. Això ja ho anirem aprofundint, que veurem que és un tema que anirà sortint. Si be el punt focal dels TCA sol residir en l'alimentació, i per això aquí el podcast, però tenir una mirada holística i entendre'ls més enllà del que és més visible dins la patologia. A mi m'agrada molt explicar una metàfora i és que s'ha de veure com un iceberg. A la punta o superior, trobaríem la restricció, conductes purgatives, exercici excessiu. Però a dins l'aigua, queden ocults altres àmbits que són igual d'importants, formen part del trastorn en si i són el que ho fa tan complex: falta de recursos emocionals, idees de perfeccionisme, rigidesa, autoexigència, problemes en l'autoestima, de comunicació, dependència, estats d'ànim baix, problemes familiars, traumes, entre altres coses que es trobarien sota l'aigua.

Amb aquesta metodologia, el que busco és mirar més enllà de la cara visible del problema, treballar més enllà del símptoma (vòmits, obsessió físics, restricció). D'aquí també ve una mica l'origen del títol "Darrere del mirall", per entendre que no és només al que coneixem o el que seria equivalent a la punta de l'iceberg, sinó que sigui submergit sota a l'aigua o literalment darrere de veure's al mirall, hi ha una complexitat molt més profunda. Per tant, és important centrar-nos i capbussar-nos amb l'origen i manteniment del problema, explorar la funció del símptoma. Cal treballar-ho per acabar rementent, en la mesura del possible, el símptoma visible.

Veureu que he comentat que portaríem diferents convidats, se'ls farà diferents preguntes per anar aprofundint i tractant els temes. Les temàtiques seran concretes a cada episodi però hi haurà 3 preguntes comunes a tots els convidats. Les preguntes van amb relació a l'impacte que tenen les xarxes socials respecte als TCA, la importància de la família i el seu paper, i per últim com podem ajudar. Aquesta pregunta sovint ronda pel cap.

Com avui és el primer episodi i em trobo sola davant la presentació del projecte, començaré jo donant el tret de sortida a les 3 preguntes, les començaré a respondre cadascuna d'elles.

Impacte xarxes socials.

Crec que és una pregunta on m'interessen molt les respostes que aniran sortint perquè és tant complexa que serà interessant veure des de quin punt parteix cada

entrevistat. Però jo parteixo d'avui en dia, sabem que internet és el protagonista de les nostres vides, bàsicament. I les xarxes socials van molt enganxades a internet. És una mica, la nostra forma, o s'ha convertit en el centre d'exhibir o compartir tot allò que fem, o més ben dit, el que volem mostrar que fem. En general, es mostren vides "molt perfectes" perquè, la definició de perfecte ens hi podríem atrapar molt. Partint de la societat en la qual vivim pot significar moltes coses. El fet de perfecte, és trist, però s'intenta mostrar una mica, i així ho relaciono amb la temàtica, encaixar amb uns canons estètics de moda del moment. Encaixar en els canons estètics del moment, independentment de la salut ni mental ni física, ni benestar, purament físic, simplement ens fixem en l'estètic. Arran d'això ens estem criant o exposant a una constant exposició a cossos, cossos de dones que compleixen un ideal de bellesa concret, davant de poca representació de diversitat corporal. També, el que comentava de la perfecció, mostrar aquesta perfecció. Per començar cal partir que el que veiem a les xarxes és la captura d'una imatge, vídeo de 10 segons en format reels, un story o el que sigui. Es mostra una petitíssima part de la realitat, i quan la mostra, la pot mostrar ben difuminada, retocada, passada per photoshop, filtres. El que deia, una captura és una petita part d'una situació. Tot això són mil detalls més que cada cop ens allunyen més de la realitat. El combo d'allunyament de realitat i la poca diversitat corporal penso que, estar constantment exposat a aquest contingut, és molt fàcil que acabi despertant en inseguretats sobre el propi cos o vides, sentir que no és suficient. És senzill caure en comparar-nos amb. Penso, sobretot, en persones més insegures o vulnerables, en tema corporal, no és tan descabell que acabin portant aquestes mesures més dràstiques i menys adaptatives com és un trastorn de la conducta alimentària. Evidentment, no és gens ni mica una solució adaptativa i no estic dient que sigui funcional, però veient el model de societat que estem creant no és tan descabellat que estigui molt però molt relacionat.

Per tant, les xarxes són, en general, una pressió social, i tractant la temàtica d'aquest *podcast*, són un factor de risc, sobretot en èpoques o persones que són més vulnerables, sobretot pensem en adolescents, on comencem a formar els nostres criteris, gustos. Cada cop hi ha més articles que parlen de com l'ús i la freqüència de les xarxes socials es pot associar a una major probabilitat de desenvolupar problemes o preocupacions amb l'alimentació. Ja no parlo en patologia en si, però sí més no subclínic o alteracions amb l'alimentació o amb el propi cos.

Llavors, penso que precisament per això cal reflexionar sobre la forma que ens relacionem amb les xarxes. No estic negant les oportunitats que ens ofereixen, que hi són, pot ser una eina molt potent, aportar contingut d'allò més divulgatiu i interessant. Però, no treu que cal obrir molt bé els ulls i valorar els seus riscos. Valorar correctament el que consumim i activar sobretot, penso que és clau, el pensament crític. Anar amb compte i consumir un contingut que ens faci estar a gust, les xarxes tenen una finalitat de distracció o oci. En el moment que, obrir qualsevol aplicació, sigui Pinterest o Instagram la que sigui, ens fa sentir insuficients, ens porta a comparar-nos o ens genera, malestar, és quan hem de fer el "clic". Des d'aquest "clic", aprofitar, revisar o valorar a quins comptes voldria seguir. Quin tipus de contingut vull veure i quin ús vull fer-ne d'aquest contingut per a realment, obtenir aquest benestar o aquesta distracció positiva que, jo no nego que hi és, i que poden ser les xarxes.

Si no estem en aquest camí caldria valorar molt bé per tornar-nos a redirigir i treure-li el profit. M'agradarà veure quines respostes sorgeixen i quins debats deriven d'aquesta pregunta quan es planteja als diferents convidats. Penso que és un debat o una reflexió que convé fer, generalment, per poder, com deia, fer aquest "clic" i valorar quin tipus de relació tinc amb les xarxes socials i què puc fer per a millorar-la és una recomanació que plantejo a tothom que es faci.

Quin creus que és el paper de les famílies davant d'un TCA?

La família és el mirall des d'on aprenem, en general. De fet, no sé què em passa aquesta temàtica i el mirall, però penso que és una molt bona metàfora. És aquest el motiu pel qual és tan clau, ja que és d'on aprenem moltes vegades, pugui ser una font d'hàbits i estil de vida saludable, sobretot, en un marc ampli de sentits. Si no estem educats correctament i no som conscients de com tot això ens pot influir, és més fàcil deixar-nos arrossegar per aquesta pressió social tan forta i, per tant, de mica en mica, anar sumant factors que augmentaran el risc de patir algun tipus de problema en relació amb l'alimentació. Des de la llar, s'intentaria intentar transmetre, com a bons models, la importància de menjar de forma saludable, amb sentit comú, flexibilitat i adaptació. Què entenem per saludable? Que ja en parlarem però és clau. No només en l'àmbit alimentari, sinó proporcionar les primeres eines de gestió emocional, d'autoconsciència i d'aprenentatges. És aquest el motiu pel qual vull enfocar, en part, el podcast a aquesta població familiar. Als progenitors en general, o qualsevol mena de família o estructura familiar. Inconscientment, moltes vegades, poden arribar a augmentar els factors de risc.

Prendre'n consciència i que no siguin ells precisament els que transmetin alguns factors que comentava. I sobretot també, que no caiguin en baser l'autoestima en el pes, ni en l'aspecte físic, entre altres errors que, sovint són coses molt quotidianes, molt normalitzats, es poden cometre i poden ser un gran risc.

Habitualment, i ho vull aclarir perquè ningú es senti malament. Tot això són factors de risc, davant d'aquests, com a pares, un cop ja s'ha desenvolupat el trastorn solen culpabilitzar-se sobre el trastorn del fill o filla. Això ja ho treballarem, però ja ho deixo dit de primera, però no hi ha un únic factor que per si sol sigui capaç de fer repuntar un trastorn. Des d'aquest primer punt, la paraula no seria culpabilitzar, sinó simplement prendre consciència del paper i la seva participació i, per tant, i aquí la cosa, és molt important revisar-se molt bé la seva pròpia motxilla. Protegir, des de la família, evitant que es desenvolupi trastorns de la conducta alimentària, com també conèixer altres factors protectors com tenir una bona relació amb l'alimentació, desenvolupar eines per a la gestió emocional, la comunicació i fer de casa un espai lliure on poder parlar, comunicar i expressar. Tot això és clau i també pot tenir un paper molt rellevant. Des d'aquí apremem els factors protectors i ens revisem una mica la mateixa motxilla per veure en quina situació ens trobem.

Com podem ajudar?

Per mi, la clau està primer a entendre molt bé la complexitat del trastorn que he anat repetint. Tenir en compte les complicacions a escala física, psicològica i social, així com a l'entorn relacional de les persones que pateixen aquest tipus de trastorn. Però sobretot, i aquest és el motiu pel qual he escollit aquesta de ferma de TFG és executar una tasca preventiva. En el meu cas, sóc molt defensora de l'ajuda des de la prevenció primària. Així com a explicació breu i sintàctica parlariem de primària per a reduir l'aparició d'un trastorn, secundària per a reduir l'evolució i per últim, terciària per a evitar recaigudes. A grans trets. Replantem la prevenció de tipus primària, és descrita amb un objectiu clar: actuar sobre les causes del problema, de manera que, s'enfoca a afavorir els factors protectors, a la vegada que es redueixen els factors de risc. Jo penso que per ajudar, cal actuar sobre les causes del problema, de manera que, s'afavoreixin els factors protectors, a la vegada que es redueixen els factors de risc. En el meu cas, proporcionar estratègies abans que aparegui el trastorn en si.

Tot això de la prevenció també ja amb el fi de reduir, no només costos de tractament sinó, sobretot, l'aparició d'aquest grup de trastorns i aconseguir així millorar notablement la qualitat de salut i vida de la població. Com diu l'expressió: és més fàcil prevenir que curar, i és que pot ser clau preparar-nos per intentar detectar qualsevol anomalia el més ràpid possible. D'aquesta forma s'evitaran sorpreses, complicacions. Ja no només és més fàcil prevenir que curar, sinó que també prevenir pot ser sinònim d'adalantar-se, evitar-se i curar-se en salut.

I també, en tema ajudar en l'acompanyament. Tenint en compte quins són els nostres límits i què podem fer. És a dir, ningú pensarà que puc ajudar o sobre ajudar en una malaltia més física, tipus una diabetis. Doncs amb els trastorns mentals també cal fer aquesta revisió. Saber que el que s'ha de treballar s'hi ha d'anar amb professionals un cop s'ha desenvolupat una patologia en si. La meva tasca com a familiar, amic, amiga, parella no pot ser màgica, ningú podrà curar a ningú des d'aquesta postura. El que sí que podem fer és donar suport, acompanyar, validar el malestar que està patint. Però sense carregar-nos amb una recuperació que no ens pertoca i que aquesta recuperació ha d'anar de la mà de psicòlegs, psiquiatres.

I ve, aquesta seria la resposta a grans trets. M'agradarà veure com els diferents professionals sanitaris, des de diferents perspectives i veure com ells veuen aquesta ajuda i com ells poden aconsellar aquesta ajuda.

Seguirem en contacte perquè queden força capítols, aquest ha sigut només el primer tastet. Espero que us hagi agradat i ens veiem a la pròxima. Una abraçada!

Episodi 2: Desmuntant mites: Què són els TCA? amb Glòria Tràfach

M: Holaaa! Benvinguts/des al, ara sí, podríem dir primer episodi com a tal. Si la finalitat d'aquest *podcast* és prevenir-los, potser cal primer explicar detalladament què són, com se situen les dades, com es sol tractar entre d'altres. Penso que, tot i ser un grup de trastorns que cada cop es coneixen més, hi ha molta sobre informació i a la vegada, molta estigmatització. Per a conèixer amb més profunditat tota aquesta informació, avui ens acompanya la primera convidada: Glòria Tràfach. Benvinguda.

G: Hola!

M: La Glòria té una llarga experiència dins la seva carrera, però actualment treballa a la UTCA, agafant el càrrec de coordinadora. En aquesta unitat ubicada a l'Hospital Santa Caterina de Salt hi ha l'Hospital de Dia on predominen pacients amb TCA.

Per a fer-ho més dinàmic, la intenció és plantejar una sèrie de mites que envolten aquests trastorns i arran d'aquí anar desenvolupant les nocions, bàsiques però a l'hora importants, per entendre millor la complexitat d'aquest grup de trastorns mentals. El primer mite que plantejarem serà: no pots tenir un trastorn alimentari si no estàs prima.

G: Bé, és fàcilment present en la nostra societat i és del tot fals. No és cert que patir un trastorn de conducta alimentària comporti únicament i exclusivament estar prim. És molt més que l'aparença i tenir una determinada condició física. És cert que hi ha sobretot el grup de l'anorèxia nerviosa que comporta presentar un infrapès que tocaria per l'edat i l'estatura a desenvolupament pediàtric, i els hi tocaria als nens o adolescents per l'edat que tenen. En realitat els trastorns alimentaris són com un iceberg, sempre comparo que no és només la part que sobresurt, veiem i som testimonis són en 10%, on entraria l'aspecte físic. Ens diu molt d'aquest trastorn psicossomàtic, que en realitat és un trastorn psíquic o mental, és la part de més gruix que comporta el trastorn que és el 90% que no es veu. Sí que és cert que es coneixen poc i que realment, no va per res la condició física.

Encara més, no només una anorèxia que comporta la pèrdua ponderada i afectació somàtica amb complicacions, a vegades, físiques importants. Si no que hi ha altres trastorns com són la bulímia nerviosa que pot ser present amb persones que poden tenir normo pes, infrapes o sobrepès. Després hi ha els altres trastorns que són el percentatge més alt que són trastorns inespecífics, no estan en un calaix de sastre. Però és el percentatge que ens trobem més. Són els que no arriben a presentar tots els criteris necessaris per fer un diagnòstic anorèxia nerviosa o bulímia, però això no fa que siguin menys greu. Els trastorns inespecífics poden tenir una evolució tòrpida, negativa o fins i tot crònica igual que una anorèxia o una bulímia. Per altra banda, des de l'última revisió del DSM, el qual és la classificació diagnòstica que utilitzem per fer diagnòstics amb matèria de salut mental, a l'apartat de trastorns de conducta alimentària va haver-hi unes modificacions. A part de detectar d'identificar l'anorèxia, bulímia, i els inespecífics es van conèixer una entitat amb un diagnòstic nou. Fins aleshores no s'identificaven i els col·locàvem

en el grup d'específics. Apareix el trastorn per afartament, el qual es considera un trastorn dins el grup de conducta alimentaris, però aquests cursen poden cursar sobrepès o obesitat morfida, per les característiques d'aquest trastorn mental.

M: per contextualitzar els afartaments serien la ingesta d'aliments, corregeix-me si m'equivoco. Però durant un curt espai de temps, on s'ingereix una quantitat molt superior que ingereixen la majoria de les persones en un context similar i hi ha una successió de pèrdua de control sobre la ingesta de què menjar, la quantitat i quan parar fins i tot i la persona es pot adonar que perd el control, però és incapaç de parar-ho. Solen també els afartaments son part d'aquesta simptomatologia del TCA, i potser es coneixia tan fins fa poc.

G: Sí, de fet, la majoria dels trastorns de conducta alimentària tenen un denominador comú: la persona té un greu problema amb el seu propi cos, amb la seva corporalitat pròpia amb l'acceptació de si mateix des d'aquesta perspectiva i es tradueix a fer coses, conductes i actituds per millorar aquest malestar que li genera el cos. Evidentment, aquestes actituds i conductes, molt patològiques, es traslladen en l'àmbit de la ingesta d'aliments, la dieta , com mengem, com ens alimentem i en conductes que comprometen al cos. Què passa? Que aplicar o exercir aquest control tan patològic amb la ingesta, hi ha una part d'aquest pacient que poden tenir èxit en aquest control, seria més l'anorèxia. En aquest èxit i constància en el temps es tradueix que el cos va patint aquest efecte de restricció de control, d'una manera molt patològica i obsessiva, traduït a una pèrdua important de pes, un empitjorament de l'estat físic i de salut de la persona. Però, per acompanyar aquesta restricció a vegades afegixen conductes com purgues o laxants o una conducta hiperactiva excessiva sempre amb la mateixa finalitat compensar arribar aconseguir l'objectiu una mica irreal amb el cos.

Dit això, els afartaments són en moments que hi ha una pèrdua de control i es passa a l'altre extrem. Els afartaments poden estar presents puntualment en l'anorèxia nerviosa però és una conducta molt característica de la bulímia nerviosa. La bulímia nerviosa podríem dir que extremada preocupació pel cos i per controlar el cos i la dieta, és similar a l'anorèxia. Però és cert que hi ha episodis d'afartaments o pèrdua de control, moments en què la persona fa una gran ingesta d'aliments, a vegades fins i tot no cuinats o que no hi ha un gaudir.

M: Barreges estranyes fins i tot

G: Correcte. Des del que genera aquesta crisi que un té amb el menjar, en moments puntuals del dia, en moments que la persona busca i necessita és una

cosa addictiva. El malestar que li genera tota la conducta des de desbordament i de pèrdua de control que ha tingut amb el menjar, a vegades acompanyen conductes compensatòries com provocar vòmits laxants, o petits episodis de dejuni, però curts en comparació a l'anorèxia. Per això, quan parlem d'afartaments gairebé sempre es pensa en la bulímia. És cert que, diagnòsticament per diferenciar, abans parlàvem de bulímia nerviosa purgativa, no purgativa. Ara no, ara parlem de bulímia nerviosa purgativa perquè la no purgativa, la que realment només presenta afartaments i sobreingesta d'aliments sense fer conductes compensatòries...

M:... ja seria el trastorn per afartament

G: Correcte. La diferència seria que en el trastorn per afartament no hi ha la presència de conductes compensatòries tipus purgues, vòmits autoprovocats o períodes de dejuni per la finalitat de compensar. Per això, el trastorn per afartament va correlacionat o acompanyat d'un sobrepès important o obesitat, en alguns dels pacients.

M: El següent mite seria una frase que també ressona molt: T'he vist menjar, no pots tenir anorèxia.

G: Fals és cert que la manera com mengem i com ens relacionem amb l'alimentació diu molt de la relació o de l'hàbit. Penso que la problemàtica és quan un no pot gaudir i no pot permetre's. Té supeditat el fet de gaudir, el paladar o el plaer de menjar a un objectiu, per tant, és un sacrifici. És com aquest super de l'iceberg, la part externa, la part interna. Llavors sí que és cert que moltes vegades veus i et deixes de gent com menja, i llavors dius bé els amics van a fer la cervesa, les tapes, una pizza. Aquest poder de permetre, o fins i tot el menjar, de sentar-se al voltant d'una taula, és molt més que una conducta de supervivència humana, és un acte social és un acte de plaer.

M: Totalment.

G: Per tant, té molt vinculat al plaer desplaer. Desplaer quan haig de menja fins i tot per nodrir-me. En l'anorèxia està molt present, prefereixo quasi morir abans que menjar o acostar-me a la malaltia i a l'afectació

M: I a totes les conseqüències.

G: Plaer també, per a la persona que fa l'afartament. És un moment que, el TCA funciona com un regulador emocional. Quan això per la persona o la conducta alimentària és un regulador emocional, alguna cosa passa.

M: Clar, aquí hi ha una mancança d'aquesta regulació emocional.

G: Aquesta regulació emocional un l'obté a través de l'evitació de menjar, o precisament, el fet de menjar de manera més compulsiva faci un efecte ansiolític de tranquil·litzar. Apaivagar el malestar que m'ha portat a menjar. Què busco quan vaig a menjar? Tots busquem disfrutar, però, que no sigui un regulador emocional.

M: Clar, i que no sigui l'única eina de regulació emocional.

G: És una manera equivocada de trobar l'equilibri emocional amb l'estabilitat emocional. Per això dic que és molt més que voler tenir un cos el trastorn alimentari, va molt més enllà.

M: Totalment d'acord. T'anava a plantejar el següent mite, però ja l'hem mig introduït. Com és el més conegut sembla que l'anorèxia és el trastorn més freqüent; ja ens has avançat que no.

G: No, també és veritat que, aproximadament són dades, en l'àmbit epidemiològic. Per sort, l'anorèxia nerviosa no és la més freqüent. Perquè és la que més morbiditat i mortalitat presenta en el subgrup de TCA. Grosso modo, amb dades recollides en el nostre context territorial a Catalunya un 5% de la població general pateix un TCA, o algun. Diríem que és per equiparar-ho 1/20, pensant en aquesta edat més diana, dels 12 als 20-25 anys. A més, també hi han dades que apunten que és la tercera causa de malaltia crònica en l'adolescència. Tenen evolucions molt lentes on la recuperació no és ràpida. Jo sempre dic una frase, és fàcil o relativament fàcil quan tens un pacient que té un trastorn alimentari; anorèxia per exemple, fer-lo menjar. El control és extern, però és molt més difícil aconseguir que desitgi menjar, que gaudeixi menjant. A això és al que hem d'arribar per parlar de curació. No necessito aquest control per arribar a sentir-me bé millorar l'autoestima, sentir que ho assoleixo. Pel que fa a la prevalença d'anorèxia nerviosa es 0'4% de la població general, bulímia 0'8% i del grup de trastorn més inespecífics que poden tenir un curs crònic 3'5%. Pel que fa a evolució i pronòstic diem que hi ha 1/3 que es recupera, 1/3 que es cronifica i 1/3 en recuperació parcial. Però de la tercera part que no es recupera hi ha un 5% que es mor, coincidint amb anorèxia.

M: Enllaçant també amb les dades de prevalença que comentaves un mite molt comú és que només apareix o es desenvolupa en noies joves. Per què, sí que és veritat que és l'època diana. Però, degut aquest augment en la pandèmia sembla que s'està ampliant i és un trastorn que, majoritàriament afecta noies, en concret adolescents, però també està present en nois, si l'edat ha canviat...

G: La comprensió del TCA la veig des d'aquesta perspectiva de complexitat, no són trastorns complexos, al contrari. Jo sempre ho equiparo gràficament a un iceberg.

M: De fet, va ser la metàfora que vaig fer al primer capítol, és d'on partim sigui que ha anat perfecte que fèssim servir la mateixa.

G: Quan una persona cau en aquest trastorn és perquè hi ha aspectes de la persona que juguen un paper proporcionalment molt més fort aquests aspectes individuals de personalitat. Sí que és cert que socialment hi ha una pressió estètica, pressió cada vegada més present a les xarxes socials, però no tothom hi cau. Per tant, hi han aspectes individuals que lligats a la història particular de cadascun, que van configurant-se en un moment determinat, sempre parlem de la multifactorialitat, per un moment determinat propiciar el trastorn alimentari i això com tu dius l'edat, va lligat a una situació vital potser estressant, o de pèrdues o de moments

M: Canvis vitals.

G: Correcte, perquè també ho trobem a la prepubertat que és quan en el cos hi ha un canvi evident, que no es pot controlar, lligat a aquests factors individuals i de personalitat poden configurar i contribuir a una predisposició i a una precipitació del trastorn. Però estic a disgust amb mi mateix vull un canvi en la meua vida i puc començar una dieta però no sap com evolucionarà.

M: De forma molt innocent al principi

G: Això pot passar i ha passat en els canvis més bruscos el cos pateix. Té a veure amb acceptar un cos, un cos madur, sexual, amb els canvis. Passar de nen a home o de nena a dona no és del tot fàcil i hi ha tots aquests aspectes implicats. Però també és veritat que en altres edats ho hem vist en els últims anys. Un canvi vital, separació, maternitat, canvi de feina fins i tot alguna malaltia que ha comportat un canvi ponderal pel qual sigui, es proposa. Sempre es parteix de suggerir-se fer dieta i voler canviar. És una acció voluntària, molts diuen no se perquè. No, tu ets conscient dels teus actes i les teves actituds i això també es troba en altres etapes de la vida. També a l'altre extrem el menjar com un regulador emocional, un

ansiolític de les frustracions. Hi ha gent gran, sobretot en el trastorn per afartament hi ha més gent més gran. També són trastorns alimentaris. L'obesitat mòrbida prové o pot tenir un trastorn per afartament. Això passa en edats que no són adolescents. Pel que fa a nivell de gènere és certa que encara hi ha una diferència important entre el sexe femení i masculí. Hi ha una línia en el sexe femení sobretot en adolescent quan més baixes l'edat més s'equiparen les proporcions, però és veritat que pondera molt més en el sexe femení.

M: De fet, el que comentaves de l'edat. He escoltat moltes vegades, familiars que, en el cas de detectar que hi ha certes conductes que no acaben de ser normals, no arriben a ser patològiques tampoc, però tendeixen a pensar que és una tonteria de l'edat i que ja els passarà. Això és un error.

G: D'una banda, és fàcil poder escoltar o pensar-ho. Qui ho pateix, sobretot al principi que no hi ha aquest reconeixement, està de manera molt potent, actuant un mecanisme de narració del trastorn, és un mecanisme de defensa molt greu. És a dir, quant en l'àmbit psíquic o en l'àmbit de salut mental, la narració és equivalent, ens demora demanar ajuda. Per tant, com més temps passa, la malaltia en coberta, negada o dissimulada també més s'instal·la el trastorn i més difícil és recuperar. La família o entorn pot arribar a confondre o, inclús a dir que és normal que algú vulgui estar bé. Encara més amb la pressió social que tenim avui en dia. Però en realitat, la persona que ho pateix, va molt lligat amb molt de patiment. Moltes vegades no es veu, queda encobert i provocat per la persona que ho pateix, dissimulant, amagant. Hi ha conductes indirectes d'una persona que s'acaba aïllant. Jo equipara-ho el TCA a les patologies addictives. Perquè un fa d'aquest trastorn un live motive, li dóna la vida al trastorn. No em sento bé fins que no he pogut fer això, els va atrapant, és molt addictiu.

M: Enllaçant amb el que comentes, es creu que comences voluntàriament, que ho fan per cridar l'atenció. Però també cal valorar què vol dir cridar l'atenció. No tant en relació amb voler ser el protagonista, aquesta persona no vol ser el protagonista perquè el mirin. Aquesta persona fa unes conductes que trenquen la norma i què vol dir? Pot ser interpretat com una forma desesperada de començar a demanar ajuda per a altres problemes que estan sota l'iceberg que comentàvem. Que no tenen consciència de la malaltia moltes vegades, i és més profund o més perillós que cridar l'atenció o una simple tonteria de l'edat.

G: En absolut, sobretot al principi és molt superficial. És el perill, quan una persona ha començat a fer dieta o a fer exercici. Potser li sobrava un parell de

quilos, els imputs que rep de l'entorn moltes vegades reforçant aquesta conducta. Aquest imputs donen sentit i retroalimenten el repte, el que m'he, aquí hi ha un perill, hi ha gent que pensa avui no vaig amb els amics, passo. Aquesta tolerància, exigència més o menys patològica amb un mateix. A vegades parlem de perfils molt característics. És cert que aquesta tolerància, exigència, sensibilitat, està molt marcada. Són aspectes nuclears, més subjacents que estan en el fons. Aparentment, quan arriben i "joestic bé, sóc feliç és un estil de vida, no em passa res a mi".

M: Això pot confondre molt als professionals, i fins i tot a ella mateixa també.

G: Té nul·la consciència, ho fa perquè vol creure que s'està cuidant. Igual ja no té la regla, però no passa res. Minimitzar els aspectes negatius de la malaltia, és un fenomen molt corrent. L'objectiu prioritari en començar el tractament és recuperar el patró, que els costa, i anar prenent consciència. Aquesta capacitat de mirar-se d'autoreflexió potser reconeixen l'altres aquestes conductes més patològiques i funcionaments però en si mateixos estan blindats, és tot el procés inicial. Llavors ja arribem a el latent al subjacent que hi ha darrere, és anar de la superfície poder arribar als aspectes que probablement estan vinculats a la pròpia història, als seus aspectes de personalitat més profunds. És on nosaltres hem d'arribar perquè han sigut factors precipitants, factor de risc precipitants i mantenidors.

M: I tornem al d'abans, a un ingrés. Comencem a veure-ho com quelcom greu. Fins i tot, passa al contrari, sembla que si no és molt greu s'infravalora aquesta patologia mental. Ens podries explicar a partir d'aquí en què consisteix el tractament, com ho teniu enfocat des de la UTCA

G: Atenem majoritàriament patologia moderada greu. Nois i noies de 12 a 25 que requereixen hospital de dia. Vol dir, que part de les seves activitats quotidianes les passen aquí. Tenen 3 o 4 dies en funció de les necessitats, per tant, han hagut de fer una aturada a la seva quotidianitat, si estudiaven o treballaven hi han hagut d'auturar-se, per, potser, complementar amb algun tractament més intensiu. El tractament ha de ser global i integrador. Global perquè afecta a totes les dimensions de persona, no només psíquica, somàtiques, socials, familiars formatives acadèmiques. S'ha de contemplar tot. En concret a nivell de tractament, cal contemplar la part més objectivable, la part física. Aquesta es un termòmetre de com està dins. Quan pitjor està internament, a nivell psicopatològicament parlant, és a dir, té moltes conductes obsessives, compensatòries, fa restriccions importants, freqüència de vòmits de 2 o 3 al dia. Aquesta gravetat es reflecteix

físicament, directament proporcional. S'ha de contemplar aquesta part, també la conducta alimentària. Per això aquí vénen a fer els àpats: esmorzar, dinar i berenar. Paral·lelament, abordar tots aquests aspectes més latents de personalitat, perfils de personalitat del tot o res, o ho faig perfecte o no ho faig, molt autoexigents, molt perfeccionistes, intolerants a la frustració amb molt baixa autoestima. Perquè mai hi ha prou per sentir-se bé amb un mateix. Han sigut persones molt perfeccionistes o molt inestables emocionalment. Sobretot el que comentava, el trastorn és un regulador emocional i al final quan arriben aquí aquest és l'eix de la seva vida. Tot està vinculat d'una manera o altra, no hi ha la satisfacció ni el plaer en les coses de la quotidianitat de la vida, no són obtingudes des de les activitats comunes sinó si tinc o no tinc control amb els TCA. Si més o menys m'ha anat bé el dia respecte al cos, si he pogut controlar més menys, he pogut vomitar, compensar; el TCA funciona com un regulador de les emocions o pot arribar a fer una funció evitativa, amb aquesta incapacitat per connectar amb les emocions.

M: El tractament també inclou, no només equip de psicòlegs i psiquiatres, sinó altres tipus de professionals ja sigui des d'infermeria, educació social, des de la psiquiatria si escau algun psicofàrmac. Hi ha altres figures professionals en aquest tractament, és un abordatge força complet. No només a nivell d'hospital de dia, però coneixes a escala ambulatoria com funcionaria?

G: A nivell ambulatori a la xarxa salut mental el programa per atendre els trastorns alimentaris és transversal. Aquesta transversalitat està en territori. No només atenem de manera especialitzada el TCA en un lloc concret de l'hospital, sinó que intentem que el programa específic que es desenvolupa a la xarxa de salut mental sigui conduït per una persona experta, però que asseguri l'accessibilitat. De manera que estigui proper al comunitari, als companys de les àrees bàsiques de salut, a les escoles i instituts, proper als agents comunitaris que estan al voltant d'aquests possibles usuaris. La tasca número 1 i principal del primer esglaió és la prevenció. Evidentment, quan arriben al centre de salut mental ja hi ha el problema. En l'àmbit ambulatori, simplement es confirma el diagnòstic diferencial des de salut mental, el metge de capçalera o pediatra ja ha pogut fer un diagnòstic de sospita.

M: Sí, ja s'ha descartat tota la part mèdica.

G: Correcte. A vegades, com que són trastorns psicossomàtics, la causa és psíquica, però comprometen i afecten la part somàtica. Moltes vegades la part

psíquica queda molt encoberta o emmascarada, el pacient ho nega. Llavors, és important sempre descartar que hi hagi una altra causa que justifiqui els canvis somàtics tan abruptes que han aparegut i la família ha donat l'alarma. A nivell ambulatori és la porta d'entrada, especialitzada i aquí es decideix la confirmació i el diagnòstic. També on es farà el tractament. Poden fer-ho a l'ambulatori o potser valoren que per les característiques del cas, de la gravetat o la intensitat psicopatològica, la situació somàtica del pacient del suport de la família o no, del desbordament familiar, valoren si cal un tractament més intensiu, tipus hospital de dia o si hi ha un risc vital important pugui considerar una hospitalització total. Quan surten de la UTCA no donem una alta definitiva de la xarxa. Tornen a un centre de salut mental a nivell d'ambulatori, a fer un seguiment de prevenció de recaigudes, i potser són ells els que finalment fan un seguiment a veure com va de 6-8 mesos posterior hospital de dia. Si està asimptomàtic i se'ls dóna l'alta.

M: Reprement una frase que m'ha agradat del principi. Hi ha l'error de, quan una persona ha recuperat el pes, creure que ja està recuperada. I va molt en relació amb aquest seguiment de prevenció de recaigudes a nivell ambulatori. Per exemple, una pacient amb anorèxia nerviosa. Després de l'hospital de dia recupera el seu pes normal, el que correspon per constitució. Però, encara té la percepció del seu cos alterada, té temptacions de fer restriccions, dejunis més allargats, fer 40 km just després de fer un examen que no li ha anat prou bé segons ella. El que hi ha aquí és que continua sent una persona molt exigent, incapaç de gestionar-ho, és un problema que li sobrepassa emocionalment en voler aspirar a aquesta perfecció, de poca tolerància a la frustració. En aquest cas d'exemple, el no m'ha anat bé i no tindrà el 10. Aquesta persona, per molt que hagi recuperat el seu pes i estigui en normopes, no està recuperada encara, ni de bon tros.

G: Per això deia a vegades els trastorns inespecífics del grup, falsament, s'ha pensat que eren menys greus. Quan la part somàtica està en risc, evidentment s'ha d'atendre la part somàtica. Però el tractament és arribar a aquests aspectes tan latents, profunds de personalitat, que estaven de manera premòrbida abans de caure en el trastorn i han sigut els aspectes de personalitat que han actuat precipitant i després mantenidor. Recuperar pes, moltes d'elles ho fan. Han acabat amb una evolució més tòrpida crònica fan un ingrés recuperen pes, però surten del perill amb la idea de quan tingui la meua llibertat continuaré amb el meu. El tractament no té finalitat només, es satura en revertir la conducta, actitud, sobretot quant el contorn extern. Si un pot modificar aquesta exigència, ser més tolerant amb si mateix, pot arribar a valorar i acceptar aspectes de la persona més enllà del

físic. A ser més tolerant, aprendre a canalitzar el malestar i les emocions negatives d'una altra manera. A expressar, primer conèixer-les i identificar-les i després expressar. Poder sentir-se útil, vàlid, feliç; més enllà del benestar amb el cos. Això és el nostre ideal, més enllà del pes, no es redueix al pes, el qual és una petita part. Si no arribem a la profunditat de l'iceberg no fem res.

M: Totalment d'acord, sí. Ja per acabar, el mite final: Els TCA no es curen.

G: No és cert. A nivell d'evolució i pronòstic, l'estadística és una tercera part es pot curar i revertir totalment. Sobretot els casos amb més bon pronòstic, aquests són els que es poden atendre ràpidament, amb tractament especialitzat, amb certa celeritat i un tractament especialitzat, que hi hagi una certa expertesa. Són pacients molt intel·ligents que saben cap a on apuntar. Jo milloro l'autoestima, però el TCA diu aquesta exigència amb el meu cos no me'l toqueu. Això no és. Hi ha una tercera part que es curen. Jo amb els anys he vist nens molt greus amb anorèxia prepubertat molt virulents que han aparegut, ha calgut hospitalització i que han fet una evolució totalment bona. Joves de 12,13,14 anys que ara tenen 30 i estan bé. És important fer un tractament intensiu i arribar al transfons del TCA. Per afavorir i modificar aquests aspectes que a l'etapa adolescent s'està consolidant la personalitat, tenim a favor que no té una personalitat massa cristal·litzada, no estan instaurades. En un adult costa més, tot i que és cert que n'hi ha que es curen. Som testimonis de molts d'aquells que poden fer una evolució crònica.

3 preguntes per comparar les diferents respostes

M: I bé, ara que ja hem acabat la dinàmica. Veurem com a cada episodi plantejem a tothom 3 preguntes, per anar comparant respostes. La primera és, com creus que ha influït l'impacte de les xarxes socials en els trastorns alimentaris?

G: Ha influït i influeix molt. Malgrat que és cert que s'està molt atent en la taula de diàleg sobre TCA, l'associació contra l'Anorèxia, Bulímia i tots els experts estem molt sensibles de la proliferació dels TCA a través de les xarxes. Les nenes, sobretot, les adolescents van buscar certs fòrum per retroalimentar el que s'han proposat, ja poden tancar una web que l'endemà s'obren dues més. Aquí té un paper i pes, la prevenció. Com podem ensenyar als fills/es, nens, adolescents aquest esperit crític del tot el que ens venen. Estem immersos en un món virtual, moltes vegades enganyós, amb la finalitat de vendre i portar-te una idea que es pot manipular moltíssim. Un factor protector seria aquesta capacitat de desenvolupar la resiliència en nens i adolescents a ser crítics, tots aquests valors que s'associen:

la felicitat, estar bé amb el cos, tenir un cos 10, a l'èxit. Aquí hi ha molta tasca a fer des de l'escola, contextos naturals, però sobretot de la família.

M: Sí, de fet, la següent pregunta que fem a tothom és, quin paper creus que pot tenir la família?

G: Tant o més que les xarxes. Ens ha tocat una societat i una època on la família no es pot inhibir de la responsabilitat no només de tenir fills; sinó que representa ser pare i mare. No només quan són petits, sinó en tot el seu desenvolupament; hi ha un paper importantíssim. Estem formant futures persones, futurs adults i implica com a nivell des del minut 0 com i de quina manera podem inferir en la personalitat aquest futur nen/a. A vegades, la pressió social comença en el context familiar. La família és la primera plataforma socialitzadora del nen, també en el menjar, alimentació ja en un bebè és l'element regulador entre l'intern del bebè amb el forà. Qui ho regula és la mare, des de l'etapa lactant, després com es menja i quins valors hi ha entorn a la bona alimentació. Aquí entrariem, però que realment, té les seves parts bones i sana però també té efectes negatius.

M: Ja en parlarem més endavant, vindrà una nutricionista-dietista i en parlarem en profunditat, ja que és un tema molt recurrent.

M: Ara sí, l'última pregunta: de quina manera consideres que es pot ajudar?

G: La societat de moltes maneres. Primer hauríem de pretendre ser una societat no tan exigent, no podem córrer més. És una societat competitiva, no té espera, no té aturador, la immediatesa, busco una informació i la tinc ja. Aquesta immediatesa la transmetem als nens. Vull canviar el cos i ho vull ja! De quina manera? Entro a internet i trobo mil formes. Penso que és una prevenció quan encara no ha aparegut el trastorn, aquest es manifesta de múltiples, diferents àmbits, dimensions i nivells. A nivell sociocultural, l'escola, la família; com també a nivell de les persones o professionals que estan més en contacte amb nens i adolescents. Els nens són un reflex del que viuen i del que se'ls hi transmet.

M: Aprenen molt per modelatge, també.

G: Moltes vegades es mira l'escola, l'institut, però també s'ha de mirar què fan a casa. La coherència, som totalment incoherents. Potenciar molt la part més emocional, s'ha vist que tenir emocions és equivalent a ser fràgil. Sembla que no pots sobreviure en una societat on tot ha de ser perfecte; això fa molt mal. A nivell d'ajudar quan realment tens al teu voltant algú que potser està passant, està a punt o en un moment d'evolució cap a instaurar un trastorn alimentari i no n'és prou conscient. Cal ser molt transparent, ser franc i proper. A vegades un dubte per mantenir una amistat, però és bo mostrar que hi ha una preocupació, que te l'aprecies. Doncs dir-li, em sembla que... Tu diràs que no, però potser... Els pares

són els primers que han d'assabentar-se que està passant, sense por, amb la finalitat d'ajuda. Si hi ha alguna cosa que em preocupa, hi és, cal buscar una solució. És millor, com a pares ser alarmistes equivocar-se i que sigui el metge que em digui que m'he equivocat. Val més que et diguin això que estar amb la por, demorar-se i més quant el temps sempre va en contra.

M: De fet, en el tema ajuda totes les respostes són correctes i no hi ha cap resposta més correcta que altre. Ara sí, jo crec que davant de totes aquesta desmitificació ha quedat més ben definit què són els Trastorns de la conducta alimentària, espero que pels que escolteu hagi pogut quedar una mica més clar i s'hagi entès també la complexitat d'aquesta patologia. En general, en salut mental hi ha molt d'estigma, molts termes confosos i no s'acaba d'entendre bé la gravetat de moltes patologies mentals, en el cas dels TCA això és el que passa. Se sol infravalorar el patiment i la gravetat de la malaltia, invalidant fins i tot el malestar d'aquells pacients que han arribat a desenvolupar. El primer episodi acompanyada tenia l'objectiu de clarificar una mica millor tota aquesta informació, deconstruir alguns mites i que espero que s'hagi pogut assimilar. També fer evident, davant les dades alarmants, doncs la necessitat d'implementar polítiques mèdiques i sanitàries adequades per a la prevenció i la intervenció primerenques, per reduir la seva freqüència. Per a fer un petit espòiler deixo un últim mite "Els TCA són culpa dels mitjans de comunicació". Ja us avanço que la resposta ha començat a sortir i no és aquest el camí. La resposta és bastant complexa, però si voleu seguir coneixent millor aquesta temàtica, caldrà que escolteu el següent episodi on parlarem precisament dels factors de risc i dels factors protectors, entre altres assumptes. Però ve, tornant a l'episodi d'avui, moltíssimes gràcies, Glòria.

G: A tu, molts ànims i felicitar-te per aquesta iniciativa.

M: Ens veiem en breu en el següent programa de "Darrere del mirall".

Episodi 3: Etiologia dels TCA i factors protectors amb Maria Aymerich

MARIA D: Hola! Benvinguts i benvingudes a un nou episodi de "Darrere del mirall". Gràcies a la sessió anterior ara ja tenim molt més clar què són els trastorns alimentaris. Ja ho vaig deixar a l'aire un últim mite a mig resoldre: "ELS TCA SÓN CAUSATS PER LES XARXES SOCIALS". Ja vam fer un petit spoiler que la resposta no era exactament vertadera i que caldria aprofundir millor en les

causes o, com diem en psicologia, l'etiologia d'un trastorn. Per a descobrir-ho avui ens acompanya la Maria Aymerich, benvinguda.

MARIA A: Gràcies.

MARIA D: La Maria té un llarg recorregut en l'àmbit de la psicologia, de fet, és doctora en psicologia i és l'actual coordinadora del màster universitari de psicologia general sanitària a la UdG i a més, entre altres assignatures que cursa com a docent, és la professora de l'optativa de TCA al Grau.

Comencem, doncs, matisant que, el mite plantejat és fals bàsicament perquè per a parlar de causes, entren en joc forces variables. Llavors, quins serien aquest factor o variables, podríem dir, que considerariem que fan a les persones més vulnerables a desenvolupar els trastorns que has comentat abans?

MARIA A: Com tu molt bé has dit, les xarxes socials tenen un pes important i poden explicar per què hi ha aquest increment tan gran en els últims anys de trastorns de conducta alimentària. Però evidentment no són un únic element que provoca causa-efecte, perquè la conducta alimentària són multifactorials. És a dir, depenen de moltes causes, no és un element que ocasiona el TCA sinó que és el fet que la persona tingui diversos factors.

Jo sempre ho comparo com algú compra números de la rifa. Si no tens cap número, no et tocarà. Si tu tens un o dos números és realment difícil, que et podria tocar però és difícil. En canvi, si tens molts d'aquests números realment ja hi ha moltes probabilitats de poder patir un trastorn de conducta alimentària. Diguem que els factors de risc, com més en tens més probabilitat de patir un TCA, però no és un que ho provoca de manera única.

Hi ha molts estudis que parlen sobre què causa el trastorn de conducta alimentària, però a mi m'agrada l'organització de Gardner.

Uns primers que són factors predisposants, potser molts de nosaltres ara estem més predisposats a patir un trastorn de conducta alimentària que potser en una altra època. I per què ara estem més predisposats? Doncs precisament perquè tenim mitjans de comunicació i xarxes socials que el que fan és exposar-nos molt més, veiem els models ideals que se'ns imposen, amb el qual, ens comparem. Això ja genera un punt de fixar-nos molt amb el nostre pes, el que hem menjat, el que s'ha de fer per agradar. Per altra part, també tenim altres factors predisposants que són més de caràcter biològic que seria, per exemple, l'etapa de la pubertat. És un moment on el cos canvia tant nois com noies, però pels models alimentaris

acaben sent més vulnerables en aquest sentit les noies, es produeixen canvis molt ràpids. La noia pren consciència amb el seu cos, es compara amb tots aquests models i pot aparèixer una insatisfacció amb el seu propi cos. Això, juntament amb la necessitat de ser acceptat pel grup, per l'altre sexe, pel mateix en relació amb els models, fa que hi hagi una major fixació en aquest aspecte. I també un major intent de controlar què és el que menjo, com ho menjo; per fixar-nos en aquest element purament corporal. Després veurem que les causes són més internes, però en l'adolescència podríem parlar d'un factor de risc, que ens predisposa a l'aparició, per més necessitat de ser estimat, perquè es produeixen tots aquests canvis corporals, tot l'entorn social que afavoreix l'exhibició i comparació del jo amb el que els altres volen o jo, aparentment, necessito per a ser acceptat o estimat. Això també es relaciona amb un altre factor individual predisposant que és tenir una baixa autoestima. Una baixa autoestima associada a una elevada autoexigència i elevat perfeccionisme, són factors predisposants; però no causals.

MARIA D: Això és important matisar-ho sobretot.

MARIA A: No són causals. Si tenim tots aquests factors tenim més números. Què és el que, diguem, pot acabar, si ja es tenen aquests factors previs, acabar desencadenant un trastorn de conducta alimentària? S'ha vist que l'aparició de determinades situacions estressants.

MARIA D: Canvis vitals fins i tot.

MARIA A: Sí. Per exemple, ara començo a sortir amb un noi, començo a sortir amb un noi i ara ho deixo, els pares se'm separen o canvio d'institut o de lloc de residència. Tots aquests elements o canvis vitals poden anar associats al desencadenament d'un trastorn de conducta alimentària. Sobretot si la persona també està sotmesa a una certa pressió sobre el seu cos, sobre el seu pes, determinades crítiques o reforçaments de premis o comentaris positius si apareix una petita pèrdua de pes. Això també ho veiem: hi havia un sobrepès, es comença a perdre pes i la persona es sent millor, l'entorn ho premia "Oh, que maca estàs!"

MARIA D: Ho reforça al final.

MARIA A: Ho reforça i a partir d'aquí la noia comença a sentir-se a gust, a perdre pes fins que això acaba no quedant-se en un pes sa. Si tenia obesitat o sobrepès i

es normalitza està bé, però diguem que la persona no en té prou i es passa de frenada. Entra en obsessió per continuar perdent pes, Anorèxia. O per un desig de perdre pes que sí que fa certes etapes de control, però després es descontrola desenfrenadament amb afartaments que generen una culpabilitat increïble i torna a fer conductes compensatòries (vòmits, exercici físic excessiu, compulsiu) per eliminar la culpabilitat que té associat al procés d'afartament, aquí ja tenim l'aparició de Bulímia.

MARIA D: Tot això, juntament amb aquests predisposants o aquests desencadenants són els que augmenten aquesta vulnerabilitat. Ara que els tenim més clars donem la volta, sembla que n'hi ha alguns que, per sort, actuen com a protectors d'alguna forma. Parlariem d'aquests que, units, formen una espècie d'escut i poden servir de defensa per resistir a aquestes situacions més estressants o esdeveniments que ens van succeint i que afecten la nostra salut, tant física com psicològica, en el dia a dia. Parle'ns una mica d'aquests factors.

MARIA A: Dins dels factors que podríem dir-ne protectors jo sempre penso que hi ha tot un seguit de factors transversals, que ens protegiran dels trastorns de conducta alimentària, però també ens protegiran d'altres problemàtiques com addicions o altres. Un d'ells és l'autoestima sana, quan dic l'autoestima sana no vol dir que jo m'estimo perquè sóc perfecte, sóc genial i gairebé narcisista, no és això una autoestima sana. Una autoestima sana és reconèixer els meus punts forts i febles, estimar-me i acceptar-me. Ser també conscient que hi ha altres coses que potser millor i intentar-ho, així com altres coses que formen part de mi, no puc canviar, però tot i això accepto i aprenc a lidiar amb elles.

MARIA D: Totalment. De fet, d'això més endavant en parlarem en un episodi. Ja va bé que ho comencem a introduir.

MARIA A: Genial, perfecte. Per tant, l'autoestima és molt important. Tenir també una bona xarxa de suport social. Subratllo la paraula suport, no dic xarxa social. No dic molts contactes superficials amb altres, sinó suport; suport social. Poder tenir alguna o algunes persones que sabem que podem comptar amb elles, que sabem que ens ajudaran, que estan allà, poden donar suport, puc tenir-hi confiança. Això és molt rellevant, sentir-se estimat en el fons.

MARIA D: És clau, sí.

MARIA A: Un altre element que penso que cal ressaltar, un factor protector també relacionat amb famílies. Però em sembla que això m'ho preguntaràs i no m'avanço en parlarem després.

MARIA D: Sí.

MARIA A: Un altre element que penso que és important, però en l'adolescència pot ser que encara no acabin de tenir-lo desenvolupat. És la capacitat de conèixer les meves emocions i a què estan relacionades. Aquest malestar que tinc jo, a què pot estar relacionat? Què és el que ho causa? Intentar trobar un vincle o un pont entre el món intern amb el món extern. El que sent la persona amb com es relaciona. Moltes vegades ens podem trobar que hi hagi un estat de malestar i es recorri al menjar com a manera de controlar aquest malestar, perquè no es sap fer res més. Cal conèixer quin és el meu estat emocional, a què el relaciono jo. Per poder-ho vincular-ho d'una forma sana, no vincular-ho tot al control del menjar o a la meva imatge o el meu cos. No sé si ha quedat...

MARIA D: Queda més que respost, i tant! Ja hem vist que les persones presenten o poden presentar molts factors de risc, sobretot aquelles que en presenten molts de risc i pocs protectors tenen més probabilitats de desenvolupar problemes, desajustos o resultats negatius envers el futur en altres circumstàncies, en aquest cas parlem d'alimentació. Això ara un cop més clar si ens agradaria conèixer la teva opinió sobre les 3 preguntes que plantegem sempre a tots els convidats. La primera és: Quin creus que ha estat l'impacte de les xarxes socials?

MARIA A: Penso que molt important, molt. Jo sempre penso que a mitjans de segle XX ja va començar a canviar la cosa, però no hi havia encara televisió, cinema, no hi havia res de xarxes socials. La vida era molt més, jo i el meu entorn. Llavors, una persona podia tenir l'aspecte físic que un volgués que fos la Dolors i en Pepito, i era com era. Clar, ara amb tots els mitjans de comunicació realment la persona observa uns models que vénen donats, que poden canviar.

MARIA D: Sí, poden canviar en qualsevol moment.

MARIA A: Ara les noies primes, amb els pits rodons, ara els llavis primers, ara gruixuts, amb maluc. En aquest sentit, dicten els models. Aquests models venen i tothom comparteix amb ells. Això serveix perquè un s'exhibeixi. Abans era només

unidireccional, la televisió les pel·lícules les revistes. Però ara també ens exhibim, ens exhibim a les xarxes socials, a l'Instagram, a les platges, als gimnasos, a tot arreu. Per tant, ens preguntem com ens veuen els altres a mi. A més, les xarxes han anat pervertint-se, jugant amb la necessitat que tenim tots de sentir-nos estimats i acceptats. Fan posar likes a les nostres imatges, els nostres likes preguntes a quantes persones agrado, quantes persones m'estimen, si m'acosto a aquest model cada vegada tindrè més likes, això és fals, és insaciable. Però sí que té un impacte molt important.

MARIA D: Tot i que sigui fals, el pensament hi és i tenim tots aquests models amb poca diversitat corporal ara mateix. Al final, ens fa una pressió estètica i social brutal que acaba actuant i tenint aquest impacte, totalment d'acord. Parlant d'un altre tipus d'impacte. Quin creus que pot ser el paper de les famílies davant d'un trastorn alimentari.

MARIA A: Podríem pensar el que comentàvem abans d'estar en antena, potser és més interessant el que caldria que fessin les famílies per prevenir els trastorns de conducta alimentària. Podríem estar molta estona parlant però per anotar alguns punts. Les famílies d'entrada, en relació amb el menjar la família hauria de tenir present que el menjar no és ni premi ni càstig. El menjar és una necessitat nutricional per afavorir el nostre desenvolupament. Ens dóna plaer, sí, perquè genèticament estem programats perquè ens doni plaer precisament per això, per sobreviure. Però el plaer que ens dóna el menjar, o la tranquil·litat que ens dóna fer la digestió no és l'objectiu de l'alimentació. L'objectiu de l'alimentació és estar ben nodrits. Per tant, el menjar no és ni premi ni càstig, el menjar ha de ser equilibrat. La família és important que tingui aquesta posició davant del menjar. I, per tant, ja en l'infant que se li ensenyi a menjar 5 àpats al dia, uns plats equilibrats, de tant en tant puguin menjar brosa i no passa res, perquè no s'ha de demonitzar, però no pot ser la norma. El menjar si no estaria complint la seva funció. Com a resultat, relació amb el menjar dita. Relació de la família amb el cos de l'infant o la nena: cal acceptar el cos del nen/a. Hem de buscar que sigui sa, però que cada cos serà diferent i cada cos s'ha d'estimar i acceptar. Si els pares estimen i accepten el fill, el fill s'acceptarà i s'estimarà. Si el nen està segur i està feliç, amb el seu entorn social també ho encomanarà. Si els altres no l'accepten, és normal, ningú és acceptat al 100%, però no ho posarà en qüestió que hi hagi un grup que no l'accepti. Hem parlat de la família quant a relació amb el menjar, quant a l'acceptació del mateix infant i aquí tornem amb el tema de l'autoestima,

que sàpiga aspectes a millorar i els que no que se'ls accepti. Jo penso que bàsicament les famílies en veure factors de risc saber actuar, de manera adequada. No sé si voldries acabar d'aprofundir en algun aspecte més de la família.

MARIA D: Comentàvem molt tema autoestima i fer de casa un ambient segur, però també des de la família aquestes, igual del menjar brossa, de no extremar-ho cap a l'altre costat. Famílies molta controladora, no. Tampoc compleix la funció nutritiva si t'alimentes a base d'amanides i ja està. També tenir aquesta perspectiva àmplia i donar lloc i cabuda a tot una mica.

MARIA A: Normalitzar. Que els diumenges és menja pizza i pastís i es va a sopar, ja que no passa res.

MARIA D: I benvingut i gaudim-la tot junts en família, parlem, fer tot l'àpat junts. També pot tenir aquesta funció més social fins i tot.

MARIA A: Hi ha la piràmide de l'alimentació que està molt ben ubicada. Però hi ha un centre a Barcelona, que no recordo el nom, que investiga sobre l'alimentació sana i tal. Més que una piràmide bidireccional, fa una piràmide tridimensional. Parla que és important menjar els aliments o la base, esporàdicament ja doncs sí pastissos embotits tot això. Però a l'altra dimensió hi ha com hem de menjar, majoritàriament en família o acompanyats i esporàdicament sols o davant la televisió. Això pots fer-ho? Sí. Però de tant en tant.

MARIA D: Que no sigui la norma.

MARIA A: Clar, és bon fer-los en família socialment. No sol mirant la televisió. Mantenir el que seria un patró r sa d'alimentació.

MARIA D: I l'última pregunta seria com puc ajudar en els trastorns de conducta alimentària?

MARIA A: En aquesta última pregunta, i així no m'allargaré més i deixaré una mica més la curiositat dels oients que consultin una font molt interessant. Allà trobaran aquesta informació i d'altres sobre trastorns de conducta alimentària. Que es connectin al canal de la Generalitat de Salut, allà hi ha específicament informació sobre els trastorns de la conducta alimentària i què podem fer tots

nosaltres per ajudar en un cas de sospita de TCA. Us hi convido, no només trobareu informació sobre com podem ajudar sinó sobre moltes altres qüestions que segur que hauran quedat en el tinta. Torno a recordar on ens hauríem de connectar, és a la web de la Generalitat de Catalunya al Canal Salut, a l'apartat de trastorns de conducta alimentària.

MARIA D: Allà trobareu una guia que pot servir d'ajuda a moltíssima gent i molt ben feta.

MARIA A: Tenen bon material penjat i és fiable.

MARIA D: Davant de tota aquesta informació, el que sí que es pot confirmar és que, indubtablement, l'etiologia o la causa d'aquests trastorns és biopsicosocial i multicausal. És per això que és important descriure els múltiples factors de risc, ja que la seva presència pot tenir un efecte exponencial, provocant o augmentant el risc a desenvolupar un trastorn alimentari. No hi ha un que per si sol ja desenvolupi un TCA. Tots estem exposats a aquests mitjans i vivim en la mateixa societat i no tots arribem a desenvolupar la patologia. Però aprofitar, treure suc d'aquells factors últims que hem comentat, els protectors, per protegir-nos i potenciar-los, que de fet, ja veurem com al llarg dels diferents programes intentarem anar treballant i anar creant aquest escut.

Moltíssimes gràcies, Maria pel temps i per la participació. Ens veiem al pròxim episodi!

Episodi 4: Conscienciar dels riscos amb Mariona Fontrodona

MARIA: Hola! Benvinguts un episodi més. Ara ja sabem que els Trastorns de la Conducta Alimentària són trastorns mentals de base psicològica amb conseqüències físiques, nutricionals, emocionals i socials. Per anar finalitzant, la primera part de conscienciació i la importància d'entendre la complexitat. Fins ara, hem parlat de què són, les dades que ocupen dins la població, a quina població són majoritaris, possibles factors relacionats, possibles factors que ens poden protegir de desenvolupar-los. Hem anat desmuntant algunes de les idees que ressonen al carrer i que no representen la veritable cara dels TCA, però, per continuar contribuint a aquesta tasca en l'episodi d'avui parlarem de la importància de les conseqüències i riscos que comporten. Patir aquest tipus de trastorn i la seva

simptomatologia, genera un desgast significatiu en la salut, mental i física, que evidencien un cop més, com les conductes que el propi trastorn comporta, a llarg termini, implica moltes complicacions i conseqüències.

Per parlar d'aquestes complicacions avui ens acompanya la Mariona

MARIONA: Hola encanta.

MARIA: Ella també està fent el Treball Final de Grau, de fet, el seu tema és el motiu pel qual està aquí és per què, be si ho vols explicar tu mateixa...

MARIONA: Jo estic fent el meu treball sobre final de grau sobre l'amenorrea i s'anomena: “El silenci de l'amenorrea”.

MARIA: Però abans d'entrar en aquesta temàtica parlarem d'alguns problemes i conseqüències més comunes dels TCA, sobretot en els casos perllongats.

A nivell potser de problemàtica social sobretot, ja s'ha anat introduint i ho veurem amb els testimonis que portarem però: hi ha una disminució de l'energia, molt menys interès en activitats socials, sentiments de solitud, dificultats o limitacions per gaudir de relacions interpersonals, aïllament social principalment.

Psicològicament: sabem que presenten sovint un altre problema associat, en psicologia anomenat comorbiditat. Això pot agreujar el trastorn i complicar-ne el tractament, ja que no tan sols hem de recuperar-nos del trastorn primari sinó també tractar el derivat. Ja hem anat introduint que solen ser perfils de personalitat amb baixa autoestima, molta dificultat davant la gestió de la vergonya, la culpa estan molt presents. Com també els canvis d'humor, la irritabilitat, el fet d'estar irascible, pensaments obsessius i fins i tot, en casos greus, arribar a desenvolupar altres trastorns, especialment d'ansietat o depressió.

Fins ara, potser parlàvem més de la part psicosocial, visibilitzar aquestes conseqüències és important. Però, tal és el desgast que impliquen els TCA que poden comportar complicacions físiques realment alarmants. De fet, hi ha un percentatge de mort i en alguns casos recullen com en Anorèxia nerviosa un 22% afirmen tenir ideació suïcida i en Bulímia nerviosa 11%. Són dades vertaderament alarmants i que trenquen el cor.

En el cas del trastorn per afartament, per exemple, pot aparèixer obesitat, i ja sabem les complicacions que això pot conduir, com problemes respiratoris.

Per altra banda, si el trastorn que pateixen implica una pèrdua de pes o desnutrició, especialment en els casos de desnutrició, també té greus

conseqüències en la salut. Davant d'una manca de nutrients, es poden presentar moltíssims problemes a nivell corporal, ja que el cos, savi, entra en una espècie de mecanisme de defensa per a guardar energia. Davant la pèrdua d'energia, per la manca d'ingesta de nutrients hi ha dificultats en la massa corporal, reducció de proteïna muscular, disminució de líquids corporals. Tot això es tradueix en problemes en la potència muscular, la resistència i el rendiment en general d'activitats físics. A més, en els casos de desnutrició, arriba a afectar a nivell ossi. Ja no pel rendiment físic que necessita per a fer activitats diàries, sinó pel que fa a perillositat, ja que, augmenta considerablement el risc de patir fractures o possibles problemes associats.

Per començar a deixar participar a la Mariona et plantejaré diverses conseqüències mèdiques i caldrà que encertis quina creus que es pot arribar a desenvolupar arran d'un TCA:

Algunes conseqüències en l'àmbit cardíac:

Desequilibris autolítics

Disminució freqüència cardíaca

Disminució pressió arterial

Reducció de la quantitat de sang que el cor bomba

Totes les anteriors.

MARIONA: Jo diria que són totes les anteriors. Sé que pot disminuir la freqüència cardíaca i la disminució de la pressió arterial, com sé aquestes dues segures, i l'altre també té lògica i podria ser molt real. Per tant, totes les anteriors.

MARIA: Sí, de fet, això de la pressió és molt comú que fins i tot moltes vegades es maregen. Sí, totes les anteriors i evidencia que les conseqüències en l'àmbit cardíac són alarmants. Poso aquests exemples pel fet que, si encara hi ha algú que no veu la salut mental com un problema greu, potser entendre que un trastorn mental pot arribar a comportar aquestes conseqüències a malaltia física, facilita entendre la seva gravetat. Així i tot, el malestar i el patiment hauria d'entendre's independentment si es tracta d'una patologia més orgànica, biològica o més mental. Però, com això va dirigit a població general, perquè tothom tingui aquesta concepció de la vertadera gravetat.

La següent pregunta seria: les purgues poden provocar lesions a:

desenvolupar càries

lesions a la mucosa oral

reflux gastroesofàgic

Totes les anteriors

Cap de les anteriors, les purgues només serveixen per fer conductes compensatòries.

MARIONA: Jo crec que les tres primeres són certes: les càries, la lesió a la mucosa bucal i el reflux també.

MARIA: Doncs sí, realment sí. Si ho pensem racionalment, el vòmit és àcid i té sentit que faci malbé les dents, l'esòfag, en general per on passi faci destrosses. A més de les conseqüències mencionades, també totes les descompensacions i alteracions digestives que genera, no només aquesta, sinó també altres conductes purgatives com els laxants també destrossen la flora intestinal.

I ve, ara sí que ja toquem potser més el tema que controles, el que ets més experta. Parlarem de les conseqüències a nivell hormonal. Tampoc és que les persones que pateixen algun tipus de TCA se salvin en aquest àmbit, ja que també hi presenten alteracions. Quan t'introduïa i has dit el tema del teu TFG has dit una paraula que, jo crec que molta gent desconeix: "amenorrea". Comencem doncs per alguna cosa bàsic, què és l'amenorrea?

MARIONA: Doncs sí, l'amenorrea és l'absència de la menstruació. N'hi ha de dos tipus, la primària, que és quan l'absència és fins als setze anys amb noies amb creixement normal. Llavors hi hauria la secundària, que és l'absència de la menstruació durant un mínim de 3 mesos consecutius en dones amb cicles previs regulars o ve 6 mesos amb cicles irregulars.

La podem dividir en 3 subtipus:

Genital provocada per disfuncions a l'úter o a la vagina

Ovàrica o gonadal normalment per disfuncions als ovaris, causes genètiques, autoimmunes, ovaris poliquístic

Central provocada per disfuncions hipotalàmiques o hipofisiàries, és a dir afectacions al sistema endocrí i les hormones. Aquesta és la que està relacionada amb els trastorns alimentaris, i és sobre la que parlarem avui i jo m'he centrat en el meu treball.

MARIA: De fet, la següent pregunta era referent que tenia a veure aquesta patologia amb les conseqüències dels TCA?

MARIONA: Bàsicament que l'amenorrea té diversos factors i que un d'ells pot venir causat per dèficit energètic, per estrès, per conductes que provoca el mateix estrès, per l'esport excessiu, falta d'ingesta calòrica. De manera que es força comú en els TCA.

Sovint, un mètode que utilitzen moltes noies per a cremar calories és l'esport, fent-ne un ús excessiu i de forma molt insana. I que, el fet d'estar patint aquest trastorn, estar rumiant tot el dia en què menjaré, quantes calories té, les obsessions que poden aparèixer, aquest descontrol emocional, el malestar de la baixa autoestima o en general el malestar que suposa, fa que cognitivament, tinguin molt d'estrès. Per tant, és bastant comú que les noies amb un TCA puguin desenvolupar també amenorrea.

Ve, de fet, l'amenorrea abans era un dels criteris diagnòstics del DSM 5 per a detectar un trastorn alimentari, ara ja s'usen altres.

MARIA: Ara en comptes d'estar com a criteri diagnòstic està com a manifestació que és possible. Ara sabem una mica millor que es tracta, però quines conseqüències pot comportar?

MARIONA: Igual que el trastorn alimentari, que ens has explicat moltes conseqüències.

L'amenorrea hipotalàmica funcional, que és el nom que rep la que desenvolupen les noies amb un TCA, és una alteració funcional de l'hipotàlem deguda a l'estrès, conductes generades per l'estrès, el baix pes corporal i l'exercici físic. Això provoca alteracions en l'activitat hormonal de les persones i fa que, les hormones sexuals femenines, com l'estradiol i la progesterona no es segreguin bé.

Aquesta patologia es troba generalment associada a un dèficit energètic que s'atribueix a alteracions del balanç energètic, el consum calòric i generalment acompanyat d'una pèrdua de pes corporal. Per tant, es podria interpretar que l'AHG és una resposta d'adaptació, de les noies, nutritiva-calòrica.

Les conseqüències poden ser múltiples:

Problemes infertilitat, la probabilitat de quedar embarassades disminueix. Problemes vasculars (augment els nivells de colesterol). Cardiovasculars (com és que hem anomenat anteriorment). Osteoporosis prematura (densitat òssia). També afectacions en l'estat d'ànim degut als desequilibris hormonals i dels sistemes neuromoduladors provocant un augment de l'ansietat i tendència a la depressió.. Rendiment físic i molt cansament. Afecta també molt a l'autoestima i la imatge

corporal. Que això pot fer empitjorar un TCA i fer que sigui més fàcil de recuperar-se.

MARIA: Mira que sembla que, a priori, quan marxa la menstruació, no pensem que puguin haver-hi tantes complicacions. S'ha anat parlant molt que la recuperació en els TCA es força llarga i que és un camí difícil. Al final, també inclou la recuperació de totes aquestes conseqüències que s'han anat desenvolupant a poc a poc en el transcurs de la malaltia. Sabries dir si la recuperació, en aquest cas de l'amenorrea, si també és llarga?

MARIONA: Va molt relacionat amb com la persona s'està recuperant del TCA. Pel que he vist i he pogut anar veient a les noies que he entrevistat pel meu treball de final de grau, totes han comentat que un cop han pujat de pes, ha estat el moment en què els hi ha baixat la regla. De fet, elles estan molt d'acord i de fet, els hi feia por que els hi tornés a venir. Perquè això volia dir que havien pujat de pes, i per una part estaven contentes perquè t'estàs recuperant, però per l'altre, s'adonen que han pujat de pes. Llavors, jo crec que va molt lligat en funció de com t'estàs recuperant del trastorn alimentari, més que de l'amenorrea en si.

MARIA: Per lligar els dos temes ens hem centrat només en la seva relació amb els TCA, però també pot tenir altres factors. De manera que sembla que hi ha un % de la població que pateix aquest trastorn, però a la vegada, sembla que es força desconegut. Per què se'n parla tan poc?

MARIONA: Actualment, vivim en un sistema patriarcal marcat pel poder dels homes. Això s'ha caracteritzat, durant molt temps, per l'opressió cap a les dones, el control de la sexualitat, limitació en la reproducció, censura en el plaer i en conseqüència també, hi ha hagut l'ocultament de la menstruació.

Això, ha fet que la menstruació es convertís en un tema tabú, actualment hi ha cultures que encara no en parlen, i moltes altres encara en parlen amb fàstic o amb por. És per aquest motiu que hi ha molt de silenci, molta falta d'informació. Hi ha molts obstacles per la visibilització i ve, també molta dificultat per la transformació sobre la visió dels cossos femenins, i també sobre la menstruació i tots els problemes associats a la menstruació. Hi ha molts trastorns que no se'n parla, ningú sap res, són totalment silenciats.

MARIA: De fet, ja ho diu el teu títol.

MARIONA: Sí, correcte. De fet, quantes vegades tu, amb les teves amigues has estat amagant una compresa per la por del que diran.

MARIA: Sí, jo ho recordo. Ara ja no, perquè hem passat aquesta fase però les primeres regles a l'ESO.. Jo recordo posar el tàmpax per aquí al jersei perquè no es veies i no me'l veies cap noi, era com...

MARIONA: La majoria de nosaltres ho hem viscut així, una mica amb por, vergonya, no?

MARIA: Sí, com ocultant-ho, com si fos una cosa dolenta. Quan és el més natural del món.

I ve, tornant al títol del teu tema, et pregunto per què és tan important visibilitzar-la?

MARIONA: Al final, és un símptoma més que ens pot ajudar a detectar, d'una forma, una mica més indirecta que hi ha un estat de salut insà. Això ja ens està dient que hi ha algun tipus d'anomalia en el nostre cos.

No tenir la menstruació és que hi ha algo que no està sa, ens ha d'alarmar, ja que vol, dir que "algo" que no funciona i s'ha de buscar aquest "algo" que falla. Perquè potser hi ha un trastorn alimentari, però també perquè potser estàs fent un esforç excessiu en el teu cos que no ho pot suportar, o estàs molt estressat i les condicions que tens de vida no t'estan ajudant i cal intentar solucionar això, perquè pugui tornar a venir la regla i no pateixis totes les conseqüències que hem parlat.

I relacionant amb el TCA pot ser que sigui una altra manera de detectar-lo, un altre forma i, per tant, és important, quan marxa la regla demanar ajuda.

MARIA: I per anar finalitzant et formulo les 3 preguntes que plantegem a tots els entrevistats:

L'impacte de les xarxes socials en els TCA?

MARIONA: Jo crec que, ara actualment, les xarxes socials són unes eines molt potents per influència a la població sobretot és un lloc on es parla molt dels canons de bellesa que hi ha actualment, dels cossos femenins, de les dones. Això fa que hi hagi molts missatges, posts, de tota mena. Hi ha una allau de missatges i

posts relacionats amb el cos, l'alimentació, lifestyle més healthy. Això fa que, de manera inevitable, ens comparem amb aquestes vides i cossos perfectes que se'ns mostren i que ens vulguem assenyir una mica a la seva realitat. Això molts cops tampoc és real, la majoria dels cops tampoc és real i pot fer molt mal. Suposo que, quan ets més gran i estàs més centrat i la vida més estable és molt més fàcil no caure en aquestes comparacions. Però si ets una adolescent, que t'estàs formant, en ple desenvolupament, és molt difícil no caure en aquestes comparacions, ho idealitzes potser i pot provocar que puguis caure en un TCA.

MARIA: I que n'opines o quin creus que pot ser el paper de les famílies en aquest tipus de trastorns.

MARIONA: Les famílies també tenen un paper molt important en el desenvolupament dels TCA i en la recuperació, està clar. La manera que ens comuniquem amb els nostres fills, com els alimentem, quins hàbits ensenyem, pot tenir un impacte molt gran. Sobretot penso que en general hi ha molt poc, o se'n parla molt poc per temes de salut mental, hi ha molt poc tacte. Falta treballar més les habilitats emocionals, en general, en la població.

També en el nostre dia estem constantment rebent comentaris sobre el menjar, sobre el nostre cos suposo que això pot provocar molta pressió.

MARIA: I ja l'última, com creus que podem ajudar o creus que pots ajudar?

MARIONA: A través del meu treball, el que principalment busco és donar conèixer aquest trastorn o aquestes alteracions hormonals que poden tenir tantes conseqüències negatives en les dones. Fer-ho més present, que tal com parles dels pulmons i les patologies associades a l'aparell respiratori, doncs, parlar del cicle menstrual, de totes les patologies que hi ha associades en el cicle menstrual. A més, com a persona, com a amiga, germana, com el que sigui, intentar no caure en aquests comentaris que hem dit sobre menjar i cos. Fer servir totes aquestes competències emocionals que hem estat treballant durant quatre anys a la carrera pel seu suport, millor acompanyament i això.

MARIA: Esperem que amb l'episodi d'avui s'hagi entès encara més la totalitat dels TCA, que hàgiu après una mica més sobre l'amenorrea hipotalàmica, que és també un trastorn força invisibilitzat i desconegut. I per tancar aquesta primera part més a nivell psicoeducació dels trastorns de conducta alimentària, la seva

gravetat i visibilitzar tot el que poden arribar a comportar un cop es desenvolupen. Per no extendren's, vull aclarir que no hem mencionat absolutament totes les possibles complicacions, també hi ha tenir fred constantment, caiguda cabell, hi ha casos que se'ls inflamen les paròtides; perquè, realment, ni acabaríem amb la de conseqüències que hi ha. A més, no englobarien a tothom, ja que davant de cada cas es poden seguir camins diferents i tenir diferents conseqüències associades. Però sí que m'agradaria aclarir que, patir alguna de les anomalies mencionades no implica tampoc tenir un TCA, que com tot, moltes vegades l'origen no està clar i pot venir de factors diversos, pot venir per altres motius allunyats de la relació amb el menjar. Per tant, és important assistir als professionals especialitzats i que ells valorin com cal i ho abordin tot al tractament. Perquè com s'ha anat dient, no ens hem de quedar només amb vòmit-afartament-cos-menjar, sinó que les complicacions en l'àmbit emocional, anímic, d'inseguretats, d'ansietat; com també les conseqüències mèdiques que s'han mencionat, tot això també s'ha de tractar. Totes han de formar part de la recuperació, i de fet, la major part d'aquestes conseqüències milloren amb la recuperació, tot i que en funció de la durada de la malaltia pot ser que alguna d'aquestes conseqüències es mantinguin temps i siguin difícils de reparar, sobretot en casos més cronicats. Moltíssimes gràcies, Mariona.

MARIONA: A tu, jo encantada d'haver pogut participar.

MARIA: Sobretot per participar en aquest entrellaç de treballs i haver aportat el teu granet de sorra al programa. I ve, us enviem un petó, ens veiem en el pròxim episodi.

Episodi 5: Treballar la intel·ligència emocional, des de casa; amb Alba Garcia

M: Hola! En l'episodi d'avui parlarem d'un tema que és molt interessant i més complex. Avui parlarem de les emocions, intel·ligència emocional. També com la relació de com una mala gestió d'aquestes emocions pot arribar a conduir a

conductes, amb cert risc psicosocial. Parlarem de com precisament aquest és el motiu pel qual és tan important treballar-les. Hi ha moltes idees, idees molt confuses. En general, som una societat que, tot i que cada cop menys, tendeix a minimitzar la importància d'aquestes. Per a parlar d'aquest temazo, no ho faré sola, i és que avui ens acompanya l'Alba.

A: Hola.

M: L'alba és psicòloga general sanitària i té moltíssima experiència. Especialment, té experiència en prevenció de TCA. Ha estat treballant a l'Associació contra l'anorèxia i la bulímia. Actualment, treballa més des de l'àmbit d'intervenció en un CSMA. Moltíssimes gràcies, Alba per venir.

A: A tu per convidar-me.

M: I per contribuir a aquesta tasca, com deia. Començarem amb una pregunta molt bàsica però molt necessària: Què són les emocions??

A: Pregunta bàsica i complexa de respondre.

M: Sí, realment sí.

A: Les emocions són una resposta que fa el nostre cos sobre la base d'un estímul. Un estímul que, ja parlarem com és aquest estímul. Al final, les reaccions emocionals, no són el típic de respondre: Com estàs? Bé, malament. Les respostes emocionals són reaccions fisiològiques que responen a una situació, a un pensament, a un comportament. I, a diferència, ja en parlarem més endavant, d'altres respostes que podem tenir a nivell emocional. Les emocions són respostes intenses, breus i universals. No sé si he respost una mica.

M: I tant, sí. Són com una mica la nostra brúixola. Ens ajuden a guiar-nos, ens fan estar menys pèrdues.

A: Això també és important dir. No hi ha emocions ni bones ni dolentes. Per mi, totes són positives, ja que totes tenen una funció. Això és important: tenen una funció, tenen un para que, un perquè. És important veure-ho. Socialment, tendim a rebutjar aquelles emocions que considerem negatives. Que no és que siguin negatives, sinó que són desagradables.

M: Exacte. Fem la classificació malament, fem positives vs negatives. Però realment no, totes ens donen informació. Aquesta informació és necessària, aquesta informació ens està informant. S'han de veure totes com importants i adaptatives. Ens agradin o no ens agradin, són adaptatives.

A: Ens ajuden a sobreviure. Les emocions les tenim, i de fet, són reaccions molt primàries, perquè no poden escollir tenir-les o no tenir-les. Una mica sí, perquè podem induir sentir una emoció. Però sí que és veritat que quan apareixen no hem escollit sentir allò. Tenen una funció, d'adaptar-nos a l'entorn i sobreviure, fomentar una resposta per a poder adaptar-nos millor a la situació que ens envolta. Tot això es complica més, quan afegim els pensaments i la ment, i la interpretació que fem de tot això que, com a éssers humans, tenim aquesta capacitat de poder interpretar i pensar sobre el que estem sentint.

M: Diem que sí és veritat que no n'hi ha positives o negatives. Però quines serien les emocions més bàsiques?

A: Això depèn, hi ha moltes classificacions i molts autors que afegeixen una, un altre no l'afegeixen. Però així a grans trets, i podem compartir, penso que les emocions bàsiques serien: alegria, tristesa, por, ràbia, fàstic i sorpresa. Jo crec que ens movem en aquestes.

M: Ens mouríem en les mateixes sí.

A: És això eh, fins i tot hi ha classificacions que només parlen de 4 emocions, altres de més. Però, aquestes que hem comentat, penso que...

M: Doncs, sí. Repetint el que dèiem abans. Independentment de la classificació, repetim. Seran més o menys agradables, però, per exemple, el fàstic o la tristesa poden no ser tan agradables, però s'han de permetre expressar igualment. Ja que, al final, les emocions d'una forma o altra sortiran. I sinó ho fem ve, sortiran reactivament i encara serà pitjor. Cal donar aquest espai, per molt que no ens agradi. I ja no només en el sentit d'explotar, sinó que, les emocions trobaran la forma d'expressar-se pel cos, a nivell més corporal: a nivell de mal de panxa, dolors de cervicals. Elles ens donaran aquesta informació, ja que és la seva informació. Precisament, en no deixar-les expressar és més difícil entendre o interpretar aquesta informació. Per què, tinc mal de cervicals, però que vol dir? Pot ser per mil coses. En canvi, si tenim la informació des de la pròpia emoció i no des de la simptomatologia física, podem entendre què ens volen dir.

A: Podem prevenir. Com després poden sortir si no les gestionem de forma adequada. Penso que és interessant amb el que estaves comentant. Poder reflexionar entorn de, com sé que sento i com ho faig? Merda, com ho he de fer per no tenir dolor de cervicals? Doncs, és important aquesta escolta cap a un mateix. Sense judici. A vegades, simplement poder escoltar que és el què, o com

ens estem sentint davant de totes les dissuasions que ens envolten. Doncs, aquest punt d'escolta cap a un mateix.

M: Totalment. Connectar. Connectar amb el que sentim. I també molt relacionat amb això sabem que cal potenciar aquestes competències emocionals. I per això és crucial intel·ligència emocional. Però què és la intel·ligència emocional?

A: Què és la intel·ligència? Ser molt habilidós? Tenir moltes habilitats envers un tema, o envers un funcionament. Sabem la intel·ligència matemàtica o lingüística. El concepte d'intel·ligència també és molt interessant. Tenim socialment l'"aquesta persona és molt intel·ligent" i ve, podríem reflexionar-hi, què és ser molt intel·ligent. És més intel·ligent aquell que sap moltes coses, que té més cultura? O aquell que sap fer molt bé aquella cosa. Al final parlem d'intel·ligències múltiples. I al final aquí hi ha la intel·ligència emocional. La intel·ligència emocional és la capacitat d'alguna manera identificar les nostres emocions i les dels altres. I saber-les gestionar de manera adaptativa i adequada al context i a les necessitats individuals i col·lectives.

M: I per tu, que tan important és aquesta intel·ligència emocional?

A: Jo penso que no tant intel·ligència emocional, és obrir la porta al patiment i a l'aparició de desregulacions. És a dir, maneres de regular la nostra energia interna o les nostres emocions o tot el nostre sentir, de manera desadaptativa i amb patiment. A vegades, el simple fet d'identificar com ens sentim i saber entendre quina situació ha generat aquesta emoció, quina interpretació en faig i de quina manera em comporto. Aquest esquema és molt del cognitivo-conductual, del registre ABC. Quina situació em fa pensar o sentir, i de quina manera em comporto. Tenir aquesta consciència, jo crec que ens fa que puguem transitar les emocions de manera més adaptativa. Comentàvem abans, de quina manera si no les escoltem i no ens les permetem aquestes emocions, si no hi ha aquesta consciència, de quina manera això s'enquista.

M: Totalment d'acord amb el que comentaves. Són l'assignatura pendent que tenim, tant a l'escola, com a casa. En general, som una societat força analfabeta emocional. Ningú et posarà un negatiu per no tenir-la, però, en canvi, és un tipus d'intel·ligència molt necessària. I ja no per tenir un 10, no, sinó pel nostre benestar. Que jo crec que és gairebé més important que el saber que el "Quixot" té tantes pàgines.

A: Aquí es barregen varies coses, ara per sort, es comença a parlar una mica més. Això ja és bastant important perquè no es desenvolupin o no aprenguem, no tinguem aquesta capacitat. Però a part que no se n'ha parlat, se n'ha parlat malament. Socialment, s'ha tendit a atribuir un sentit de si és bo o dolent sentir-se així. D'alguna manera, hem anat caminant cap al no tolerar certes emocions. Emocions que no són socialment acceptables. I jo penso que cal diferenciar una mica. Una cosa són els comportaments que tenim, o la manera de relacionar-nos amb el món. L'altra cosa són les emocions que sentim, són respostes intenses, curtes de durada i que tenen aquesta informació d'entendre en relació amb l'entorn com m'estic sentint i què m'està passant. Si no les deixem expressar, o ens les autoboicotegem, és com que després si poden sorgir complicacions, o sentiments, que ara en parlarem també, o situacions, emocions o afectives més secundàries a les emocions i més patològiques.

M: Totalment. El que dèiem, això pot arribar, especialment a poblacions més vulnerables com els adolescents. Això pot arribar a comportar major predisposició a patologies més greus. En el cas de, el podcast, TCA, ansietat, depressió, abús de substàncies i un gran etcètera aquí. És important donar-li veu i començar a parlar-ne, i parlar-ne bé.

M: Aquestes emocions, estem parlant que s'han d'expressar molt, es parla molt també del control de la gestió. Les emocions realment, es controlen, es gestionen? Què fem amb elles?

A: No es controlen perquè per això estan. A vegades, com més vols controlar el que estàs sentint, pitjor és. Parlem més de gestió. Jo sempre, en modo broma, si l'emoció és una cosa curta, intensa, què passa, és una resposta, deixa-la que surti i després ja veurem què fem. Tot i que sigui intens i pugui ser agradable o desagradable, l'interessant és primer, fer un pas molt d'identificar. La identificació és molt important, on identifiquem posem consciència. Només anomenar el que estem sentint, ja estem fent un pas a la gestió. És això, poder identificar i veure que, el que potser sí que podem "controlar" és el nostre comportament. Però no el que sentim, es molt important d'entendre. El que jo sento, potser no puc controlar, però sí que puc deixar-m'ho sentir, identificar-ho i després decidir com em comporto envers això. Que jo penso que es una part molt obrera de la societat, que és treballar molt de la intel·ligència emocional i només passa per treballar quines emocions hi ha. Si no cal ser conscient d'aquest impàs, poder entendre com em

sento i què comporta en funió de com em sento. Fer això de decidir om em comportaré sobre la base del que estic sentint.

M: No tant control, sinó escoltant-la, acceptant-la i atenent-la. Tornem al que dèiem, sembla que ens repetim, però perquè quedi clar. Les emocions ens donen aquesta informació i cal atendre-la per realment saber què ens estan volent dir i què podem fer per acabar de regular-la o gestionar-la. I fer-li una mica de cas.

A: Exacte, com dèiem. Tenen un punt molt fisiològic. Si pensem en altres imputs fisiològics que tenim al nostre cos: si tu tens la situació de tenir pipí, pots decidir aguantar-te o no, però no és bo. Tu dis-li a un uròleg que és bon aguantar-se'l i et dirà, quan tinguis pipi has d'anar al lavabo. Amb això moltes altres coses. Si tens un mal de panxa potser et passaràs a veure que és, si tens mal de cap faràs alguna cosa per donar d'atenció al teu cos. Al final, les emocions, siguin agradables o desagradables, són una oportunitat d'escoltar el nostre cos i donar-li el que necessita. Això és molt important.

M: Abans també ha sortit la paraula sentiment. Aquí hi ha bastant confusió entre sentiment/emoció. És el mateix?

A: NO. Tot i que es confon, en la cultura popular, fixe-u-vos: en la pregunta com em sento? Sembla que parlem més de sentiments que d'emocions. Emocions són intenses, breus. Per fer-nos una idea, algo que necessiti una resposta ràpida. Si jo veig una cosa que està en molt mal estat, un aliment que fa molta pudor: el meu cos sentirà fàstic, una reacció ràpida o curta. En algun punt, la tristesa també en algun moment, quan sents aquell dolor, aquella reacció dins del pit de patiment, és com de tristesa, que et venen ganes de plorar. Els sentiments no serien tan intensos, que poden arribar a ser-ho, però no són tan breus ni curts. Tenen més a veure amb un estat, no tan de reacció sinó d'estat. Algo que dura més en el temps, que està més influït per la cultura. Les emocions, bàsiques, hi ha hagut estudis que diuen que, independentment de la cultura, es troba en els éssers humans, fins i tot, hi ha hagut estudis que medeixen les reaccions facials. Això és un gran investigador que es diu Polekman que va medir quines eren les reaccions facials, com es mou la nostra cara, en funció de l'emoció que sentia. I s'observa com en cultures i edats molt diferents, en idiomes diferents, la reacció és la mateixa. Aquella part més d'emoció és molt universal i molt més primària. En canvi, els sentiments.. El sentiment de la soledat, no apareix en un moment i marxa al cap d'una estona. És un sentiment construït sobre la base de unes idees socials, a què és sentir-se sol i el que no. Sempre, en algunes cultures podem trobar aquest

sentiment i en d'altres no. Són més influenciades pels models, per l'ideari que tenim en base a les idees que tenim en cada societat. I això ens genera uns sentiments o uns altres.

Tenen un component més social, més cultural. Ja va més amb el significat que li donem, a més aquest va influït per la cultura, per tot.

A: A vegades, podem identificar, dins d'aquest sentiment, quina seria l'emoció bàsica que emergeix, per simplificar. Això a l'hora de gestionar. Com gestionem els sentiments? Una mica igual que les emocions, donar aquest espai, identificant, validant i veient què fem amb això. És interessant a vegades, els sentiments de diferents tonalitats emocionals. Tenim el sentiment de frustració, una barreja de ràbia, por, tristesa. A vegades va veure quina relació té el sentiment amb l'emoció bàsica per poder donar-li una resposta més adaptativa.

M: I ara ja, centrant-nos una mica més amb tema TCA. L'altre dia vam estar entrevistant una pacient i ens va estar comentant que un fenomen comú és que solen estar bastant desconnectades a l'àmbit emocional, i que tenen bastants dificultats. Tu hi estàs d'acord? Ja que hi has treballat, ho has pogut veure, hi ha aquest perfil de pacient que està desconnectada emocionalment?

A: Totalment d'acord, és que, a més a més, penso que el TCA a vegades, és com la barca o el camí per a exterioritzar el que estic sentint i m'estic permanent. Això al final, quan treballes amb persones que tenen un TCA acabes treballant molt la identificació emocional, el fet de validar. Sobretot la validació emocional, validar l'emoció és entendre perquè em ve, normalitzar-la i permetre-la.

M: Deixar-li l'espai.

A: Exacte. Permetre's, en un perfil de persona que gairebé sempre solen ser molt exigents, molt perfeccionista i molt normatiu. Molt normatiu en el sentit que, la societat ens diu que nosaltres hem d'actuar segons emocions positives i negatives. Si jo sóc una persona molt normativa, no em permetré segons quines reaccions i segons quines emocions. És una assignatura molt pendent. El que comentàvem del mal d'esquena. Quan hi ha una mala gestió emocional, quan no hi ha una capacitat per validar o per sentir aquestes emocions, per a gestionar-les sorgeixen altres problemes, com el mal d'esquena o un TCA. No cal, no té per què anar en aquesta direcció.

M: No volem espantar a ningú tampoc.

A: Quan parlem de psicopatologia, no parlem de causes, sinó parlem de factors predisposants, precipitadors, mantenidors. Podríem dir que la gestió emocional pot ser un factor predisposant. Ja que pot predisposar a tenir un TCA o altre tipus de psicopatologia; però també un factor de manteniment. Perquè m'està fent difícil fer aquest canvi, sortir 'això, perquè se m'està fent difícil abandonar la malaltia. Potser no tinc altres eines per gestionar el que sento, a part del menjar i el meu cos.

M: Consideraries que les pacients, prèviament a començar un tractament o la intervenció, són conscients d'aquesta basant més emocional que també formen part dels TCA?

A: Depèn una mica, en general, penso que no. Però sí que hi ha vegades que venen persones que tenen consciència del que no s'estan permetent. És com el gran abandonat. Si ja és difícil tenir consciència de malaltia, moltes vegades les persones que pateixen aquest trastorn es pensen que allò és el "normal".

M: Normalitzen conductes.

A: A vegades ser conscient que jo tinc aquesta relació amb l'alimentació o amb el meu cos, també en base perquè no estic gestionant altres coses també és més difícil. Però si treballes en aquesta línia, connecten molt perquè la necessiten realment. La necessitat que hi ha és completament emocional, els TCA són trastorns que tenen una part molt més psicològica que biològica, que també hi és. La part psicològica té un paper molt important i en base de com gestionem les emocions, els pensaments, les relacions. Al final, com gestionem la nostra interacció entre nosaltres, les nostres experiències.

M: De fet, en el treball vaig parlant-ne sobre la metàfora de l'iceberg a mi m'agrada molt. Hi ha la punta de tota la simptomatologia més física, els vòmits, la restricció.. i a sota, hi ha tota aquesta part de mala gestió emocional, problemes a nivells de traumes, problemes amb l'autoestima. De fet, precisament el *podcast* tracta d'abordar aquesta part que es troba sota l'aigua i també és molt important.

A: Amb això també comentàvem que, digues-li TCA, digues-li conducta sexual de risc, consum de substàncies. Aquest fons de l'iceberg surt a la superfície amb alguna conducta, que és el senyal d'alarma. Sense tractar això, no estem fent un tractament en profunditat. Potser és relativament fàcil, les persones que ens esteu escoltant si algú ens escolta, algú que estigui patint dirà aquesta psicòloga se li està anant la flapa a mi em costa molt. Però realment, la modificació de la

conducta és el més fàcil. El complicat és aprofundir. És canviar tot el sistema de creences al voltant, aquesta configuració al voltant de la malaltia, la gestió emocional de tot això.

En aquest tipus de trastorn que hi ha molta recaiguda, és molt important treballar-ho precisament per prevenir aquesta prevenció de recaigudes. És bastant central en el procés de recuperació.

M: Parlàvem de les pacients, però tema pares? Creus que contempen la complexitat dels TCA? Amb aquesta part més emocional?

A: Al no sentir-ho en la seva pròpia pell els hi és més difícil connectar amb aquesta part. Apareix molt el sentiment de culpa i responsabilitat. De dir, la meua filla o el meu fill no pot tenir un problema en la gestió de les emocions. Perquè potser vol dir que jo no li he ensenyat bé. I ens carreguem d'aquestes culpes. És important veure, no per culpabilitzar, sinó per responsabilitzar que ells mateixos i elles mateixes com a pares també formen part d'aquesta societat i també han anat mamant aquesta incompetència emocional que sense adonar-nos anem transmeten de generació en generació. L'important és aprendre a deconstruir i qüestionar. Això, a vegades, al principi costa de veure, però després els mateixos pares t'ho verbalitzen. Davant d'una cosa greu a la família, quan passa algo greu com que un membre tingui un TCA per adonar-te'n i preparar o fer coses en la gestió de les emocions i moltes altres coses. i que aquella malaltia d'aquella familiar, ha servit per fer canvis amb els que ens sentim millor i tenim una millor relació familiar o amb nosaltres mateixos. Els pares, al principi potser, els hi costa. Les fases del dol de fer que la meua filla està malalta i, per tant, he perdut una part de salut a la meua vida. Al principi poden estar una mica negadors de la problemàtica. Sinó també se centren molt en el risc, el risc vital. Molt més la part conductual.

Ara ja no vomita estic més tranquil·la, però hi ha una part molt més profunda, la clau que hem de treballar i costa. Part del tractament és psicoeducar a la família i treballar conjuntament.

M: Que de fet, és un trastorn mental i, per tant, hi ha aquesta part mental i no només física. Però sí que lo físic és el que és més veu i potser el que es comença a recuperar abans, i potser els pares busquen més perquè no entenen la complexitat del trastorn.

M: En la teva experiència laboral, trebal·leu aquells factors més invisibles de la malaltia? També els trebal·leu? Tema emocional, idees de perfeccionisme, què trebal·leu o com ho abordeu?

A: Al principi, el primer o segon contacte o fins i tot tercer costa molt arribar aquí. A mesura que vas fent el vincle i treballant, penso que un dels objectius terapèutics és identificar aquests factors. Al final, quan parlem de sota l'iceberg, també podríem parlar de factors de manteniment. Identificar en cada persona, perquè al final, cada persona és un món. Tot i que, trobem molts trets en comú i, per tant, tenim una mica spoiler del que cal investigar en cada persona, que hem de preguntar a cada persona. Però sí és important identificar això. Sobretot el tema de les vivències i experiències traumàtiques, és interessant. Quan parlem de trauma, no només parlem de situacions molt i molt traumàtiques com pot ser uns maltractaments, uns abusos, uns bullying. A vegades, poden ser experiències que socialment no poden ser descrites com a traumàtiques, situacions que es queden no resoltes, bloquejades, no integrades. És important identificar-les per poder treballar-les.

S'ha d'abordar, formen part del tractament i és un conjunt d'anar trobant el quin és el camí de treball amb aquella persona.

M: Dius que ho abordeu, però centrant-nos en les emocions, de quina forma ho arribeu a abordar?

A: El que més, suposo que dependrà de la forma de treballar de cada professional. Però és molt important la psicoeducació emocional. Donar la informació, com la que estem compartint avui, què són, les podem gestionar, és important identificar-les. Treballarem, o treballa molt, amb poder validar, identificar, registrar. Poder veure com actuem basant-se en el que estem sentint, registres de pensaments, d'emocions. També, una de les intervencions més utilitzades en els TCA són els registres alimentaris. Moltes vegades, sembla que això no sigui terapèutic, de què em servirà a mi apuntar el que menjo? Doncs servirà de posar consciència i poder trobar relacions entre el meu comportament alimentari i les meves emocions. I, les coses que em passen en el dia a dia. Per això sempre ampliem i afegim la part emocional per poder veure relacions. Potser un dia, a nivell simptomàtic he tingut més dificultat per afrontar un menjar o he tingut més símptomes en general de la malaltia, i a vegades va bé posar-ho per escrit i així identificar els desencadenants. Si n'hi ha o no, i quins. Això va bé, els registres

funcionen molt bé perquè permet això, posar consciència i treballar-ho, identificar-ho.

M: I amb els pares, soleu treballar-ho conjuntament també o com ho soleu fer?

A: Depèn també de cada professional i de cada servei. A vegades, jo que treballo al CSMA, tenim poc espai. Seria xulo poder treballar aquesta profunditat i aquesta gestió de les emocions amb els pares, però a vegades, també, quan és la persona afectada la que acaba tenint noves eines, també acaba repercutint al sistema familiar. També, a vegades, és important incorporar a la família, poder psicoeducar sobre el trastorn. També quan treballes amb adults, és una mica fràgil, ja que potser hi ha moments que la persona potser no vol que certes informacions se la transmetin a la família, i cal respectar aquest principi de confidencialitat. Ve, és una mica en funció del cas mirar quin és l'abordatge. Però sí que es recomana que la família faci com un treball. Per això també hi ha associacions o espais per famílies, o grups de famílies per a poder treballar aquesta part i poder ser conscients. Que tinguin també, ells i elles, el seu espai per a poder parlar de tot això. Això es superimportant.

M: Consideres que aquesta forma de treballar i donar eines d'habilitats emocionals podria ser útil, tot i no tenir cap patologia, sense arribar a tenir un trastorn mental com un TCA?

A: Sí, de fet, en la majoria de patologies acabem treballant això. Al final és un dèficit social que tenim, un dèficit emocional que ve condicionat pel social. Llavors, penso que, per exemple hi ha una patologia que s'assembla molt, s'assembla i no s'hi assembla: trastorn per abús de substàncies. Tenen moltes coses similars, és molt interessant treballar-ho a teràpia: quina és la funció o quina funció té per tu les drogues o el menjar. De què t'està funcionat?, que t'està aportant?, el que ens aporta, aquestes conductes o altre tipus de conducta patològica, entendre què ens està aportant o perquè ens està funcionant ens ajuda a buscar també altres maneres de gestionar-ho diferent. De poder fer una gestió emocional diferent. Ens aporta, evasió emocional, distreure'ns, ens aporta desconnectar-nos del que estem sentint per aquesta incapacitat social que tenim de no validar o connectar amb el patiment o no saber tolerar el malestar. El malestar ens pot aportar sentir unes emocions determinades, que considerem, dolentes o negatives. També diferenciar què és i que són les emocions envers un estat efectiu. No és el mateix sentir-me trist o trista, que tenir símptomes depressius. És important la psicoeducació i delimitar tot això, per donar eines a la persona,

empoderar-la per a poder entendre's. És molt interessant aquesta intel·ligència emocional per a poder entendre's a un mateix, què m'està passant i quina relació té això amb el que m'està passant, com em relaciono amb el que m'està passant. Eines per entendre, identificar, ja això fem.

M: És un gran pas, i gens fàcil, ho estem comentant aquí, però és un pas que val la pena fer. Es una inversió en empoderament, en creixement personal molt potent.

M: En altres persones que no tenen la patologia hauria de ser interessant, aquí hauria d'anar la prevenció de la patologia mental. Cap aquí en altres coses, una d'elles és la intel·ligència emocional.

A: Al final si no acabarem caient en aquesta muntanya russa, contestarem malament, farem conductes que potser no van acord amb què som nosaltres (Aquí TCA). En definitiva, anirem desconnectades de nosaltres mateixes. Ens allunya. Una part de nos sent, no es pot evitar, i l'altra part és com que intenta ocultar-ho renyar-ho perquè no surti. Ja més enllà a regular i entendre les nostres emocions, i en conseqüència millorar les relacions amb altres, si no també per integrar aquestes dues parts que dèiem i sentir-nos en conjunt a una.

M: Com creus que es podria treballar, des de la prevenció i abans d'arribar a desenvolupar un trastorn, com podríem? Comentaves tema registres, això és molt típica de ja intervenció, però com podríem treballar-ho des de la prevenció?

A: Faré una crítica al sistema.

M: Sempre és benvinguda.

A: Ens pensem que aquestes coses es treballen fer un taller. Nosaltres a la nostra escola treballem la intel·ligència emocional perquè tenim una assignatura.

A: Una de les coses més importants és el modelatge. Normalment, solem posar esforç en prevenir infància i adolescència. És un bon moment, és on s'està desenvolupant el cervell, donar eines, es fan gran part de l'aprenentatge. Però és un continu de tota la vida, no és una assignatura o un taller, és un model. Tu pots dedicar una classe a parlar de les emocions, que ja servirà, tant que servirà per identificar i entendre, com avui el que estem compartint i posarem atenció. Potser hi haurà persones que els ajudarà a canviar alguna cosa. La prevenció no és un taller, és transversal. Com es resolen els conflictes a les aules?, com gestionem quan una persona se sent de determinada manera, quan ens ho verbalitza, quina és

la nostra resposta davant d'una persona que explica que es sent trista? Aquí es la prevenció.

M: Ja no només a l'aula, sinó també a casa. Des de les famílies és molt important.

A: Ara s'està portant molt, per sort, espais de criança on pares i mares poden compartir. Aquests grups, penso que fent intervencions comunitàries, en grups, llocs o espais per a poder parlar o compartir, deconstruir, plantejar-nos com ens sentim, com ens relacionem, això és intel·ligència emocional. Parlar d'això, de manera transversal, integrar-ho, fer canvis. De la millor manera, els pares que es puguin preguntar això, primer revisant la teva, treballant a tu, que tu seràs un model. Per a pares i mares, profes, per monitors d'esplai, per tothom. El modelatge és molt interessant i com es resolen els conflictes perquè et puc fer una classe magistral d'emocions i després, davant d'una baralla amb algú et dic que enfadar-se és dolent. Anem a poder aprofitar els conflictes per poder treballar.

Posar-ho en practica, la teoria molt maca molt interessant, és profitosa, però cal posar-ho en pràctica quan hi ha un conflicte és part del procés.

M: Per anar acabant, tenim 3 preguntes que fem a tots els entrevistats, la primera és: Com creus que ha influït l'impacte de les xarxes socials en els TCA?

A: Hi ha moltes dades d'això, que espanten. Arran del confinament, que hem estat més a casa, més connectat, que era la única manera de relacionar-nos, ha disparat els números. Sobretot en població jove-adolescent ha disparat els números sobretot de TCA. A veure, abans que existeixin les xarxes ja existien les malalties, hi ha un component més enllà del social, té un component genètic biològic que hi és. Però com des que tenim les xarxes s'ha disparat completament. No només les xarxes, sinó el contingut que consumim a les xarxes, en certa manera, quan tenim una capacitat crítica podem decidir quin contingut consumim, i per tant tenim la xarxa saludable. El problema és quan no hi ha aquest component o se t'incita a consumir un contingut que posa en risc. Al final, les xarxes són un espai on ens podem comparar, es transmeten idees i, d'alguna manera, es va cultivant una sèrie de valors que integrem com a nostres. La influència social. Abans passava amb les revistes, el que passa és que les xarxes les tenim a l'abast, immediates, tota la informació que volem.

M: I hi ha molta, molta informació. És molt difícil restringir la informació, però és possible.

A: La relació que té, amb l'impacte, un increment de models a seguir, de transmissió d'idees en base el cos, també la idea de jo segueixo una persona que m'agrada i té una vida perfecta, mentre que la meva no. La comparació constant i la perpetuació de la imatge corporal en un model de bellesa molt restrictiu en quant manca de diversitat. Només s'elogia o es visualitza un tipus de cos.

M: Un cos que entra en uns estàndards normatius.

A: Fins i tot, a l'extrem d'un tipus de cos que, amb unes característiques que, tampoc acaba essent real perquè hi ha filtres que ho modifiquin.

M: Clar, això és l'altre. Les xarxes socials no mostren la realitat. Comparacions que comentaves, no saps si aquest foto està editada, potser s'ha passat tot el vol plorant. No tenim idea del que veiem, ensenyen el que vol. I està en el seu dret d'ensenyar el que vol, no ho critico. Però nosaltres, com a públic o consumidors, hem de valorar i ser crítics respecte al que ensenyen. El que m'ensenyen, em pot agradar o no consumir-lo; però en el punt que entro en una xarxa social i a mi em genera un malestar, alguna cosa no està anant bé. La gràcia de les xarxes, i sí que ho tenen, és que hi ha moltíssima informació, són una gran font d'entreteniment i poden ser molt potents, segons com. Llavors, cal intentar aprofitar aquesta part bona de les xarxes.

A: Aquí és molt important el desenvolupament del sentit crític. Ser crítics amb allò que rebem. Aquí té molta relació amb la intel·ligència emocional. Emocionalment, hem penalitzat el ser crític. Un nen petit quan es rebel·la, està malament. No està tant malament que es rebel·li. D'alguna manera, aquell sentiment de contradir el que se m'està dient, quan sigui adolescent, li anirà molt bé. És important tenir en compte tot això.

M: A vegades, conductes amb relació a xarxes i que hi hagi algú que faci "clic" i comenci a criticar, a desnormalitzar això, pot ser molt potent.

A: Sí, efecto domino, ha d'anar cap a qui.

A: Sí, fomentar l'esperit crític però també limitar l'accés. Cal que un nen o nena de dotze anys tingui accés a tota aquesta informació? Aquí ens anem a un altre tema.

M: Aquí obriríem un ventall.

A: Però obrim semilla a reflexionar. Ha de tenir la seva privacitat? No. No tindrà la seva privacitat perquè no té les eines mentals per poder utilitzar aquells límits.

M: La següent pregunta és quin paper creus que pot tenir la família?

A: La família, molt important, per no allargar-nos. Quina relació tens tu amb el menjar, serà el que dèiem del modelatge. Una clau molt important en com serà la relació que tindrà amb el menjar el teu fill o la teva filla. Quina relació tens tu amb el cos, amb el teu propi i amb els altres. Abans parlàvem de factors, que és algo que anirà sortint. De factors predisposants, a mi em predisposa; precipitant és a mi em passa això i és més probable que tingui. Un dels factors predisposants són les crítiques o els comentaris envers el cos. Si tu, a la teva família, potser no crítiques el teu cos de la teva filla. Ve, si crítiques el cos de la teva filla, partint d'aquí, molt probable que tingui un TCA. Però no només això, sí tu crítiques el cos d'altra gent, això també té un gran impacte en el desenvolupament de la teva filla o fill. Veure com ens estem relacionant nosaltres amb aquests conceptes: alimentació i imatge. I fomentar espais per a poder parlar, desenvolupar el sentiment crític amb la família, potser hi ha temes tabús que no volem parlar, per no parlar-ne. Cal una relació on es puguin parlar les coses, on, com parlàvem, hi hagi aquest espai per les emocions, parlar des de l'emocional, validant molt bé les emocions. Podem estar en contra de com has actuat, però entendre l'emoció que senties. Això ens ajunta, no ens separa. Per poder prevenir el TCA és molt important els àpats en família, no només el que mengem, sinó l'espai que compartim i el que parlem.

M: Per últim, que ja és el que hem anat parlant durant tot l'episodi, però de quina manera consideraries que es pot ajudar?

A: Jo penso que, en línia del que deia, vull donar molta importància en els models que som. Som un model, per tothom. No sabem si la persona que està al costat a l'autobús, no sabem que està passant i, per tant, podem ser també un model per aquesta persona. És molt important la revisió crítica per un mateix, sense l'exigència, ser crítics. Com ens relacionem amb els altres, amb nosaltres mateixos i en temes d'imatge i alimentació. No vol dir que o canvis, però almenys ser-ne crític, ser-ne conscient, emergir-ne.

Ser conscient de la importància que pot tenir això en els altres. Egoïstament, no ho contemplem i sense voler o sense mala intenció podem tenir unes repercussions o un impacte en els altres que no estàvem contemplant.

Aquesta reflexió interna, que tothom faci, de com decidir el "no depilar-me" i ser conscient que ho faig perquè m'agrada més així, perquè m'han ensenyat que m'he d'agradar més així. Però ser-ne conscient d'això. Parlar, que aquesta crítica surti en els espais que tenim. D'alguna manera també, fer una mica efecte bola de neu a les

xarxes, intentar normalitzar cossos, també vigilar com critiquem els cossos aliens, que està molt a l'ordre del dia. El judici cap als altres, està a l'ordre del dia. Revisar-nos en això. Com podem ajudar? Revisant-nos.

M: Doncs sí, em sembla que és un molt bon resum de tot el que hem anat parlant. I amb això ja finalitzariem, moltíssimes gràcies per haver parlat i haver-te esplaiat tant. Per haver sigut tan sincera.

A: Gràcies, també per voler buscar aquests espais, perquè al final això és el que necessitem. Aquests espais per poder parlar d'això.

M: Doncs moltíssimes gràcies, i ens veiem al pròxim episodi.

Epsido 6: Treballar la comunicació, des de casa; amb Pau Chapur i Olga Suy

M: Hola! Avui parlarem precisament d'un tema que a mi, personalment, m'agrada molt i que penso que és realment clau en la nostra forma de relacionar-nos. Parlarem de la comunicació. Sembla que, no n'hi ha per a tant, però precisament per l'ús diari i constant que en fem, cal posar-hi atenció perquè la comunicació o la forma en com ho fem, pot marcar una gran diferència en les nostres relacions: d'amistat, de parella, familiars, del món en general, inclosa la nostra relació amb l'alimentació. Ja introdueixo que és una eina molt potent que cal aprendre a millorar, intentant tenir una comunicació la més assertiva possible, perquè ens permetrà mirar-nos cap a dins i conèixer-nos més. Però, com sempre, no estic sola, avui m'acompanyen l'Olga Suy i en Pau Chapur. Benvinguts.

Per contextualitzar i abans de tornar a la temàtica, tant en Pau com l'Olga, treballen a l'UPA (Unitat de Patologies Alimentàries de la Clínica Bofill, a Girona). En aquesta unitat es treballa amb pacients que pateixen TCA i que ingressen a l'hospital de dia, on passen a fer 4/5 àpats de forma supervisada amb professionals. De mica en mica, conjuntament al tractament psicològic o psiquiàtric, si escau, on treballen mitjançant teràpies grupals, individuals, familiars. Realment fan una tasca molt potent per a la recuperació. Però ve, reprenent el tema d'avui i relacionant-ho amb les pacients. Les formes de comunicació, potser menys adaptatives, són bastant freqüents en les pacients de

l'UPA, per això treballen força la forma en com es relacionen... però comencem abans preguntant què és la comunicació?

O: La comunicació seria la manera com interactuem amb els altres, en el fons. És, per mi, la manera de com nosaltres expressem a la resta allò que ens passa, allò que sentim, necessitem. No només verbalment, sinó també a les nostres accions, els gestos que fem, les mirades. Per mi, seria la interacció. La manera de com interaccionem amb els altres.

P: "Es el gran problema de las chicas con el trastorno alimentario". No es comuniquen.

M: Clar, a més, l'Olga comentava. Ja no és només l'elecció de les paraules adequades, aquesta comunicació més verbal que a priori es el que ens ve. Però cal, tan dins del llenguatge verbal com la comunicació no verbal. Sempre ens relacionem amb altres persones i en aquesta relació hi ha comunicació. No existeix la no conducta i la comunicació és una conducta, és impossible no comunicar.

P: "Aún me acuerdo cuando estudiaba, creo que es el primer teorema de la comunicación humana, de baslashky era? Pero es imposible no comunicarme, cuando no estoy diciendo nada también me estoy comunicando."

M: Si, totalment.. Encara més, no dient res donem molta informació.

P: "Por eso, creo que me corrigo. No es que no se comuniquen las chicas. Sino no saben comunicarse bien."

M: Precisament per això, l'altre pregunta, per què és tan important comunicar-nos bé?

P: "Es básico. Es básico por el hecho que es la forma en que interactuamos. Es básico porque tu necesitas decir lo que necesitas, lo que quieres, lo que sientes. Y es básico porque es la forma que tenemos de relacionarnos. Y es el gran problema que encontramos aquí. Aquí con las chicas nos encontramos que tienen pánico a decir lo que piensan, por si tu te va a enfadar. Es básico porque, yo siempre digo, tienes una adolescente y la cabeza es como si fuera un ordenador. Si a ti te entra

información y tu te la quedas para ti, este ordenador explota. En cambio, si tú comunicas, ya es diferente."

O: A més a més, si no es comuniquen, després el que passa és que acaben fent coses o vivint coses o situacions que potser tampoc són les que elles voldrien. Parlo d'elles perquè ara aquí tenim moltes noies. Bàsicament, és això, si tu no et comuniqués ni expresses el que necessites o el que vols, el que passa. Potser el que passa és que estàs més pendent de l'altre que de tu. I t'acabes perdent a tu, t'acaba consumint.

M: Ja que la comunicació serveix per informar, si no ho fas, perds la informació. T'ho guardes per tu. És a dir, un problema que no es parla s'acaba fent més greu, és una ferida que no es tanca, es fa una bola grossa d'una cosa petita. A més, pot portar que, per un costat facis conductes que no toquen o fins i tot un dia explotis, que realment, això crea un altre problema. O que, t'ho guardis per tu i es va fent un nus que es va enquistant, que tampoc és resolutiu. Aquí també és clau, adquirir habilitats d'assertivitat. Sembla que se'n comença a parlar més, de l'assertivitat, la comunicació assertiva. Però sovint, la gent confon el terme. Sembla que la gent ho confon que no puc dir el que penso. Realment, no va tant per aquí, no sé com ho definiríeu vosaltres?

O: Per mi és una forma de comunicació la més adequada possible, intentant ni fer mal a l'altre, ni quedar per sobre l'altre ni quedar-me jo sense dir el que penso. Buscar un equilibri. Seria un equilibri.

P: "Otra cosa que me quedó, cuando te decía que la cabeza es el ordenador de las chicas. Cuando tú eres adolescente, tu te estas formando tu cabeza se está formando. Si esto que entró en la cabeza, la interpretación que tú haces, no lo cuentas, no lo comunicas. Te haces un lio."

M: Totalment, i tornant amb l'assertivitat. És expressar una mica, el que necessito, el que prefereixo d'una forma directa, honesta i d'una forma respectuosa amb l'altra persona. Perquè s'entén que l'altre té unes preferències, necessitats, pensaments que poden o no coincidir amb les meves. És l'equilibri entre el, que jo penso necessito, però respectant l'altre, d'una forma coincidint o no amb el que em passa. No és prioritzar-se davant de tothom, també contemplo l'altre però des d'un respecte cap a mi. És un win-win, els dos guanyem, per una part o l'altre. És

complicat trobar aquest punt, però per aconseguir aquest guanyo-guanyo com ho podem fer a la pràctica?

O: Un problema aquí, almenys amb les noies que tenim. Per poder comunicar-se assertivament, han d'aprendre primer què els hi passa, identificar-ho, ni tan sols saben perquè estan així. El que ens passa moltes vegades, segons vaig llegir, és que el trastorn alimentari acaba sent la forma de comunicació que tenen cap al món. És el llenguatge que elles fan servir per comunicar-se cap al món. Quan comencen a veure que aquest llenguatge no els hi funciona, els hi perjudica i comencen a entendre què els hi passa. Aquí comencen a comunicar-se. Ho solen fer d'una manera més hostil, amb por. Llavors, de mica en mica, seria anant ensenyant que fos de forma assertiva. Això ja és, però, tercer nivell, vindria després de fer molts passos.

M: De fet, recordo que quan vas venir a l'optativa que se'm va quedar molt gravat, vas fer una comparació amb les addiccions.

P: "Claro. Puse la palabra addiccions significa falta de comunicació. Ahí está todo, en el fondo es la clave. Es lo que ves con las chicas. No saben lo que sienten, lo que los pasa, piensan que su problema es recordar un poco de muslos y después ves que no es así."

M: De fet, ja parlarem en un altre moment de l'autoestima. Però s'ha vist que no es em miro el mirall i m'agrada, ja puc canviar el que dius, les cuixes el que sigui, però el problema està dins, és interior, no va per aquí. A mi em va cridar molt l'addicció i la manca de comunicació, i aquest aïllament. Que de fet, va amb relació al que comentaves, Olga. El perfil de pacient, pel que tinc entès, se senten molt soles, molt desconnectades. Per moltes amigues, que poden tenir-les o no, se senten soles. I de fet, una tasca molt potent de l'UPA. En estar entre iguals, és molt positiu cap a elles, en el sentit que no se senten tan incompreses potser, tan soles. Tot i que és una característica d'aquest perfil de pacient, tenen aquest suport d'unes amb les altres.

P: "El hecho de estar en un grupo de iguales. Claro, tienes unas chicas que les da vergüenza decir. Al escuchar de otra se animan. Cosas que no sabían qué les pasaba, al escuchar de otro se dan cuenta. Y eso es genial, es super bueno."

O: Nosaltres sempre diem que l'UPA és un laboratori de la vida real. Aquí, en el fons, comencen a practicar allò que a fora no han sigut capaces de comunicar-se, obrir-se, parlar. Aquí és on fem l'experiment, i quan aprenen a fer-ho aquí dins es quan comencen a fora.

M: És com que es refugien molt en elles mateixes i potser no veuen realment els problemes de la vida o el que sigui. Això ja indica que, a vegades es parla d'aquesta part més física dels TCA, més estereotipada. Però és un problema mental, real i greu, té la seva gravetat això està clar. També, penso que, el fet que s'aconsegueixi canviant la percepció sobre el seu estat de salut; deixant-lo expressar els seus sentiments i emocions en tot moment. Tornant al principi, estar callada és una forma de submissió, i així és molt fàcil caure en la mateixa submissió del trastorn. Abans estava introduint que treballem molt, entre iguals, però en tema comunicació com comences a treballar-ho?

P: "Como te decía Olga, lo primero es que puedan empezar a conocer que es lo que sienten. No lo saben. De repente sienten miedo o sienten rabia. Lo primero es que todo lo que les da rabia es lo relacionado con la comida. Las famosas situaciones de la triada cognitiva. Empiezan a ver que he tenido un cambio de humor. Qué me despertó ese cambio de humor. He tenido una situación, y empezamos por ahí. Pero poco a poco. Cuesta mucho, a veces no saben lo que sienten. Dicen que sienten miedo y muchas veces es rabia."

M: Aquí també entra una cosa crucial en les relacions, ja sigui amb la família, amb l'alimentació, amb l'entorn.. Però també, en la comunicació amb una mateixa. En el seu cas...

O: un discurs molt negatiu, molt destructiu.

P: negativo total.

M: Aquí, feu algun tipus de taller o com ho soleu treballar? Si voleu explicar algun.

O: Fem tallers per treballar diferents coses, diferents emocions. En els tallers, evidentment, la comunicació es treballa. Ja que, treballem molt la comunicació corporal, com es col·loquen, com estan, com caminen, tot això. A més a més,

també ho treballem a través de l'art. Si estan expressant una emoció, ho fem a través de pintura. Com s'expressen a través de la pintura. Amb això ho treballem bastant.

P: "Después también en la terapia grupal. En terapia grupal por supuesto. Acá hacemos 95% terapia grupal, por la mañana y por la tarde. Donde las chicas vienen y traen las situaciones a trabajar, las situaciones que les han disparado. Al principio, todas las situaciones son de comida y cuerpo."

M: A poc a poc, imagino, que a mesura que van pujant de nivell es va aprofundint més?

P: "Exactamente. Primero es muy conductual, después ya más cognitivo y después más emocional."

O: Abans que has preguntat com ho fèiem aquí. Hi ha una cosa que els ensenyem molt és per aprendre a comunicar és demanar ajuda. Parlar amb les teves companyes, explicar el que et passa, si he de comunicar alguna cosa a algú, ja sigui als pares, a mi, a la parella o a qui sigui. Demanar ajuda, com ho puc fer, ajuda'm, dóna'm exemples. Fins i tot aquí dins, dir coses que ha molestat, entre elles. Acompanya'm. Que hi hagi molt de companyerisme, la comunicació no és tu sola, pots demanar ajuda i que algú et recolzi.

I més sobretot al principi, si et manquen aquestes eines. Sempre és millor començar d'alguna forma acompanyada, que algú et vagi ensenyant, potenciant, ensenyant com fer tot això. i després, a poc a poc, al final en la vida real t'hi trobes sol. Però com a primer cas, pot ser una eina molt bona acompanyar si això li costa.

M: Ja que el *podcast* consisteix en la prevenció, com podem prevenir totes aquestes mancances emocionals? Com podríem treballar-ho des de la prevenció?

P: "Des de la prevención, algo simple. En charlas les digo, como vamos intentar evitar estas enfermedades. La anorexia y la bulimia tienen dos partes: autoestima y la parte de cuerpo-comida. Lo que yo les digo es muy tonto pero, si tienes un problema compartelo. No te lo quedes para ti solo. Si lo compartes ganas por dos. Primero por la angustia compartida es más llevadera y segundo, otro te puede dar otro punto de vista. Yo les intento hacer ver lo importante que es decir lo que

pienso, con alguien que tienes confianza, con tu amigo, tutor, pareja, madre. Pero no quedarse las cosas para ti. Por eso siempre uso el ejemplo del ordenador. tu un ordenador con virus que haces? cojo otro. Tu cerebro adolescente está echo un lio, está creando la autoestima, si tu te lo quedas para ti, malament. Entonces, que lo compartas. Si tu lo quedas para t, vas a hacer el problema más grande. También que no se juzguen. Venimos de una cultura donde "no debes llorar, no tienes que estar triste". Claro, tenemos unas chicas que vienen de esta cultura. No pasa nada. Lo que ves con chicas que se han reprimido tanto sus emociones que las expresan de una forma fatal. Es eso. Todo a jugarselas, las buenas y malas, que no."

O: Jo enllaço amb una cosa que has dit tu. Jo crec que, també, des de l'altra part de la societat, no la persona que té el problema sinó els de l'altra banda: aprendre a escoltar. És una cosa molt important que, a vegades, no ens han ensenyat a escoltar, a rebre el que l'altre ens estan demanant. Solem prioritzar el no vull el problema de l'altre, o no sé què fer, o sisi tranquil, no ploris. Quan realment, és aprendre a escoltar i que l'altre pugui posar la confiança en tu.

La comunicació al final és amb una altra persona, és important que, a més d'estar en aquesta línia de comunicació més assertiva més funcional, més adaptatives; si no també, escoltar. No només comunico, també escolto. L'altra part, que també és la gran oblidada. Entre això i que venim de la dictadura de la felicitat, és mal combo.

Llavors respecte a els pares, concretament, com podríem contribuir ells a fomentar l'espai, la comunicació sana, l'escolta activa? Quines eines els hi podríem donar?

P: "Muy fácil y muy tonta. Cenemos todos juntos y apaguemos la tele, ahora no hay tiempo de eso."

O: I això ja és trist.

P: "Es una cosa muy simple, pero tener almenos una comida juntas todos. Apago la tele y no te queda otra opción que comunicarte: como te ha ido hoy el día, que tal con esto, cómo ha ido el cole. Pero eso ahora no hay, ese es el problema. Les decimos a los padres, les recomendamos apagar la televisión cuando comen."

M: Com s'ho prenen?

P: "Uf, a veces cuesta, veces cuesta horrores, ahora que hago!!

O: Televisió, mòbil, tauletes, etc. Qualsevol distracció al final.

P: "Yo creo que es una forma super fácil y simple. Tengan un día de encuentro. Al menos un ápat, la noche es más fácil, al mediodía es más complicado."

O: També, el que comentaves d'escolta. Fer de casa un espai segur. Si jo arribo a casa, comunico que estic malament i rebo un feedback de "no ploris, això és una tonteria" t'invaliden...

P: "Eso es básico."

O: El primer que he pensat quan has dit això és que cadascú es revisi i treballi les seves coses. A vegades hi ha pares, una mica com arregla'm la filla. La porto i me l'arregles. Vosaltres també heu de fer feina, també porteu la vostra motxilla. Obriu-la, reviseu-la. Hi haurà coses que esteu fent que potser no ajuden. Això seria una d'elles

La imitació com a metodologia d'aprenentatge. Dic pares, famílies o qui sigui, però aquí englobem qualsevol classe de progenitors. Si jo vaig a casa i aquesta comunicació nefasta és el que hi ha, és el que aprendre. Així no milloraré, ens quedem atrapats.

M: Be ha sortit el tema televisió, mòbils i així. Començant amb les tres preguntes que faig a tots els entrevistats. La primera, quin creus que és l'impacte que han tingut les xxss en tca?

P: "Altísimo, es terrible. Terrible."

O: Sí.

P: "Y más con todo el tema de filtros que hay. Es brutal. Ahora hay un filtro nuevo, no se si te has enterado, pero que te cambia la cara, es brutal. Te pone en plan modelo, es una pasada. Claro, eso es terrible."

O: I és indetectable pràcticament.

P: "Nosotros, cuando entran las chicas aquí durante un buen tiempo no pueden tener redes sociales, ni instagram, ni tiktok. Es terrible. Y más lo que es instagram, te muestra dos minutos y ya dices que feliz es esta chica. Solo son esos dos minutos. Es una venta horrible."

O: I partint de la base que són noies que tendeixen a comparar-se i agafen una situació i es focalitzen en això com si fos únicament el real. Tenen aquesta tendència. L'Instagram fa molt mal. Tothom té una vida perfecta menys jo, jo em sento malament, jo sóc no seque. Miren Instagram 2 minuts i deprimint-se.

M: És curiós com, precisament, elles són conscients del que pengen a les xarxes no és la realitat, però, en canvi, consumeixen aquesta falsa realitat dels altres i ho prenen com a realitat. Si ho mires amb perspectiva, sembla incoherent. Sí que les xarxes, parlem que no és un únic factor i en aquests trastorns hi ha moltes altres coses. Però en l'actualitat, els filtres que surten actualment, aquesta vida "perfecte" que es mostra a xarxes no ajuda gens ni mica i tenen un impacte negatiu. També m'agrada donar la volta i pensar en l'impacte positiu que poden tenir. Comptes molt concretes, quan hi ha comptes de divulgació de psicologia o de pacients que han patit un trastorn i ara estan recuperades, com segueixen el seu dia a dia.

P: "Por supuesto, eso está clarísimo. Por ejemplo, hablamos de tik tok. Puede ser una basura pero hay cosas que son brutales, son geniales, aprendes muchísimo. De política, de noticias, de eso u otro. A mi me encanta porque realmente aprendo muchísimo. Pero claro, luego aparecen esas cosas y jolín. Si tengo una hija adolescente me muero, terrible."

M: Sí, realment, com a pare és una responsabilitat de no saber molt bé com fer-ho. I també, ara que sortien els pares, quin creieu que és el paper, a nivell més general tot i que ja ho hem anat introduint una mica, quin és el paper que tenen els pares en aquest trastorn?

P: "Lo que te encuentras mucho, no es la única causa, no podemos decir que la culpa es de los padres. Pero si te encuentras que no hay comunicación en casa, no hay esa posibilidad de expresar sus emociones, no hay escucha. También encuentras padres que no saben donde poner los límites. Ya sea porque sobreprotegen mucho al hijo, no lo dejan crecer. O todo lo contrario, haz lo que

quieras, cuando quieras. A veces escuchás, padres que dicen "bueno, como mi hija ya tiene 21 años ya no le digo nada, que haga lo que quiera".

Es un tema de límites y falta de comunicación. Acá muchísimo. Es muy raro que venga una chica aquí y veamos unos padres que saben poner los límites y hay buena comunicación en casa."

O: Normalment, sempre hi ha alguna mancança familiar. Comunicació, límits.

M: Aclarim, aquí no s'està culpabilitzant o responsabilitzant a ningú, per si no ha quedat del tot clar. No és gens ni mica el que es pretenia dir.

I ja per acabar, l'última pregunta, molt general i podeu sortir per on vulgueu. Com puc ajudar?

P: "Yo te diré que, si tu te pueces sacar a la persona y decirle tu tienes un problema, etcetera etcetera. Lo más seguro es que te mande al diablo. Por lo tanto, la forma de ayudar es ir al padre, tutor, para que guíe al padre. Por supuesto. No creo que haya otra opción. Todas las chicas, sino 90 y pico % han venido olvidadas, y si no ha sido el primer día, ha sido al cabo de meses. La forma de ayudar es no tapar esta enfermedad, no dejar-la correr. Contar y hablar-lo, decir porque no esperes que la persona te pida ayuda. Es difícil que llegué."

O: Per a mi, jo diria a nivell més general. Que ens informem, que sapiguem què és això, de què estem parlant i no es quedi només amb la idea de "només és poder estar guapa o poder estar prima". Cada vegada menys, això és veritat, queda menys gent que pensa així. Però encara n'hi ha molta, molt de desconeixement, i pregunta i no entén per què no pots canviar i perquè no pots menjar. Principal: informem-nos. Si tens una malaltia t'informaràs, què tens i què et passa i com solucionar-lo, si tinc algú proper que té aquest problema o m'interessa simplement aprendre sobre aquest problema. Informar-me sobre què és realment això, no només cos i menjar.

M: De fet, en el primer episodi vaig comentar que m'agrada la metàfora típica de l'iceberg. És molt visual, on la punta hi ha la simptomatologia que més coneixem, però que a sota hi ha un varàvem de coses. Que precisament, els diferents episodis, encara que és molt difícil abordar tot el que queda sota aigua, però tot i així: emocions, autoestima, comunicacions. Cosetes que són rellevants dins del

trastorn, abordar-ho des d'aquí i potenciar-ho com a factor protector. Intentar que acabi sortint la punta que surt sobre l'aigua.

I ve, per anar finalitzant, primer de tot moltes gràcies per escoltar i sobretot, gràcies a vosaltres per contribuir a l'entrevista. Una mica la conclusió amb la comunicació, podem aconseguir una comunicació saludable, amable i basada en valors. Primer, observant (què està afectant el benestar de la relació), l'expressió de sentiments (com m'estic sentint jo i com crec que se sent l'altre), expressar necessitats (quines necessitats hi ha darrere del que sento i del que sent l'altre) i la petició (què necessito per part de l'altre i com puc expressar-ho des de l'empatia). Aquestes nocions comentades poden afavorir a reforçar les habilitats comunicatives, les quals poden protegir-nos de riscos i dificultats en les relacions en el futur. Per tant, una de les bases més importants pel benestar. També conscienciar a l'entorn, famílies, amics entre tots fer una tasca conjunta que ben segur que pot afavorir a la prevenció. És un tema realment extens, i implica a més, moltes temàtiques. Però ve, jo crec que avui ja hem començat a fer un petit tastet, ni que sigui el primer pas per a obrir els ulls i mirar com podem treure suc d'aquesta habilitat. Moltes gràcies per escoltar i ens veiem el pròxim episodi.

Episodi 7: Treballar l'autoestima, des de casa; amb Pau Chapur i Olga Suy.

M: L'autoestima, en general, està present en molts problemes de salut mental i, per tant, és fàcil trobar-hi algun tipus de connexió. A més, ja en general, parlem que molts comportaments humans es basen en aquest concepte. I precisament aquest és el motiu pel qual ens interessa tant parlar-ne, ja que, en especial, nosaltres, que parlem dels TCA sembla que sí que hi ha estudis que mostren la relació amb aquesta és ben estreta. Comentava que ressona molt al carrer, però digne de ser un concepte psicològic, penso que, precisament, la millor opció és parlar-ne amb dos professionals que ja coneixem. Avui tornem a tenir a l'Olga i en Pau, benvinguts i gràcies per estar avui.

P: Gràcies

O: Merci.

M: En la seva tasca, ja vam comentar que estan a la Unitat de Patologies Alimentàries, és un concepte força recurrent, ja que, s'observa com moltes pacients amb TCA. De fet, en l'episodi anterior ja va començar a ressonar,

comparteixen aquest factor comú de presentar una autoestima baixa. Es diu molt que l'autoestima és "mirar-se al mirall i agradar-se" però realment, anem a aprofundir, què és l'autoestima? Com definiries l'autoestima?

P: "No es eso, no. Eso es una parte de lo que representa. Pero hay muchas más cosas que representan la autoestima. A mi me gusta el significado de las palabras, lo que tu te quieres a ti mismo. El todo, el cuerpo y la comida, se tiene que valorar otras cosas: lo que tu piensas de ti, como tu te comunicas, cómo te valoras a ti. No te puedes basar solamente en estar bien físicamente. Es una parte pequeña."

O: Per mi és com la confiança en un mateix. La seguretat que, passi el que passi, sabré trobar algunes eines per sortir-ne. Eines que jo tingui, o sabré trobar l'ajuda. Aquesta seguretat de no sentir-se perdut, invàlid. Seria això.

M: Realment, una autoestima sana significa viure la nostra vida cuidant-nos, respectant-nos i protegint-nos, expressant i defensant el que vulguem. Independentment, que ens agradi o no veure'ns al mirall, que sí que és una part. És la relació que tenim amb nosaltres mateixes. Llavors és un component clau per estar bé amb nós, conèixer-nos, valorar-nos i respectar-nos, sobretot des d'aquest component més intern, que és molt potent. Va més enllà d'estimar-te a tu, si no que també és important de vincles, de límits, de com ens vinculem, com ens relacionem fins i tot.

M: Quina percepció tens de tu mateixa? L'autoestima és també deixar de machacar-te, des del fallo, des de l'error, del no ets capaç de fer x coses. Acceptar-te és ser capaç de posar límits, a l'altre sí, però també a tu. .

M: És curiós que alguns de nosaltres tinguem una bona autoestima i, en canvi, altres la tinguem molt malmesa, com el cas de moltíssimes pacients? Però com o quan comença a desenvolupar-se?

O: Jo diria des de la infància. A la infància i ja més endavant, però vas anant vivint situacions, i segons com tu les afrontes i el resultat que obtens i com et sents enfrontant-les de certa manera. Aquí vas construint la teva autoestima, ho fas servir. Si et funcionen, et sents segur. Si no et funciona, i veus que tens una manca et vas sentint més insegur.

P: "Sí, muy lo que dice Olga. Yo creo que des de pequeño. Porque no podemos hacer estudios de bebitos, porque si pudiera digo yo que se ve que empieza ahí. Se ve des de que tu padre te queda solito."

M: Sí, de fet ja surt el tema dels cuidadors. Té molt sentit estar en contacte i començar a desenvolupar amb els principals cuidadors. És per això que aquí, si algú ens escolta, atents! Cal saber també donar una resposta d'afecte, amb reforç on es transmet aquesta aprovació. Potser en un inici comencem a veure'ns com ens han vist i segons com el que ens diuen. Això no vol dir que, si he tingut uns pares que potser m'han exigit molt, molt perfeccionistes ja no podem recuperar mai tenir una autoestima una mica sana? Però sí que les figures de referència tenen bastant

P: "Sí. Claro. La base."

O: Important, doncs, que ens ensenyin a reconèixer els nostres èxits, els nostres punts forts i com hem anat madurant, a poc a poc, fins al present. Posar els límits al que ens envolta i tenir temps per cuidar-nos a nosaltres. Davant d'aquesta basant tan interna, és important conèixer'ns i donar-nos suport.

M: Al final l'autoestima està molt relacionada amb els pensaments, i com sabem, els pensaments poden afectar a nivell emocional i les emocions acaben traduint-se en conductes. Com creieu que això es pot relacionar amb els TCA que això pot afectar?

P: "Esque es eso. No hay TCA que no tenga la autoestima baja. Pero no todo el mundo con la autoestima baja cae con un TCA. Eso hay que aclararlo! Es todo. Ellas, des de los pensamientos, distorsionar su cuerpo, las creencias, todo negativa. Afecta mucho eso, claro que si. De dónde viene eso? Puede venir genetica, de presión social, puede venir del ambiente en casa que tiene. Si no tienes una buena rebuda, una buena contención. También pasará eso."

O: És com un cercle viciós. Si jo tinc baixa autoestima, les situacions que em passin, les interpretaré d'una forma més negativa. Això farà que em senti pitjor, i farà que la meva autoestima estigui pitjor. Entren com en un pou. És una mica el que els hi passa a elles. Ja parteixen d'una baixa autoestima, que ha acabat desenvolupant en un trastorn alimentari.

De fet, en el capítol anterior comentàvem el tema addiccions i tal. Això es pot veure reflectit en altres conductes?

P: "Exactamente. Nosotros porque nos toca trabajar con esto, pero cualquier conducta de riesgo."

O: El que comentaves de la punta de l'iceberg. Igual és un trastorn alimentari, com podria ser una addició a una droga o obsessions en altres àmbits.

P: "Problemas de conducta también puede ser."

M: L'autoestima s'adquireix, no ve donada. Si fos senzill tots tindríem l'amor propi pels núvols i no els caldrien padrins. Però per exemple pot venir afectada pel feedback dels altres. Com podríem fer perquè els comentaris dels altres no afectin tant a la nostra autoestima.

P: "Uf. Primer, comunicarlo. Si a mi dicen en el cole que soy una gorda, me lo guardo ya voy mal. Si llego, se lo comento a mi madre y ella busca acompañarme en esto, no me censura; seguro que lo llevaré mejor. Un punto básico."

O: Jo crec que també posant límits. Els comentaris dels altres, si ens fan mal. No només un em desfogo, sinó un límit. No m'ho tornis a dir o em distancio de tu si no pares de dir-me aquestes coses. També, jo penso que el primer pas, podria ser coneix rens. Saber que és allò que ens afecta, com ens afecta. Llavors, ja, els següents passos per tirar-ho endavant. També, com més et coneixes, més confies en tu. Més veus els teus punts forts i dèbils i com potenciar-los, això també és clau.

M: La majoria de pacients en els pitjors moments de la malaltia reconeixen tenir una autoestima baixíssima o directament parlen de no tenir-ne. Què consideraries clau per a augmentar l'autoestima? O com treballau, el cas de les pacients que es troben a l'UPA, aquest aspecte tan ampli.

P: "Es parecido con lo que te decía con la comunicación. Primero, que sean capaces de registrar lo que sientan. Que puedan ir viendo qué les ha disparado eso, que puedan comunicarlo y a partir de ahí, tu haces ver otro punto de vista. Ves que no es para tanto, haces ver otras alternativas. Pero la comunicación es la base. Te decía, en el otro capítulo, en las charlas del cole: Me comunico. Me pasa esto, me siento tal: me comunico."

O: Dins del grup, les accions que elles van fent també els hi aporta més o menys benefici. Si sóc una persona que fa temps que està aquí, i entra una nena nova i l'ajudo. Veig que la meva ajuda li funciona, aquí també em sentiré millor, més realitzada. Una mica vaig veient quines accions fomenten que jo em senti més realitzada amb mi mateixa.

M: Aquí també partim de la base que, a vegades, sobretot amb aquestes pacients. A mi m'agrada molt la fase de veure el teu cos com la teva casa, i hi haurà coses que t'agradaran i necessitarà parts que els hi caldrà més atenció o cures, altres que no t'agradaran. Però cal entendre, amb una mirada més de comprensió, una

mirada més compassiva. A vegades, tenim compassió amb els altres, però, som com els grans oblidats nosaltres mateixos. Aquí també hi ha el tema imatge corporal. Això està molt trastocat. Venim d'una societat que no ho posa gens fàcil, amb un estàndard de bellesa que, inconscientment, la gran majoria de persones volem assumir-lo. Acaba creant una pressió, un comparar-nos, que acaba traduint-se en autoestima baixa. Aquí també és important centrar-se en les teves capacitats. Tendim a fixar-nos només en els defectes, que si no t'agraden pots treballar si vols, però donar també importància i centra't en allò que sí que t'agrada, que si funciona, sí és adaptatiu i ens fa sentir especials o bé.

M: Suposem que ens posem en la pell d'algú que ens està escoltant: primer de tot, imaginem que es tracta d'uns pares preocupats que detecten problemes en l'autoestima de la seva filla de 15 anys. Què li diríem, quines eines li podríem donar per a treballar-ho? Com podem, des de casa, potenciar i ajudar a la seva acceptació? Que ja sabem que és un treball de llarga durada, gens fàcil. Però com podem començar?

O: Jo et diria el que t'explicava en l'anterior capítol: saber escoltar a la persona, què li està passant i saber atendre-la. Preguntar-li, escoltar-la. Llavors oferir-li un vincle segur. A aquest nen/a, que és adolescent i ara mateix està tenint aquests problemes. Un vincle segur on pots explicar el que necessitis, no jutjaré, et faré costat, no ho tractaré com una tonteria. Jo començaria per aquí.

També, els pares, fins i tot, abans ho dèiem: el fet de revisar-se. Si jo ja tinc un discurs amb mi mateixa negatiu, és fàcil que els meus fills puguin escoltar-lo i al final, l'acabin reproduint. És molt important revisar-nos i mirar la motxilla.

P: "El otro día una paciente nos comentaba que yo de chiquita era muy miedosa, pero como mi madre era mucho más, ya ni te cuento. Eso esta claro que va pasando."

M: De fet, moltes vegades, i jo crec que com a error general de la societat, normalitzem tenir l'autoestima baixa. És el que, en general, malauradament, és el que predomina. Normalitzem, igual que normalitzem moltes vegades, conductes amb el menjar que no són normals. Que siguin freqüents, i siguin comuns, no vol dir que siguin normals. És això, és una cosa que està molt extensa. El primer pas, ser-ne conscient, el conèixer'ns.. És difícil perquè tenim un entorn que ho normalitza. Ja no només a casa, sinó a l'escola i fora de les famílies. Aquí també podem fer una tasca i com podria ser aquesta tasca?

P: "Yo siempre tuve la fantasía, y lo digo de hace años, los coles o institutos tendrían que, igual que tienen mates, física, química, tendrían que tener educación emocional. Tendrían que tener una asignatura de eso, de educación emocional. Expresar lo que sienten, lo que necesitan, etcétera. Sería genial, genial. Bueno, de momento no. Pero sería genial, que puedan hablar, expresarse, ayudarlos a ver que los pensamientos disparan emociones, que sentir tal o tal cosa no esta ni mal ni bien. Sería super bueno, pero en ese aspecto no hay educación emocional."

O: I més en temàtica autoestima. Si ja des d'una bona base a primària comences a introduir una assignatura així, t'estalvies molts problemes a l'adolescència. L'adolescència és un període que la identitat no està formada, és evident. És molt fàcil que l'autoestima estigui molt vulnerable. Si tu ja has tingut des de la infància una assignatura així, que t'han ensenyades eines, que te l'han potenciat. Ja parteixes d'una base que, quan arribes a l'etapa complicada, tens la base. Que evidentment, la base és complicada i et fa ser més vulnerable. Però parteixes d'un altre punt, amb uns coneixements, habilitats. Això seria clau.

M: I ve, com aquests convidats han tingut el plaer de venir un altre cop aquí, les tres preguntes que solem fer no cal repetir-les. Però, ve, per fer una mica de conclusió.

M: L'autoestima hem vist que poden ser moltes coses, és construir tot això que hem anat comentant, de dins cap a fora. Cuidar-te des de l'arrel i començar a prendre consciència per a partir i treballar-la, intentar mantenir-la el menys baixa possible ens protegirà de molts malestars. I que, no és gens senzill treballar-la, tenim molts imputs externs que ens dificulten aquesta tasca, però cal, amb les pinzellades donades, fer el primer pas per a començar a posar límits i cuidar-nos, a nosaltres mateixes, des de l'arrel i límits, si cal, a fora també. Esperem que serveixi per revisar en quin punt ens trobem, ja no només nosaltres sinó també transmetre aquest missatge a la família, a l'entorn per, com parlem a tots els episodis, intentar prevenir l'aparició del trastorn. Revisar, doncs, quin punt ens agradaria arribar, per protegir-nos i autocuidar-nos. Moltes gràcies per venir i explicar aquest terme, que dóna, per tant. Moltes gràcies per seguir un episodi més.

Episodi 8: Desmuntant la cultura de la dieta amb Anna Torelló

M: Fins ara, en les altres temàtiques, tot i que encara no tinc la formació al complet, tenia un coneixement dels temes dels quals se'n parlava, ja que durant la carrera ho hem anat treballant. Si ve, en aquest episodi i per a enriquir encara més la formació que vull oferir en aquesta tasca preventiva. Deixarem espai a una branca de la salut que no és la psicologia, però que en el cas dels Trastorns de la Conducta Alimentària, hi té un pes molt important. I és que, tot i ser un trastorn mental i té una complexitat psicològica que cal abordar, també cal abordar la temàtica des d'una perspectiva nutricional-dietètica.

Precisament aquest és el motiu pel qual avui ens acompanya l'Anna Torelló. Benvinguda.

L'Anna és graduada en nutrició humana i dietètica, postgrau en alimentació i càncer, també té un màster en nutrició esportiva.

Com ja sabem, moltes vegades començar a fer dietes per aprimar-se pot ser, entre d'altres que ja vam mencionar en el seu moment, un factor que augmenta el risc a desenvolupar un TCA. És per això que cal conèixer bé que és i que no és fer dieta... Sabem que la temàtica i el coneixement que ens pots oferir és molt complet, però, anem a parlar una mica dels hàbits, creences que s'han sentit sempre i que potser caldria posar en dubte, desnormalitzar-les.

Comencem, doncs, amb una expressió que és molt usada en el carrer, el "menjar sa" però què vol dir o a què ens referim realment quan diem "menjar sa"?

ANNA T: Jo crec que hi ha com dues respostes. La resposta de la gent que ve d'una cultura molt més de dieta i, per tant, menjar sa és menjar aliments saludables, restringir alguns aliments que una persona percep com a no saludables o com a més calòrics, o menys interessants. Com poden ser els carbohidrats, els quals s'han criminalitzat durant molt temps, o els greixos que també. Però per mi, menjar sa, inclou també una part de quina relació tens tu amb el menjar. Inclou intentar nodrir-te al màxim d'aliments que siguin nutricionalment interessants, cobreixen els teus requisits a nivell energètic, però a part que gaudeixis el menjar. Que tinguis una relació sana amb tots els aliments, tant si són saludables com no. Que gaudeixis del procés de menjar d'una forma saludable, tenint en compte alguns dies per poder tenir flexibilitat i això.

M: A més, s'associa, tot i que comença a canviar i això és algo positiu. Però se sol associar el menjar sa amb menjar poc calòric, ara potser l'alvocat no està tan

estigmatitzat perquè queda molt bé a les fotos i està de moda, però en general, les grasses com l'oli o els fruits secs son mal vistos, quan realment a nivell nutritiu són, si no tinc mal entès, bastant recomanables. Perquè és calòric ho associem a què no és sa, l'hem de controlar. Però, mentida, ve, sabràs més tu que jo.

ANNA T: Sí, i de fet, va canviant amb el temps. Segons l'època es criminalitza uns aliments o altres. Fa força anys, uns trenta anys o així, el criminalitzat a tope eren els greixos. Per tant, controla els ous, l'oli. Ara s'ha vist que no és tan problemàtic i s'ha passat amb el sucre, els carbohidrats. Controla l'índex glucèmic, menja abans l'amanida. Un nivell excessiu que ens anem. Fem d'una cosa simple una cosa molt més complexa que cadascú l'interpreta com vol.

M: També, jo considero que dins el menjar sa. Potser, pots corregir-me si no hi estàs d'acord, però, no hi ha tant aliments bons o dolents, sinó el continu de tot, no és una classificació tan dicotòmica. És trobar aquest equilibri.

ANNA T: Jo mai parlo a consulta d'aliments bons o dolents, sinó més o menys interessants a nivell nutricional. El que hem de prioritzar en una dieta saludable, el que entenem per menjar sa, prioritzar els aliments interessants nutricionalment. Però, també tenen cabuda aquells aliments que no ho són tants. Potser en menor proporció, però menjar-te un croissant de xocolata de Fleca perquè t'ha vingut de gust i has anat a esmorzar amb la família o el que sigui. I pot formar part del menjar sa.

M: De fet, en aquesta línia, com consideraries què és una dieta saludable?

ANNA T: Una dieta saludable, per mi està basada en una alimentació que cobreixi tots els requeriments nutricionals, que estigui basada en fruites i verdures, aliments de qualitat. Després, també cal que sigui una dieta que es pugui continuar en el temps, que la pots dur a terme durant temps. També deixar clar que dieta és ordre, no restricció. Aleshores, una dieta saludable vol dir un ordre dels aliments, no vol dir restricció, que és com una paraula que s'ha atribuït molt a aquesta relació. Aleshores, una dieta saludable és una alimentació variada, equilibrada, que podem portar durant temps, que gaudim fent-la, que també tenim moments de flexibilitat, amb aliments menys i més interessants.

M: Potser l'associació hauria d'anar més en els hàbits.

ANNA T: Exacte. Dieta és ordre, pots fer una dieta saludable, una dieta restrictiva, que és el que entenem per dieta durant molt temps.

M: De fet, això ve molt de la cultura de la dieta, que no n'hem parlat, però seria com el sistema de creences o actituds que ens diuen molt, o imposen molt, des d'aquest ordre, control, com hauríem de menjar, com hauria de ser el nostre cos.

ANNA T: Criminalitzant molt uns aliments.

M: I tot en base d'un ideal bastant difícil d'assolir i que genera una lluita molt sacrificada. I si hi ha aquest sacrifici realment, no estem acompanyant la salut. Malauradament, portem molts anys sentint aquesta cultura de la dieta, que hi ha una mica rentada de cervell. Hi ha moltes creences, que més endavant en parlem, però que estan molt interioritzades i ressonen de fa molt temps. Tenim molt normalitzat el "compensar", el "m'he guanyat tal cosa". No és una dictadura això.

ANNA T: És el teu dia a dia. Tenim molt normalitzat el: tinc pipí vaig al lavabo, tinc set bec d'aigua. Per què quan tenim gana no mengem? O ens limitem? També, molt abans, en dietes molt restrictives o en aquest sistema de dieta i no tant d'hàbits saludables és el Cheat Meal. Un dia a la setmana, tens via lliure per menjar el que vulguis. Això es torna tan obsessiu, estic desitjant tota la setmana perquè arribi dissabte el vespre i menjar doritos, kinder bueno.

M: No està ben gestionat això.

ANNA T: A nivell de gestió i relació amb l'alimentació és tant tòxic.

M: De fet, és una mica un tret de sortida a un afartament. Vull dir, molt normalitzat perquè els Cheats Meals es veu com és diumenge i tal, tinc permís.

ANNA T: Sí, m'ho permet el nutricionista. No és permís per controlar-te i després descontrolar-te.

M: També penso que, tema dieta saludable, associem, per la cultura de la dieta, a si una persona està prima o compleix uns estàndards normatius ja s'associa que està saludable. Quan no té per què.

ANNA T: Hi ha un concepte que és el prim metabòlicament obès. Persones que estan primes, però a nivell d'analítiques tenen diabetis, colesterol. O potser, en una etapa de la vida, dones a nivell hormonal alteracions en la menstruació, els hi canvia, potser era un prim metabòlicament obès, en canviar el tema de la menstruació i passen a època menopàusica comencen a engreixar-se. Clar, tenen uns hàbits molt poc saludables.

M: Són insostenibles en el temps. El cos, en un moment o altre, et diu que no anem cap a aquest camí.

ANNA T: I sortirà engreixant-se o sortirà en malalties. El pes no reflecteix salut sinó que és un número. Hi ha moltes altres coses a valorar si hi ha salut o no.

M: Ni la mida corporal ni el pes, ni el que marqui la bàscula tenen perquè indicar salut.

ANNA T: Ni molt menys.

ANNA T: Jo tinc molts pacients que també els hi dic, que hi ha una part de pes que pots pesar dos quilos més, però per dins, potser és menys greix i més múscul. Per això també és important la composició corporal que tenim. Potser he vingut amb tu i acabo pesant més. No sempre l'objectiu de consulta és perdre pes, però a vegades, venen amb aquesta idea. D'estrès, es veuen millor i potser pesen dos quilos més. Anem a valorar, com et notes la roba, com et sents, com et notes tu? Doncs controlo més el nivell de sacietat o tinc una relació més sana amb el menjar, és més enriquidor i se n'acaben adonant.

M: És més enriquidor a llarg termini, com una inversió al futur.

ANNA T: És una carrera de fons, jo sempre ho dic. Canvis a poc a poc, sense frustracions. Perquè a vegades ens posem fites superaltes i doncs, costa molt assolir-les, però, si ens anem marcant petits objectius, a l'anar-los assolint fem check i te n'adones quins canvis hem anat fent.

M: Aquests hàbits que menciones, imagino que el més aviat els aprenem millor no? Per què els programes d'educació nutricional siguin realment efectius en nens i adolescents, és important implicar els adults en aquests programes. I són ells l'exemple. Tenir-los en compte com a suport i la col·laboració, facilitant el canvi d'hàbits en els més joves. Llavors, com a pares, progenitors, família, el tipus que sigui de cuidadors, com podem fer per intentar instaurar hàbits però sense ser exageradament restrictius?

ANNA T: Jo diria que, a nivell d'àpats principals: dinars i sopars, intentar seguir una alimentació saludable. Una alimentació saludable inclou, una part de vegetals, una part de proteïnes i una part d'hidrats. Intentar, si pot ser, que siguin integrals. Aleshores, partint d'aquesta base qualsevol opció és bona. Intentar incloure verdures. Què passa amb el tema de les verdures? Doncs que, sobretot generacions anteriors sempre les feien bullides. Els nens se n'afartaven, verdura bullida pocha, és poc interessant. Cada vegada més, se li està donant una segona vida o versió a aquests vegetals. Ja sigui a la planxa, fent-ho amb receptes, amb espècies, d'una forma més interessant. També diria que un punt és escoltar els

joves, per part dels pares, d'en comptes d'obligar o forçar, provar una altra cosa, negociar a casa i provar aquesta recepta, o provem de fer-ho d'aquesta manera o de l'altre.

M: De fet, fins i tot també, negociar és important la família. Com a factor protector, i ja tiro cap a TCA, fer els àpats junts en família, participar cuinant. Pot ser una activitat lúdica a casa. Els àpats aprofitar-los per a crear aquest espai i conversar, important de què es parla en aquests moments. Però que, penso que fer els àpats junts ajuda moltíssim i pot afavorir, ja no només el clima familiar, sinó a nivell de benestar general.

ANNA T: Veure que els teus pares mengin certs aliments, i tu normalitzis menjar certs aliments. Si tu a casa, tenen una relació molt tòxica amb els hidrats de carboni, segurament tindràs aquesta relació. Un exemple molt bàsic, com a guia al dia a dia per portar una alimentació o àpats saludables. És el plat de Harvard. El plat de Harvard parla que la meitat sigui verdura, un quart de plat proteïnes, l'altre quart de plat hidrat de carboni, que es begui aigua, i que hi hagi algun acompanyant d'un greix saludable, qualsevol coseta (fruits secs, raig d'oli, alvocat). Això a nivell de cuidadors, o gent que fa el menjar, és una manera molt fàcil d'entendre aquesta alimentació saludable. Mirar el plat, veure que aquests tres elements i les postres (fruita o làctic) ja ens dona una seguretat que estem incloent els grups d'aliments. Per tant, no hi ha alguna restricció o s'abusa d'aliments que són poc interessants.

M: De fet, això que et comentava de la restricció. No sé si has sentit a parlar de l'Ortorèxia? De fet, encara no consta en si com a trastorn en el manual diagnòstic, però això no vol dir que no sigui una realitat i puguin ser conductes patològiques. Tampoc constant per exemple els trastorns d'addicció a videojocs quan realment, també estem veient que és una cosa molt freqüent. L'ortorèxia és com l'obsessió constant pel menjar saludable. No sé si tens una definició més encertada.

ANNA T: Em sembla bé.

M: L'obsessió constant de menjar saludable 24/7 sota unes normes autoimposes, no hi ha tanta restricció d'aliment (que podria que sí) però que sigui menjar considerat saludable. Pot començar en una bona intenció, però s'acaba allunyant de salut en el moment que hi ha obsessió. Regles autoimposades i potser més conductes obsessives-compulsives. Saludable, però no contempla el plaer, o a nivell de salut mental. Si estàs socialitzant i et ve de gust fer-te unes braves, aquesta persona no entrarà en les seves normes.

ANNA T: I culpabilitzarà segurament a qui ho estigui fent: "Ui tu menges això". Com fer-te sentir malament.

ANNA T: Passa molt, jo crec que també cal buscar, i més a Espanya que és un dels principals països amb obesitat infantil. Aleshores, cal buscar aquesta alimentació més saludable, però hi ha gent que ja se'n va l'extrem. Aleshores, crec que, venint de la cultura de la dieta i anant a buscar aquesta alimentació saludable, és normal que hi hagi gent que digui que menja súper o molt molt saludable. No es permeten cap extra, cap dia, si és un extra és només a nivell calòric, però els ingredients són saludables.

M: Sí, de fet, llegia una testimoni que parlava del seu extra eren els fruits secs. I a mi m'agraden molt, però els fruits secs són saludables, potser més calòrics per les grasses, però nutricionalment, corregeix-me si m'equivoco, però són interessants?

ANNA T: Són molt interessants, són boníssims. N'hauríem de menjar un grapat al dia.

M: Jo sóc la primera que em poses 4 nous i sóc feliç. Et poden venir de gust altres coses, a priori, nutricionalment no són tan interessants, però et poden aportar a altres nivells.

ANNA T: Aquest punt social que comentàvem. També, una cosa que en dietes molt restrictives o tenir un punt d'obsessió, ens treu aquesta part més social. Compartir àpats amb la família, amb amics, compartir aquest moment i més on vivim que l'alimentació és molt social, el fet de menjar. Si ens privem d'aquests moments, això al final també acaba passant factura. Desmuntar totes aquelles creences, tradicions, símbols, costums, gustos personals o coneixements sobre la matèria que aquests han après durant tota la vida, però potser toca mirar-los diferent, ser una mica crítics.

Per sort, tinc els pacients que venen, han de confiar en tu i això. Fa gràcia perquè venen, noies o nois joves que forcen els pares a refer-se aquesta revisió que comentaves. No compris això perquè tal, o compra millor aquest producte, o no passa res per menjar més de 3 ous a la setmana. Està bé que es vagin qüestionant coses i qüestionar els de casa. Estimular una mica el pensament crític. Per molt que siguem adults, tots estem arrossegats per aquestes creences i és difícil desfer-se d'elles.

ANNA T: Hi ha una sobreinformació, sobre el tema nutricional. Sobre un tema pots llegir que en una pàgina web és bo i a l'altre és horrible i ho has d'evitar. Hi ha moltes contradiccions.

M: Però ve, ara centrant-nos més en la teva experiència laboral, t'has trobat mai amb alguna pacient que ha vingut a consulta amb la camuflació d'una dieta per a continuar baixant de pes de forma insana i que, al darrere podia tenir simptomatologia pròpia d'un TCA?. Davant de casos així, teniu algun tipus de protocol? O com sols actuar?

ANNA T: Jo no sóc especialista amb pacients amb patologia de la conducta alimentària. Davant de casos molt clars, derivo a altres companys, professionals, aconsello que vagin al psiquiatre, al psicòleg, que comentin aquestes inquietuds sobre l'alimentació. Però, sí que m'he trobat amb casos que en un primer moment no diuen res, venen per perdre pes i, en general, jo en el meu cas, he tingut més dones.

M: En general la proporció és majoria femenina, ara estan augmentant els homes, però seguim majoria femenina.

ANNA T: Si vaig tenir un cas, d'una noia que volia perdre pes, venia amb antecedents de dieta més restrictiva. Jo a consulta sempre dic que no fem dietes, aprenem a menjar bé. Aquesta noia em va confessar que havia intentat dues vegades provocar-se el vòmit. Aleshores, va dir que anava amb un psicòleg i la va començar a tractar. El psicòleg com la principal motivació de venir amb mi no era aprendre a menjar saludable, sinó guanyar pes, vam optar per tallar el seguiment nutricional amb mi i continuar des del psicòleg. Si més endavant, si vol reprendre el treball amb mi, ja tornaria.

M: Per sort, tu persegueixes un canvi de comportament, procurant que el pacient prengui consciència del problema i ajudant-lo a descobrir els beneficis que els canvis li poden reportar. Prioritzant eines que afavoreixin el desenvolupament d'habilitats que prioritzin una elecció alimentària adequada i duradora en el temps: en definitiva, ajudant-lo a saber què fer i com actuar per millorar la nutrició.

Si algú ens està escoltant, que no ho sé, si precisament pateixes un TCA o sospites. Potser anar al nutricionista per anar a baixar pes, el nutricionista no és ximple i se n'adonarà si tu sol no ho fas. I si ell t'ha de portar a un altre camí, ja es farà.

ANNA T: És important, demanar ajuda, si no el nutricionista que a vegades, el psicòleg o el psiquiatre que es com el definitiu. Però demanar ajuda. He tingut altres pacients que, venien amb mi, que ja estaven anant a teràpia però venint amb mi amb una altra funció, aprendre a menjar bé. També, moltes noies venen que entrenen força. Aleshores, si no menges, no podran rendir entrenant, es noten cansades, com pretens estar més forta, tenir més energia. I a poc a poc, anem incloent aliments. Potser la pasta em costa però l'arròs ja bé. Però cal un seguiment interdisciplinari.

M: Són trastorns molt complexos, cal treballar-ho des de diferents àmbits i ens cooperem per anar en la mateixa direcció, que és la recuperació de la pacient.

Malauradament, vivim en un món on a internet hi ha molta informació, sumat que tenim com anàvem comentant, el cervell està bastant condicionat per la cultura de la dieta. Jo almenys estic ben confosa amb alguns termes, amb algunes dades... què et sembla si jo et dic diferents frases que al carrer, a les revistes, xarxes que he pogut anar rescatant/escoltant i valorem si són veritat o no, perquè són mentida...

La primera, de fet, abans hem estat gravant un episodi amb una pacient recuperada, no durant la gravació sinó després. Explicava que a les 3 del matí es posava una alarma per prendre's aigua en llimona en dejú, perquè ella creia que desintoxicava o depurava.

ANNA T: Aquest és un dels mites estrella. Falsíssim. L'aigua amb llimona hidrata, perquè l'aigua hidrata i prendre't un gotet d'aigua al matí per la gent que també li costi beure aigua. Afegir-li llimona et diria que encara va pitjor, perquè acidifica les dents, aleshores, espatllem una mica. Si et vols fer una infusió de bon matí i li afegeixes una mica de llimona em sembla perfecte, però no va més enllà dels beneficis d'aquesta hidratació. I per desintoxicar el nostre cos ja tenim el fetge i els ronyons, que són dos òrgans meravellosos que ja compleixen aquesta funció.

M: La fruita engreixa perquè té molt sucre/ Menjar fruita més tard de les 17h engreixa més.

ANNA T: I sumo un altre, de postres no, abans. La fruita és meravellosa, i ara també se l'està criminalitzant, pel que hem comentat abans. Les modes van variant i com ara la fruita té sucre, ara ja és com una cosa a gestionar. La fruita té un sucre que és la fructosa, aleshores, la fruita en si, també té altres nutrients com és la fibra. Aleshores, la fructosa va lligada a la fibra, per tant, quan nosaltres ens mengem una taronja, un plàtan, el que sigui. La fructosa no s'absorbeix com un

sucre, sinó en estar lligada a la fibra, es dirigeix més lentament. Quan prenem un suc de taronja, com és un sucre alliberat, que l'hem tret de la fibra, ens omple menys que una taronja sencera perquè s'absorbeix molt més ràpid. Però una fruita sencera, a daus, a mossegades és meravellosa a qualsevol hora del dia. Tenim àcids gàstrics que també gestionen aquesta fermentació, que també es diu molt el que la fruita fermenta. El nostre cos continua sent el mateix a les 20h, la podem menjar tranquil·lament en qualsevol moment del dia. De fet, hauriem de menjar 2-3 peces mínim al dia. Si t'agrada, pots menjar en qualsevol moment del dia i qualsevol fruita. La fruita sempre és benvinguda.

M: La pasta o els carbohidrats a la nit engreixen més, millor evitar-los per sopar.

ANNA T: Amb el tema carbohidrats i l'hora de sopar sí que jo sempre parlo de prioritzar-los integrals, són més rics en fibra i són més interessants nutricionalment. Sigui al matí o al vespre, és molt diferent a nivell nutricional menjar pasta blanca amb solis i daus de frankfurt que una pasta integral amb un saltejat de verdures i daus de pollastre. El còmput general, no per la pasta, sinó pel complet general, i pot ser pasta blanca també, amb les verdures i el pollastre. No és problema de la pasta, sinó la combinació. Després de sopar, tampoc passa res. El que importa és el total de calories i nutrients al llarg del dia, no només el d'un dia o moment concret. I els d'un dia en concret tampoc, perquè un dia hagi anat a sopar o dinar fora, i t'hagi menjat una pizza el teu cos ni se n'adonarà, no tindrà grans canvis, gaudirà la pizza al moment i estarà feliç.

M: El pa no és un aliment saludable

ANNA T: Quin pa? El pa blanc, que trobem al supermercat que val 0.30 cent és poc interessant nutricionalment. És una farina refinada, segurament portarà una mica de sucre, portarà olis refinats i aquest combo és poc interessant. Però, un pa de llarga fermentació, integral millor, o d'altres cereals (kamut, sègol, espelta) són superinteressants. I són un nutrient que la gent que li ve de gust la torrada al matí, fa molt esport, la pot encaixar perfectament cada dia. Què passa també, hi ha la coletilla d'acompanyar l'àpat amb el pa sí que, diguéssim, que acabem menjant menys de l'àpat principal i acabem sucant molt més pa i acabem omplint més del pa que del plat en si. Jo sempre dic que, si en mengem, que formin part de l'àpat. Fas unes carxofes saltades, amb una truita i una torrada de pa, estupendo. I també, un pa interessant. El pa que trobem al supermercat, venen moltes coses que són poc interessants. Parlem d'interessant o no, però si un dia t'has de fer un entrepà i estàs escurat. Endavant amb la barra de 0,30 cèntims. Això és flexible, la cosa és

l'hàbit. Vas un dia a menjar fora o vas a la platja i t'has de fer un entrepà, o menges fora i és amb pa blanc, te'l menges. Parlem d'hàbit i no moments puntuals.

M: Si vull mantenir una dieta saludable no puc menjar cap sucre o grassa, perquè són aliments dolents.

ANNA T: Són els dos criminalitzats al màxim, i ara la fruita que comentàvem també comença a passar. El sucre és justament el que comentàvem abans, és un ingredient que a nivell metabòlic ens resta. Aleshores, si mengem sucre simple fa com un pic de glucosa, un pic d'insulina, i de forma repetida, durant molt temps és perjudicial per nosaltres. Però, gaudir d'aliments rics en sucre de manera puntual, pot ser meravellós. Fins i tot, posar-te sucre o mel al cafè, posata'l, no passa res. O menjo, el cap de setmana, faig unes galetes o faig un pastís i menjo un tall, te'l menges i no passa res.

M: Ara per Setmana Santa, els ous de Pasqua, els Bunyols, tenen espai.

ANNA T: Amb el greix, cal diferenciar dos tipus de greix. Hi ha greixos més interessants o saludables i d'altres que no ho són tant. Els greixos saludables tenen fruits secs, salmó, alvocat, tenen lloc de forma diària, en els hàbits del dia a dia. El greix de carn vermella, carn processada, de potser, uns quicos fregits; això ja seria de forma esporàdica. Però també pot tenir cabuda, no hi ha cap aliment que estigui prohibit, mai prohibiré cap aliment. Si no que hi ha aliments amb freqüència de consum i de menys freqüència.

M: Les dietes de la pinya o enciam són molt efectives

ANNA T: Superefectives (ironia). Per tenir després un afartament són superafectives. Aquestes dietes fan que la nostra relació amb els aliments siguin molt perjudicials. És com una relació molt tòxica. El que comentàvem abans, són dietes de curt termini, poc sostenibles. Cal buscar un estil de vida que sigui sostenible en el temps. Això farà que passem gana i que el nostre cos faci adaptacions metabòliques. La gent que ha fet aquest tipus de dieta necessita menjar molt poc si no s'engreixa fàcilment, s'alenteix el metabolisme, el teu cos fa mode estalviament. Qualsevol cosa que li donis, quan no sap quan li tornaràs a donar menjar pels dejunis tan llargs, jo m'ho guardo ben guardat, et reserves. Aleshores, et trobes gent que té una molt mala relació amb el menjar, que li costa molt aprimar-se, que criminalitza molt alguns grups d'aliments; ve molt d'aquestes dietes restrictives.

M: Quan fas la compra al supermercat només comprar aquelles etiquetes baix en greix, light, sense sucres.

ANNA T: Això també és un clàssic. Les etiquetes han fet mal. L'etiqueta light vol dir que té un 30% menys de calories que la versió original. Aleshores, moltes vegades, el que fan és treure-li greix, perquè a nivell calòric: cada gram de greix té més calories que el greix o el sucre, i posen més sucre. No és que sigui gaire més interessant a nivell nutricional, simplement té menys calories. Baix en greix, com comentàvem abans, el greix és més saciant. Ja ens interessa el greix. A més, en el cas dels iogurts, moltes dones en menopausa o en totes les èpoques al llarg de la vida, és molt important la vitamina D. Aquesta es troba als iogurts i altres làctics, i necessita greix per absorbir-se. Hi ha un Vitalina que és enriqueix con Vitamina D però 0,0. La persona no l'absorbira perquè necessita greix per absorbir-se. El làctic o grec natural, té un greix saludable, que sigui calòric no impedeix que sigui saludable. Un iogurt normal de tota la vida, natural normal, és perfecte. No cal anar a buscar el desnatat. L'ús fins i tot, en patologies com colesterol o així, no cal anar a buscar els zero greixos. I etiquetes sense sucre, va en la mateixa línia. No portarà sucre, però el que se li posa són edulcorants. El problema dels sucres és aquest punt, no addictiu, però aquesta hiperpalativitat. Tenen un gust tan poc natural, la fruita té sucres és natural i tal, però no és un Kinder Bueno. Aleshores, continuen mantenint aquest punt de gust però amb edulcorants. Els edulcorants, gran part d'ells, el que fan és produir-nos problemes a nivell intestinal. Fomenten la fermentació, més gasos, més molèstia abdominal, no ens interessa tampoc.

M: Estar saludable no té res a veure amb el cos, hi ha persones primes, igual que persones gordes, que estan maletes i sanes.

ANNA T: Totalment, aquesta sí que és certa. És el que hem comentat abans, justificar o assumir que una persona prima, per estar prima, és saludable; i una persona que està grassa, no ho és, pel pes o per l'estètica no correspon. Ens falta molta més informació. Cal moltes més coses a valorar, més enllà de l'aparença física. Potser una persona prima té un trastorn de la conducta alimentària, i per tant no està sana. O una persona amb sobrepès és una persona que entrena tres dies a la setmana, menja de forma saludable, té una relació sana amb l'alimentació i de tant en tant menja de tot, tot i tenir aquest sobrepès.

A tots els convidats els hi plantejo 3 preguntes:

L'impacte de les xarxes socials, en el teu cas, tu tens el teu compte d'Instagram i fas difusió. Aprofitar i donar aquest impacte, pot tenir aquest punt més positiu i aprofundir cap aquí.

ANNA T: En terme general, les xarxes tenen un impacte molt i molt negatiu. Sobretot en tema trastorn conducta alimentària, només s'ensenya una cara de la realitat de la gent. La gent que són, sobretot noies o nois, que tenen uns cossos ideals, tots compleixen els estàndards de bellesa. Per sort, cada vegada hi ha més comptes a Instagram o a les xarxes que reivindiquen això. Reivindiquen tots els tipus de cossos, la salut en tots els tipus de cossos, noies i nois que no tenen problemes de nutrició. Poden fer aquesta tasca més positiva i perfils interessants.

Cal fer una tria de perfils, s'ha de ser crític.

ANNA T: També poden tenir aquesta labor més realista. Hi ha per exemple dues noies que tenen, de fet també un podcast, però tenen compte d'Instagram "esto es nutrición" són l'Estefi i la Glòria. Són dues cracks, les dues nutricionistes que divulguen molt bé sobre aquest tema, sobre una dieta més intuïtiva, fugint de les dietes com a tan restrictives que s'han fet fins ara. També, a nivell bodypositive "croquetamente", és una crack també. Explica simplement la seva història, el que ha viscut, l'odi viscut i com s'ha anat empoderant, també molt interessant.

La família, ja ho parlàvem abans, com són importants en l'àmbit d'àpats, però quin creus que és el paper que pot tenir la família.

ANNA T: La família pot fomentar el trastorn o el pot acabar evitant, crec jo. Bàsicament, per com s'han criat, pares o mares per volguer, a vegades, ajudar els fills. O potser tenen un fill amb una mica de sobrepès, el fet de jutjar tant, de desvaloritzar el seu cos, de limitar la ingesta. De fugir, una mica, d'aquesta dieta tan restrictiva. De culpabilitzar tant els aliments, fer-ho més d'hàbits saludables. Fomentar l'estil de vida saludable, en comptes de "menja menys, retalla per aquí o per tal; anem a fer una excursió familiar, cuinarem tots avui la pizza del cap de setmana i fem la massa". Portar aquests temes d'una forma més integrativa, a nivell familiar. I també, no culpabilitzar-nos.

Bàsicament, per la cultura que s'han criat. És difícil que hi ha moltes creences instaurades, costa anar compte corrent. Els pares s'han de deconstruir i ser crítics, valorar-ho des d'un altre punt, si algú ens escolta i vol optar per aquesta perspectiva que estem comentant, van per molt millor camí.

ANNA T: Molt més enriquidor, i a llarg plaç, és gaudir. Menjar haurem de menjar. Com més gaudim del procés, més agradable sigui millor anirà tot. I més continu en el temps serà.

Com creus que podem ajudar?

ANNA T: Essent més empàtics, potser. Escoltant una mica més, entenent que hi ha diferents cossos, diferents realitats. No només mirar-nos al mirall i veure que tot és com nosaltres, o com nosaltres voldríem. A nivell també, molta més prevenció primària, d'institucions i això. No esperar que ens posem malalts per actuar, ensenyar nutrició a l'escola. Parlar. Ara vaig participar en l'elaboració d'un llibre, hi havia tema trastorns conducta alimentària, tema de les drogues. Quan jo anava a secundària, en cap moment se'n va parlar. Hi era present, però en cap moment es parlava del tema. Aleshores, parlar molt més d'aquests temes, no normalitzar-ho més, però sí que hi ha una realitat.

També, parlar-ne bé. En el sentit que, sovint, se solen estigmatitzar bastant i se sol crear l'estereotip de noia jove prima, sense contemplar altres trastorns, que és una ximpleria de l'edat. Penso que, una mica de psicoeducació aniria bé. Parlem molt, des del programa, com tenir una mirada més holística i més d'adonar-te que sí, però en ser un trastorn mental, al darrere hi ha molts altres factors que són els mantenidors del trastorn. No només restricció, purgues, afartaments. Aquí hi ha problemes de gestió emocional, de gestió de conflictes, assertivitat i un llarg etcètera de coses, que també formen part del trastorn. Crec que és clau el que hem anat dient per poder ajudar a entendre-ho tot i, com deies, ser més empàtics.

ANNA T: Ser més empàtics, i demanar ajuda. Parlar-ho més. Al final, com més se'n parli, ni que sigui a una amiga. Davant d'un moment d'inseguretat amb el teu cos, d'exigència, i la teva manera per fugir és aquesta, potser li pots comentar a algú. Pots donar eines o espais que la persona pugui venir a parlar-te. Coses que tenen bones les xarxes socials és de l'espai distant o el punt desconegut que t'obren i diuen "jo estic passant pel mateix". Una persona, que no conec de res, m'ha donat una resposta o una mica de llum, per aquest espai. Dins tota la toxicitat de les xarxes i el mal que fan, també hi ha això. Aquestes persones bones, interessants, tenen aquesta potència, sense voler-ho o no intencionadament, creen un espai de seguretat en l'altra persona.

Per concloure, com a resum parlàvem que la mida corporal i el pes d'una bàscula, per si sols, no són predictor d'un estat de salut de la persona. La salut va més enllà de menjar healthy, matar-se a exercici i tenir un pes que encaixa en uns

estàndards. La importància de la salut no es en aquesta direcció. L'alimentació saludable és una manera de cuidar-nos des de l'amor a un mateix, no des de la imposició. Fer els menjars que millor s'adaptin a tu, sense passar gana i estant tranquil, tip i amb força. Prioritzar que hi hagi aliments amb més quantitat de nutrients (on, en la mesura del possible a la majoria d'àpats diaris hi hagi verdures, fruites, hidrats de carboni, grasses i proteïnes). Tot el parlat és molt interessant i penso que ha de ser el primer pas a fer aquesta tasca de deconstrucció de creences tan arrelades, normalitzades i mamades de la cultura de la dieta, pot ser un procés difícil perquè com hem dit, està molt interioritzat. Però val la pena prendre consciència del que hem anat parlant, canviar la perspectiva deixar de centrar-nos tant en la importància del pes o el cos, prioritzar els hàbits des de la perspectiva que hem anat parlant.

Episodi 9: La veu de l'experiència amb Anna Sapena

M: Hola! En l'episodi d'avui tenim una convidada molt especial perquè precisament, he volgut aprofitar el *podcast* i donar pas a ser un altaveu a una noia que va patir i desenvolupar un TCA ara farà uns anys. Agraïxo sempre a tots els convidats la seva presència, haver trobat temps per a dedicar-lo al projecte, però crec que el teu cas té un aplaudiment més, pel fet de parlar d'una temàtica tan sensible que et toca de tant a prop i donar-li la volta precisament per empoderar-te'n i, des de la recuperació, aprofitar l'espai donant veu a la teva experiència, que ben segur que per molt dura que fos, ara des de la perspectiva en què estàs, podrà contribuir molt. Hola, Anna!

Moltíssimes gràcies per venir i benvinguda. Crec que és important preguntar-te primer de tot, com estàs ara?

ANNA S: Doncs molt bé. Estic estudiant 2n de Psicologia, i m'està agradant molt bé. Estic molt bé, estic vivint sola aquí a Girona, i anar fent.

M: Parlem una mica de com va ser el procés de la malaltia, sabries identificar com va començar tot i per què?

ANNA S: No crec que hi hagi un per què concret, o un principi. Va ser un cúmul de tot. Des de ben petita, a la primària ja vaig començar a veure conductes meves que no eren del tot normals. Per exemple, a 6è de primària ja no em sentia massa

bé amb el cos, i ja li deia a la meua àvia, que és on anava a dinar, ja li deia que tenia mal de panxa o no volia menjar. Sí que a partir d'aquí, a poc a poc, es va anar agreujant. En entrar a l'ESO en ser molta pressió per qualsevol persona, però no sé si més per mi, però s'afegia més pressió per la gent, el cos, com em veiessin. Vaig com tancar-me més amb mi mateixa i sobretot amb el menjar, començar a deixar de menjar sobretot. En el meu cas, vaig patir Anorèxia purgativa, vomites i així. No vaig començar a vomitar i a fer-ho més gran fins que vaig entrar a 1r de Batxillerat, on es va afegir més la pressió dels estudis, de si entraria a la carrera o no, de les PAU. Aquí va ser el clímax de tot. Em vaig tancar molt amb els estudis, vaig començar a vomitar. Diria que això va ser el principi de veritat, encara que el principi en si, ha sigut tota la meua vida.

M: Sempre hi ha hagut algo que ja trontollava una mica, però potser davant de certs estressors, l'etapa vital en la qual estaves és el que va tirar endavant. Aquí volíem dir que ningú escull passar per un TCA, i menys amb el patiment que comporten. Realment hi ha molt desgast emocional al darrere que és realment esgotador veure com el trastorn domina i condiciona en gran part la teua vida, els àpats estan en el nostre dia a dia i són inevitables. És més que una mala relació amb el menjar o la imatge corporal. És força més complex i moltes vegades, com hem anat parlant en altres moments, són una manera poc adaptativa que les persones utilitzen per gestionar vivències traumàtiques, pors, exigències, males gestions emocionals que no saben com afrontar. Tu comentaves, aquesta pressió de les proves, d'entrar a la universitat, la insatisfacció corporal que ja arrossegaves de fa uns anys. Són patologies realment complicades i molt complexes, i com deies, no hi ha un únic factor tampoc, no és que hi hagi algo que de cop desenvolupi el trastorn, és molt més complex que tot això.

Si haguessis de definir la teua vida quan tenies el trastorn? O durant el tractament? Com et definiries a tu, com estaves en aquells moments?

ANNA S: La vida durant el trastorn i durant el tractament són totalment oposades. Diferencio dues vides. Quan patia el trastorn, com a tal, sentia molt tancada amb mi mateixa. Vaig mai deixar de tenir relacions amb gent, tenia relacions, sortia de festa i m'evadia per aquest costat, però em sentia molt sola tot i estar acompanyada. Sí que és veritat que, durant el tractament, vaig tornar a recuperar aquestes amistats més, que vaig trencar la barrera més superficial. Durant el trastorn era molt superficial, encara que tenia amigues, no era jo mateixa. En entrar a tractament i començar a millorar, la meua vida va canviar bastant i era

molt més jo mateixa. Ve, sóc molt més jo mateixa. No només amb les amistats, sinó en general, faig més el que a mi m'agrada. És això, noto molt de contrast.

M: A més, va passar un temps entre una cosa i l'altre. Com a persones anem canviant. I anem buscant segons les necessitats del moment, i segons el moment de la pròpia malaltia. Al final, és una malaltia que et fa sentir molt sola. Tens baixes motivacions, poca energia. Ja va una mica en relació amb el que comentaves. En el teu cas, voldries comentar com vas fer el pas per a voler recuperar-te? No sé si en el teu cas vas optar per explicar-ho a casa o a alguna amiga?

ANNA S: No va ser per decisió pròpia. Jo vaig entrar al tractament amb 16 anys, era bastant petita. I n'he sortit amb 20, han passat bastants anys. Jo vaig estar en un punt on estava molt malament, com he comentat, vomitava. Els meus pares van començar a sospitar, ja que, després dels àpats i així, anar directe al lavabo. A més d'això, els meus estats d'ànim: contestava molt, estava molt irritable, tal qual. Llavors, els meus pares van començar a sospitar, sobretot la meua mare, no em deixaven anar al lavabo després de menjar. Jo vaig optar per vomitar, perquè volia fer-ho igual, però ho feia igualment i ho amagava dins de l'armari. En aquell moment intentes buscar una solució per qualsevol banda. Ara ho penso i dic, què feies? Es super raro. Però ho feia. En aquell moment, ho veia fins i tot normal.

M: En aquell moment penses zero racionalment. Per tu, en aquell moment, el "lògic" va ser: necessito fer la purga, necessito fer-ho, sigui quina sigui la manera. És fort, com la ment està condicionada per la veueta del TCA, i el mal que fa.

ANNA S: I que jo ho veia normal, no veia més enllà d'això. Jo amb la meua germana gran, ens portem tres anys de diferència. Un dia, anant a buscar roba al meu armari, que de tant en tant ens agafàvem roba. Doncs aquí va ser on em van descobrir, va trobar un tupper. No va ser per decisió pròpia, ho va dir als meus pares. Jo molt rebotada, en cap moment vaig voler ajudar. No és que no acceptés, jo ja sabia que no era normal, sabia que havia de vomitar. Però no volia ajuda, no volia recuperar, no volia guanyar pes, no volia deixar de vomitar.

A: De fet, això que comentes, és bastant comú. Ja no tant potser en el teu cas que ho veies, que són conductes que surten de la normalitat. Però a la vegada, no et cridava tant l'atenció vomitar en un tupper i amagar-ho, mentre que ara, que estàs en un altre punt, ho sents i dius uau.

ANNA S: Sí, ara ho dic en veu alta i és com: mare meva, què feies? Abans que em pillassin els meus pares, en concret la meva germana, va haver-hi un dia que estava molt i molt malament a la biblioteca. Anava força a la biblioteca, moltes hores del dia. Aquell dia havia vomitat molt, em feia molt mal el coll. Va ser un punt on jo pensava que em podia morir. També sóc una mica hipocondríaca, però em vaig començar a emparanoiar. Els hi vaig enviar un Whats App a les meves amigues, els hi vaig dir, abans que em pillessin. Els hi vaig dir que estava vomitant, va ser un impuls molt fort, després em vaig arrepentir. Estava molt malament, en part, era una mica per cridar l'atenció i estiguessin per mi.

M: Però és important el tipus d'atenció, és a dir, no el vull ser el centre d'atenció que tothom em miri. Si no que estaves cridant ajuda.

ANNA S: Pensava que anava a morir, sí. Noestic bé, necessito dir-ho. Just en el moment em van contestar, i va ser com: merda. No sé què acabo de fer. Molt malament, gran error, els hi vaig dir que ni se'ls ocorres dir-li a ningú. Ara m'arrepenteixo, em sento mala amiga, però si els hi deien algú les vaig amenaçar que les deixaria de parlar. En aquell moment és el que em va sortir, no se'm va ocórrer una altra manera d'evitar la situació. Els hi vaig dir que no diessin a ningú, que sinó no els hi parlaria. I elles, van callar.

M: Realment, tothom fa el que pot amb la situació i fins als límits que sap. No culpabilitzem a ningú.

ANNA S: En aquesta situació, és molt complicat, i em sento jo mateixa molt culpable per haver-les posat en aquesta situació. Si m'hagués passat a mi, no sé que hagués fet. Entenc perfectament que callessin.

M: Abans comentaves que vas estar dels 16-20, això és el que et va costar recuperar-te. Però podries explicar més com va ser la recuperació? L'Anna havia estat a l'UPA (Unitat Patologies alimentàries) de la Bofill, té un servei d'hospital de dia. Allà feu els àpats, excepte el sopar. Ve, també feu teràpies grupals, treballau bastant en grup, feu tallers, sessions amb pares..., Vens d'aquí i si voldries explicar com va ser tot aquest procés?

ANNA S: Jo en aquell moment estava molt rebotada, vaig entrar completament obligada. Entres allà, et trobes que és un hospital de dia. Vas de 9 h a 18 h, passes pràcticament tot el dia, i a les 18 h quan surts vas a casa, sopes i s'ha acabat. Jo entro allà, deixo d'estudiar, perquè entre això i estar fent. Vaig entrar l'estiu de 1r a 2n de Barx. Va ser molt impactant, perquè ningú estudiava perquè era estiu, però tothom sortia de festa, gaudint de l'estiu. I jo estava tancada a un centre. Va ser molt xoc de realitat. Més endavant, quan tothom va començar batxillerat i jo no podia estudiar, va ser dur. El que deia, és molt dur entrar allà, et trobes amb unes 10 nenes. En total són unes 30 nenes, però, en passar el temps, va pujant de nivell. Hospital de dia hi ha 6-10 nenes aprox., depèn l'època. En aquella època, potser hi havia 7 o així. Totes elles estan bastant malament, però si que cada nena entra cada mes, hi ha gent que està millor que d'altres. És com que, entres allà i es fan bastantes teràpies grupals, entre 2 o 3 al dia. També moltes activitats. I ve, jo vaig entrar això, molt rebotada, no tenia ganes, estava súper en contra. Al principi no parlava, no col·laborava, quan anava a casa a l'hora de sopar muntava un show. Tirava els plats per terra, cridant als meus pares, recordo fins i tot, al principi, vaig tirar la meua mare de la cadira.

M: De la ràbia que senties?

ANNA S: Sí, de la ràbia. Era com si alguna cosa em posseís perquè m'obligaven a menjar aquell plat. Tot i això, el centre sí que era impossible rebotar-se, t'ho menjaves si o sí. L'objectiu de rebotar-se era no menjar-se el menjar, però com sabies que te l'havies de menjar no valia la pena. Allà, quan entres, esmorzes, dines, berenes. El menjador és una zona on no es pot parlar del menjar, és obligat parlar, però no pots parlar de menjar. Tenim vetat tant el cos com el menjar, i si és que parles, tant a casa, com a l'hora dels àpats et castiguen. Llavors, per por al càstig no dius res. Sí que és veritat, però, que òbviament, es parla de menjar però a l'hora de teràpia o després dels àpats. Això sí que és algo que molt bé, ja que durant el menjar no et martiritzes i estàs obligada a parlar d'un altre tema.

M: Desconnectes potser?

ANNA S: És molt difícil desconnectar, però fas una mica l'esforç per mantenir la conversa. Si no parles, també et castiguen. És com que, encara que el càstig sembli súper loco.

M: És molt conductual realment, però s'ha vist que funciona.

ANNA S: Va molt bé, perquè al final t'obliga. En aquell moment és com si fossis una nena de 3 anys, que només funcione per si et donen o no la xuxe o qualsevol cosa. És com que en aquell moment va molt bé.

M: La recuperació és un procés que sovint, pot ser llarg i dur, perquè va més enllà de la recuperació purament conductual o dels símptomes, cal també establir moltes altres coses, la ira, ràbia, entendre la malaltia, molts possibles desencadenants o factors que han contribuït al manteniment de la patologia i que requereixen un esforç, que per necessitat i pel mateix benestar, val la pena fer aquest treball.

ANNA S: No t'he acabat d'explicar el procés. Llavors, a mesura que va passant el temps i així, vas acostumant i acceptant que estàs allà. Acabes acceptant que has de menjar, que hi ha normes, deixar de muntar shows.

M: Vas camí la recuperació realment.

Les coses van millorant, però és molt progressiu. Ja et dic, vaig estar molt de temps. A l'UPA es treballa molt amb la cooperació entre companyes. Trobàveu punts en com en el perfil de persona que éreu allà?

ANNA S: Encara més, jo crec que, en el meu cas, vaig fer bastants amistats. Però han anat evolucionant, n'hi ha que s'han quedat pel camí i d'altres que han aguantat fins ara. Amb la gent que més m'he quedat ara, és la que és més contrària a mi, no sé si perquè em complementessin més. La gent allà dins és molt diferent, moltes edats. Jo vaig entrar amb 16 però hi havia una d'11 i una de 31 anys. Hi ha molts perfils d'edat i molts caràcters i maneres de ser, estils. Però sí que hi ha un punt comú: la malaltia. Aquí és on t'entens i el punt de suport. Ens entenem en aquest sentit, que tota la resta deixa de tenir significat. Quan entres a l'UPA és com que, tothom té la mateixa edat, els estils són iguals, les maneres de ser són iguals. Perquè el que et condueix cap a l'amistat és compartir que sí que us enteneu.

M: El fet de compartir molta simptomatologia, a nivell conductual de si una fa purgues o té bulímia o el que sigui. A nivell de la dificultat d'expressió emocional, de ser persones que, potser, no tenen per què estar soles, però se senten soles. La

malaltia, potser us fa unir en aquest punt, de treballar des d'aquí. És curiós com, a mesura que passen els anys, el cos i el centre passa a tenir molta menys importància. El fet aquest de com et relaciones amb l'altra gent, com et sents, com t'expresses; això és el que demanem ajuda entre nosaltres, més enllà del cos o el menjar.

De fet, abans de començar el tractament t'havien parlat mai d'intel·ligència emocional o consideres que tenies desenvolupada aquesta eina, o aquesta habilitat o presentaves dificultats. No sé si havies tingut dificultats per reconèixer les emocions que senties o identificar-les correctament?

ANNA S: Gestió emocional zero. M'ho quedava molt per mi. I és algo que m'ha costat bastant durant el tractament. Sempre he estat una persona, no introvertida perquè ja m'agrada parlar amb la gent. Però amb mi mateixa, els meus problemes, mai m'ha agradat compartir-los. Vull dir, intel·ligència emocional bastant poca. Me n'havien parlat súper poc. Mai havia anat al psicòleg, ni res d'això. Però a l'escola crec que falta molta consciència i molt de treball.

M: Totalment d'acord, no sé si consideraries que tenir eines, que ara ja has adquirit, abans en aquest tipus d'habilitat t'hagués pogut ajudar?

ANNA S: Si hagués tingut els coneixements que tinc ara, no sé si hagués acabat com vaig acabar

M: Realment, mai ho sabrem, és hipotètic.

ANNA S: És com que, si no hagués treballat tant com m'he treballat a nivell terapèutic si que hagués desenvolupat un TCA segur. Ja et deia, que venia de molts anys enrere, de moltes coses.

M: Avui en dia, entenc que sí que consideres que maneges millor les emocions?

ANNA S: Sí, total. Encara que, no sé si m'ho preguntaràs més endavant. Encara que jo crec que el TCA és algo que és de per vida. Jo crec que és crònic.

M: Jo no estic d'acord en aquesta frase.

ANNA S: Més que res perquè crec que, he après a portar el meu TCA. Jo ho crec així, potser no és així. Però jo ho crec així. Sí que és veritat que, durant tota la meua vida. Ara, tinc l'alta del centre, però segueixo tenint pensaments, segueixo tenint impulsos que em portarien a fer coses. Però he après que no ho haig de fer, per no caure altra vegada en el que m'ha portat que estava tan malament.

M: Jo crec que, aquí hi ha dues coses. Una, que la recuperació és tan completa i que s'han de treballar tantes coses, com resolc els conflictes, la comunicació, com em relaciono amb els altres, autoestima. I que, tenim, malauradament, una societat que va en contra de tot això. Ara t'anava a preguntar ara de fet, però tema autoestima i tal. És molt difícil acceptar el teu cos actualment. Acceptar el teu cos i estimar-te no vol dir mirar-te a un mirall i cada dia veure't al 100% bé o que t'encanti absolutament tot el que veig. Tots, amb patologia o sense o havent-la petit, podem tenir un mal dia d'imatge corporal o que tinguis algun pensament puntual pel cap. La ment, inevitablement pensa sempre. La diferència està en el cas que tu li fas al pensament, a com deixes que t'afecti. Si això et condiciona. Tots vivim, en el carrer, en el dia a dia predomina una cultura de la dieta, on predomina una imposició d'ideals de bellesa. On hi ha un tipus de cos molt determinat, i realment és difícil anar en contra de tot això imposat. Ja no pas, del que comentava dels pensaments, sinó la clau està en la diferència en si hi ha la patologia o no, no és tant l'aparició. Si no com ens els prenem, si ser frena-rho, si fas alguna o no al respecte i òbviament la intensitat o freqüència d'aquests pensaments.

ANNA S: Òbviament, no és la mateixa freqüència o la mateixa intensitat, no cada dia, ni cada setmana, ni cada mes. Però sí que, depèn de l'època, davant d'un canvi molt fort, algun pilar que hagi caigut és quan el cos i el menjar sempre torna.

M: És com el teu mecanisme de defensa que, depèn de qualsevol trontoll, això surt. És el teu punt sensible podríem dir?

ANNA S: Sí, de fet, si tinc un mal dia en veure pitjor al mirall. Però jo ja sé. Ja he après que, no és que estigui pitjor, sinó que em veig pitjor si tinc un mal dia.

M: També et dic, jo sense patologia, si tinc un mal dia també em veig pitjor. Que també és una cosa, malauradament que passa, general i que es passa malament. A sobre que he tingut un mal dia, em miro al mirall i no m'agrado. I ja salvant les

distàncies de la gravetat que pugui comportar eh, no ho estic invalidant, però sí realment, és complicat. Llavors, actualment, penses que, així com la gestió emocional veus millors resultats, què tal estàs d'autoestima?

ANNA S: Ara estic bé, quan vaig entrar no. Ara sí que estic en una època una mica estranya per una sèrie de factors. He tingut alguns canvis en la meua vida que fan que ara tingui una mica més present aquest sentit. Com que estic una mica pitjor amb el cos i el menjar. Però una cosa no implica l'altre, estic bé, vaig molt amb les meves amigues. Penso que és un punt molt important això, el suport. I a nivell emocional estic bé, em porto bé amb els meus pares, estic bastant bé, la veritat.

M: Tornant una mica al tema UPA a les sessions, segons tinc entès treballau diverses coses, feu tallers de vergonya-autoestima-etc, quin va ser el que més et va marcar o ser d'utilitat?

ANNA S: L'últim que vam fer va ser molt impactant. Jo portava molts anys en tractament, però just va ser al final. Em vaig adonar que, com deia, sempre, almenys en la meua opinió, sempre portaré algo i cal tenir-ho present. Va ser que vam agafar una cartolina. Era un taller de distorsió corporal. Era una cartolina de la nostra mida i l'estiraves a terra. Sense posar-nos-hi a sobre, ens havíem de dibuixar com creiem que érem nosaltres a tamany real. Una vegada ens teníem dibuixats, ens posàvem a sobre i una companya ens havia de dibuixar. Era com que, quan t'aixecaves, t'adonaves que el primer dibuix era molt més gran de com érem nosaltres. Era súper impactant, òbviament, és difícil dibuixar l'alça i hi ha altres factors que poden influir que no surti perfecte. Però sí que va ser com que, jo sóc així? Després de molts anys de tractament, jo sóc així? Jo no em veig així. Ja sé que amb aquestes coses, sempre he d'anar amb cuidado. Probablement, depèn del dia, del moment, de com estigui, no em veig com sóc realment.

M: Amb les eines que tens ara i les habilitats que has adquirit, et permeten frenar-ho i et permeten trobar altres vies per si tens un mal dia, no recórrer a vomitar, a saltar-me àpats, trobar mecanismes més adaptatius i més funcionals que no comportin tant malestar. Consideres que aquests tallers o aquestes eines a nivell d'intel·ligència emocional que esmentaves, podrien ser útils de realitzar a població general abans de potser va desenvolupar els trastorns?

ANNA S: Sí, totalment. Tractar amb l'amor, tractàvem moltes coses: felicitat, tristesa. Era molt enriquidor, la veritat. Tots els tallers, tots.

M: Tindries alguna idea de com es podrien arribar a incorporar tots aquests tallers?

ANNA S: Crec que és complicat, però la millor manera d'incorporar-ho és des de ben petits. Amb una assignatura a l'escola o diferents tallers que s'imparteixin des de l'escola, des de l'institut. Quan ja et vas fent gran, és difícil compaginar-ho: un treballa, l'altre..., La vida es va accelerant. El millor és des de ben petits, i anem creixent amb més intel·ligència emocional.

M: També des de casa, els pares són una eina molt potent.

Ja sé que cada història és diferent, però que li diries a la teva versió del passat? A la que creguis que ho necessita més, no sé si a la premalaltia o durant malaltia.

ANNA S: Doncs no sé què li diria. A la que estava en plena malaltia, suposo que tot sortirà bé, sí. Que ho aconseguirà. A la que entrava en el tractament, molts ànims, força i endavant; venen coses complicades, però podrà, evidentment. Em llançaria a mi mateixa un missatge esperançador. Va arribar un moment on jo estava molt trista, creia que no hi havia cap sortida. Llavors, per això em diria que molts ànims.

M: El que deies, més esperança a la recuperació, sí que tiraràs endavant. Molt bé. En el programa sempre tenim 3 preguntes que fem a tots els entrevistats. La primera és respecte a la relació amb les xarxes socials. Quin impacte creus que van tenir, en tu com a persona que ho ha patit des de prop, les xarxes?

ANNA S: Gens bo. Molt d'impacte, realment. Jo estava bastant obsessionada en aquella època en l'Instagram. Encara més, me'n recordo que tenia aplicacions per pujar els likes i els followers, d'aquestes que són superrares. Jo volia ser la més popular, la més tot i sobretot, a les xarxes, penjava el que volia que els altres veiessin de mi, no realment el que jo volia transmetre. Per tant, sí, una influència increïble. I entrar i comparar-me amb la gent, i no només amb el físic, sinó també amb sortir de festa, tenien molts amics, veia a tothom molt acompanyat. Potser sí jo tenia amics, però no em sentia realment acompanyada. I a les xarxes és tot molt idíl·lic, sembla que la vida dels altres sigui perfecte, amb un cos perfecte, els millors pares, els millors amics. Per mi, van ser bastant decisiu en ficar-m'hi.

M: Ve, tu mateixa ho deies. Les xarxes que havies arribat a tenir on mostraves una "cara bonita", quan realment no hi era. Ja és això, jo em queixo, però jo mateixa ho estic fent. No m'estic adonant que els altres també ho fan. Sí que les xarxes, actualment, estan sent... Si tenen aquesta part bona, i no la vull negar. Però segons com, en població més vulnerable. Que poden fer jugar molt males passades. Les xarxes estan pensades per l'oci, per disfrutar, per estar entretingut una estona. En el moment que arriba a obsessió o, entro a la xarxa que sigui, i el que em genera és malestar perquè m'estic comparant, perquè m'estic sentint inferior, mal. No s'està fent un bon ús. No tenen aquesta finalitat. Cal fer aquesta reflexió i adonar-te'n per redirigir l'enfocament que li volem donar a l'ús de xarxes socials.

ANN: De fet, em vaig desinstal·lar TikTok perquè passava massa hores. A Instagram penjo 4 coses. No sé, pràcticament sí que consumeixo xarxes socials, però, ni molt menys en la mateixa intensitat. Crec que ara és bastant més sa.

M: La següent pregunta és amb relació a la família, quin paper creus que tenen?

ANNA S: És un tema una mica complicat en el meu cas, també en el tractament. Jo, com explicava, vaig entrar per la família, però, a l'anar passant els anys els hi va tocar a ells també revisar la seva part. Els pares no són els culpables d'aquesta malaltia, ni molt menys, hi ha molts factors; però tenen la seva influència. Vulguis o no, són els que t'han educat i en el meu cas són bastant exigents. Sempre han volgut el millor per mi, i no ho han fet mai amb mala fe, però a mi algunes conductes, sobretot en relació d'exigència o perfeccionisme, intentar ser la nena perfecta, no em van fer gaire bé. Al principi els pares estaven molt a favor del tractament, però en passar el temps, les terapeutes van anar apretant més per a treballar coses. Ja no només per mi, sinó també per ells. Hi havia conductes que no eren molt sanes. En aquest aspecte, em porto molt bé amb els meus pares, però sí és veritat que en algun moment, sobretot durant el tractament, que vaig estar bastant distant amb ells. Encara més, ara no visc a casa els pares sinó que visc aquí a Girona. Ells estan aquí a prop, i no és per necessitat que visqui aquí sinó perquè necessitava allunyar-me, no sé si d'ells, però començar la meua vida amb uns altres ideals. Per mi mateixa, no tant per contentar-los a ells. Va arribar a un punt que no feia les coses per por que dirien ells de si estava bé. Jo em volia tenyir el cabell i no ho feia perquè la meua mare em deia que no, estava molt condicionada. Seguia molt el que ells deien. Les meves idees o les meves opinions, a casa meua, no tenien 100% valor. No sé molt bé, és bastant complicat, però és això. Ara ja et dic, em porto molt bé. Ells han acceptat que necessito també la meua independència i les meves pròpies decisions.

M: Doncs que bé poder estar en aquest punt ara.

Donar veu a les pacients en general ja és una eina força potent, però especialment en saber què ajuda i què no, que millor que algú que ho ha passat des de dins i que compren el trastorn que la persona que ha estat afectada per la malaltia. Aprofito per a preguntar-te, i penso que la teva resposta pot ser molt enriquidora, com creus que podria ser una bona forma d'ajudar?

ANNA S: A una persona que està patint crec que és molt i molt difícil. Com he dit abans, si m'hagués passat a mi, no sé molt bé que hauria fet, per exemple, en el cas de les meves amigues. Una bona manera és parlar, preguntar com estan, dir que necessiten ajudar i oferir aquesta ajuda. És difícil, en aquell moment una persona que està patint TCA no és realment conscient, tot i que depèn de com estigui la persona, l'edat que tingui, com està si ho accepta o no, hi ha moltes variables que poden influir. Però, sobretot, optaria per oferir l'ajuda i no obligar. Dir: Mira, crec que això que estàs fent no són conductes que realment siguin bones, adaptatives, no et fan bé i crec que t'aniria bé anar al psicòleg, començar a tractar-les, parlar amb algú. Oferir això.

M: Fixa't que, mentre em redactaves com seria l'ajuda molt des de l'assertivitat, des de la calma, no obligar però sí redirigint aquesta persona. Busquem, precisament, que segueixi un bon camí, que vagi cap a una recuperació. Però des del respecte, des d'entendre que aquesta persona ho està passant malament. Entendre que és un trastorn, i per tant validar-ho, no infravalorar-ho.

ANNA S: Que no es culpa seva.

M: Exacte, no culpabilitzar. Amb els TCA ja hi ha prou la veueta aquesta interna que està tot el dia molestant, falta que algú extern et posi aquesta pressió afegida. Quan tu ja tens més pressió que ningú. Penso que el respecte, l'escolta activa és clau.

I per finalitzar, fer una mica de tancament per poder parlar de la recuperació. Recuperar-se d'un TCA és identificar i expressar com et sents perquè has après a reconèixer molt millor les teves emocions i validar-les, tenir la ment ocupada en projectes o en quelcom que no sigui el control sobre el cos o el menjar, ser més flexible i intentar no exigir-te la perfecció, valorar aspectes de tu mateixa i canviar la mirada cap a tu mateixa. Recuperació és sinònim de llibertat i autonomia. Evidentment, per arribar a aquest nivell de creixement personal sense el curs de la malaltia seria genial, no estic romantitzant tampoc el procés que precisament per

això fem el programa, per prevenir i desenvolupar tot això sense el trastorn. Però que, com anava dient, pots sentir molt d'orgull, del procés fins on has arribat. Veure com el gimnàs passa de ser el lloc on et castigues per compensar a un lloc on compartir un moment de desconnexió del dia, els àpats passen de ser un suplici a un plaer, les invitacions a anar a sopar fora passen de ser una angoixa a una emoció per voler compartir una estona amb els que estimes. En general, és el camí cap a la llibertat i cap a la felicitat, i és un camí que tot i que no és gens senzill, val molt la pena i de veritat, pots estar molt orgullosa d'on has pogut arribar. I sobretot gràcies també per sincerar-te i fer d'aquest episodi un altaveu molt potent de la teva pròpia experiència.

Episodi 10: La veu de l'experiència, des de casa; amb Montse Codina

MARIA: Holaa! La família és essencial per a desenvolupar un pla d'actuació o de prevenció en els Trastorns de la Conducta Alimentària. Cal que els cuidadors principals tinguin un paper de participant actiu per millorar l'ambient familiar i la qualitat de vida dels pacients o de l'àmbit familiar en general. Cal entendre-ho com a part de l'educació per a la salut, i per això és primordial comprendre la complexitat dels trastorns de la conducta alimentària, revisar les possibles mancances que cada cuidador pot tenir i treballar-les. L'episodi d'avui tindrà un enfocament una mica diferent, ja que, en comptes de la tradicional entrevista, partirem de l'explicació i afegirem retalls de l'entrevista en si. Per a conèixer de prop l'experiència i presentar així la nostra convidada de "Darrere del mirall" avui parlarem amb la Montse.

La Montse ara farà uns anys que va viure de ben a prop el trastorn, ja que la seva filla va desenvolupar Anorèxia Nerviosa. De fet, va estar molt greu, arribant a patir 3 ingressos a l'Hospital Sta. Caterina a la URPI, a més de després seguir el tractament psicològic al Centre de Salut Mental Infanto Juvenil.

Anem a parlar doncs d'aquells signes o senyals que ens han de començar a cridar l'atenció i que semblen ser bastant comuns en persones que pateixen algun trastorn alimentari.

Podríem veure, així de forma més evident canvis en la manera de menjar (amb ús injustificat de dietes, també començar dietes vegetarianes, mostrar interès per la

cuina de cop, menjar més lent o fer molts talls a l'aliment del plat, beure molt cafè o infusions, també xiclets.

El fet que verbalitzi certa insatisfacció amb la mida del cos o mostrar cert judici comparant amb els altres, problemes d'autoestima, preocupació pel menjar, categorització del menjar com a bo o dolent, que ja vam comentar amb l'Anna Torelló que no s'ha de partir d'aquesta dicotomia, intents d'amagar el cos amb roba més fosca o més grossa. Ja s'ha comentat que aquest trastorn no és únicament físic, però sí que també es pot detectar arran d'un canvi físic de baixada de pes o d'augment de pes considerable.

Evitar companyia durant els àpats. Anar al lavabo immediatament després de menjar, de cop fer molt més exercici físic. També des de casa veure com el rebost es va buidant més ràpidament del que tocava en els trastorns amb afartament per exemple.

També a través d'aquelles conseqüències físiques que es van anar comentant en l'episodi corresponen, ja s'ha parlat de la pèrdua de menstruació, tenir fred constantment, tenir marejos, caiguda del cabell...,

Llavors conductualment, i d'aquí sortirà el testimoni d'avui, un aïllament progressiu de la xarxa en general, augmentar l'agressivitat i la irritabilitat, en general, força inestabilitat emocional i especialment en els trastorns d'anorèxia, com el cas que s'exposa, un augment en les obsessions i idees de perfeccionisme o exigència.

MONTSE: Va canviar de caràcter completament, era una altra persona. I després, el pes. Era notable, perquè ella estava grassoneta i va començar a aprimar-se tant, i tan ràpid que ens vam espantar. Llavors vam decidir portar-la o buscar recursos. També ho veiem amb els que la rodejaven, va començar a tenir molts conflictes amb els seus iguals, molts problemes amb ells, baralles. A més, es va començar a obsessionar molt amb els estudis. Cada frustració era horrible, cada vegada que anava a un examen era horrorós el dia abans perquè plorava, es posava súper malament, cridava que no tiraria endavant. Llavors vam dir, alguna cosa està passant.

MARIA: Cada persona és un món, i no tothom té perquè manifestar aquesta simptomatologia, simplement són algunes de les conductes més comunes o generalitzades. Igual que, el fet de tenir algunes, no implica estar patint un trastorn alimentari, no és una explicació directa i cal no fer deduccions errònies.

Parlar primer del que ens ha cridat l'atenció del seu comportament o d'aquests senyals que comentava, i veure si ell ho veu com a problemàtic o si realment està patint per la situació. Per exemple: últimament em dona la sensació que estàs més preocupada del normal... Et passa alguna cosa? Et puc ajudar amb alguna cosa? Necessites parlar? És important transmetre l'interès per la preocupació, i deixant la porta oberta a un espai per a dialogar i expressar les seves pors, dificultats. Connectar emocionalment, amb com se sent, preguntant com podem ajudar, què podem fer, què necessita. Sobretot, jo crec que un punt clau és establir un clima de confiança, sense alteracions, sense jutjar, sense sobreprotegir. Actuar, entendre també que com més ràpid s'actui i demanem ajuda o detectem, millor pronòstic de recuperació. No començar el discurs lògic o racional de "però si has de menjar", perquè el més fàcil és que l'altre es reboti, es posi a la defensiva. I ja els psicòlegs o els altres professionals sanitaris quan coneguin ja ens donaran les recomanacions pertinents al cas.

Fins i tot, a priori, si la persona es nega a anar directament a l'especialista podem contactar amb la capçalera, perquè sigui ell qui ens orienti i ens acabi derivant o contactant amb els especialistes en TCA, que serà qui ens orientaran millor. O inclús, com comentava a l'episodi de riscs i conseqüències, a vegades des de les mateixes alteracions que fa el trastorn i amb l'especialista mèdic corresponen a atendre-la, també ens pot obrir camí a detectar-ho i actuar-hi. Però sobretot, mostrar suport, acompanyar, respectar i no jutjar.

Evidentment, restaurar i normalitzar el pes i l'estat nutricional, tractar les complicacions físiques. Però cal millorar les disfuncions adquirides en conseqüència (pensaments, actituds, sentiments...). Són una de les parts més crucials, i difícils, a treballar, ja que si no, és molt fàcil la recaiguda un cop s'estabilitza la part més visible. O contemplar la possibilitat de, encara de no ser el pacient directe, també treballar-te i revisar-te a tu mateixa.

Si bé amb l'episodi amb la Glòria Trafach vam introduir una mica com era el tractament des de la xarxa de salut mental pública a Catalunya, centrant-nos en la zona de Girona i en el cas de la Sara també serà d'aquesta zona. Com des de la seva família podem prendre l'experiència directa.

MONTSE: Abans de l'ingrés nosaltres ja teníem clar què és el que passava, i teníem clar, buscant informació, que un trastorn alimentari la recuperació no només és alimentària o pes, sinó que era un conjunt de coses. És l'individu, la relació que els pares tenen amb el fill, a vegades, la protecció o no protecció, tot

és un feedback. Són tota una mena de circumstàncies i d'acumulacions. En el cas de la Sara, una acumulació de coses que havien passat al llarg, o en el curt, curs de la seva vida. Des del mateix naixement fins al moment que li estava passant el que li estava passant. Això ho teníem força clar, el que sí que abans del primer ingrés vam intentar buscar recursos, vam buscar diverses solucions. Una era la via privada, trucant a diferents entitats i després també trucant a entitats públiques, cada entitat et dóna una solució amb relació al trastorn o al cas. La que vam pensar que era millor era la que ens proporcionava o porta el CSMIJ, els centres públics. En ser menor d'edat el CSMIJ, si no adults CSMA.

MONTSE: Crec que és molt important que, en el nostre cas, com estava tan malament la meva filla, la vam veure tan malament que vam posar en mans dels metges tots. Dels metges, psicòlegs i tot l'equip professional hi vam confiar molt en ells. Crec que ha estat un dels èxits de per què la Sara se n'ha anat sortint. Vam dipositar tota la confiança en l'equip, tot i que la Sara ha hagut de fer 3 ingressos, hi ha una primera etapa, una segona i fins a una tercera. En aquest cas la URPI, que és el centre on va ser internada la Sara, ells fan un treball que és molt multifamiliar. No només el pacient, sinó també la nena que ingressa, sinó també estan malalts els que la rodegen. Ens vam posar en tractament tots. Es van fer unes reunions també de pares, cadascú tenia situacions o etapes diferents de la malaltia, però era grup de pares i mares força gran, d'uns 15. Això va ser molt interessant i penso que hauria de ser una cosa que s'hauria d'estar fent en aquest moment o permanentment, en el cas dels adolescents que tenen aquest problema, però és una qüestió de recursos i està limitat.

MARIA: Ara ja sí, per anar tancant procedim a fer la primera de les tres preguntes bàsiques del programa: L'impacte a les xarxes:

MONTSE: Només tenia el mòbil per trucar per telèfon, però després vaig veure que cada vegada que passava el temps la cosa ha anat augmentant. Els nens estan cada vegada amb més contacte amb les xarxes. Les xarxes s'utilitzen amb una qüestió física. I estan entregant uns missatges, absolutament ocupats, contaminen d'una manera salvatge, eduquen, lamentablement. Els pares estan fora de control, fins i tot, es fa molta apologia. Va haver-hi una temporada que hi havia nenes que feien apologia de l'anorèxia. Amb la Sara, per exemple, és sentia tant, però tan malament en si mateixa que no es feia fotografies, curios, i no deixava que se li facin fotos.

MARIA: Pel que fa a la família, amb una visió molt des de dins, la Montse comentava el següent quan se li preguntava sobre quin creia que era el paper de la família en els trastorns alimentaris.

MONTSE: Fonamental. I la unió familiar, molt constant amb el treball i anant a la una. S'han de dir les mateixes paraules. No només la família és la família més directa, sinó que també hi ha els avis, els tiets..., N'hi ha altres, i tots aquests, si no van a aquesta, adéu. Que fan comentaris antics o coses que no toquen i si no toquen, doncs, no. Si els pares reforcen aquestes conductes negatives dels nens ja tenim el camí de nét.

Vam haver de canviar tot, la manera de viure. Fins i tot el llenguatge i la manera de parlar, la comunicació. La manera com et comuniqués. Has de fer, tu també, tot un procés, una reeducació. Has de començar a aprendre què ha passat, racionalitzar què ha passat i quina part teva està en aquesta malaltia. I com tu has també contribuït que la Sara deixi de menjar o perquè té aquest sentiment tan fort d'inferioritat, en el fons.

MARIA: I pel que fa a l'ajuda va evidenciar com encara calen canvis en la visió de la salut mental, com encara hi ha l'estigma arrossegat amb aquestes paraules

MONTSE: La salut mental encara és com si no existís per la resta del món, fins que no la trobes, sigui la que sigui, un TCA o... Però tenim altres familiars que tenen malaltia i fins que no t'hi trobes molt de prop, però molt de prop, el problema no existeix. A mi m'ha sensibilitzat i m'ha fet recapacitar moltes coses, i que, la majoria de gent, no té trastorn, però sí que té conductes. Al començament de l'estiu estan preocupades de si menjaré més, menjaré menys, estic molt grassa. I si t'engreixes és un problema i si t'aprimes estàs guapa. Si tu estàs molt prima et diuen que estàs estupenda encara que estiguis feta una passa. Estar sa del cap, és igual com siguis físicament, has d'estar sa i els teus fills han de créixer sans mentalment. I els pares, quan ets més jove i tens nens, han de tenir més control amb els fills. S'han de posar certs límits.

MARIA: Des d'aquí aprofitar també l'espai per a dirigir-nos, tal com li vaig comentar a la Montse que quan una persona té un TCA és habitual que els pares i mares se sentin a priori culpables del trastorn i pensin que s'ha desenvolupat per haver fet alguna cosa malament. Ja s'ha parlat que no hi ha una causa efecte directe i que l'origen d'un TCA és sempre multifactorial i existeixen factors que no podem controlar com. Hem de tenir en compte, a més, que cada cas és diferent i cada persona un món, de manera que no tots els casos de persones afectades per

un TCA s'han desenvolupat igual. En qualsevol cas hem de recordar que ningú té la culpa d'un TCA i que és important superar aquest sentiment per tal de poder ajudar la persona afectada com ho necessita.

Buscàvem que s'entengui molt bé que la família és un dels models a seguir més influents, i que pot ser, fruit de també: cultura de la dieta, dictadura de la felicitat, societat poc emocionalment habilitosa. Cal revisar-te i valorar en quin punt ens trobem. És important treballar, tu com a pare mare germà el que sigui, si veus que ho necessites, en tu, en les teves creences sobre cos, menjar, sobre què penso sobre les emocions i com solc comunicar-me. Serà considerable fer-ho perquè, encara que sigui de forma involuntària i inconscient, transmetre aquestes idees perjudicials a les següents generacions i contribuir que esdevingui en una relació disfuncional amb l'alimentació. Els comentaris no sempre són amb mala intenció, però a vegades intentes ajudar a través del que tu consideres un compliment, i resulta fet més mal que bé sense saber-ho.

També, en línia del que s'ha dit, aprofitar i des de la llar potenciar tot allò que sí que ens protegeix, intentar menjar tots el mateix preferiblement, fer un àpat junts sense distractors, confiar en la sensació de sacietat dels fills, conversant sobre com estan, com se senten, educar-los en la diversitat corporal, compartir activitats d'oci junts, deixar d'utilitzar els aliments com un càstig o premi i optar per altres formes de reforçar, reforçar els seus mèrits i fomentar l'autonomia. Fomentar el pensament crític, parlar de desitjos, pors, confiança i estimular el seu cap perquè pugui tenir una opinió dins de les converses familiars, reconeixent i facilitant que creï un punt de vista i una construcció d'idees. Dialogar amb ells si es detecten associacions o missatges erronis, educar-los per a fer un bon ús de la informació que es troba als mitjans i que siguin crítics amb ella.

Amb aquest testimoni s'evidencia com la gran majoria de famílies no tenen prou eines per a afrontar el trastorn en un inici, de fet, es tornaria a fer visibilitzar la necessitat de desenvolupar un programa on es treballi des de la seva participació activa, millorant l'ambient familiar i, en conseqüència, la qualitat de vida dels pacients o l'àmbit familiar.

Episodi 11: Tancament

M: Holaa! Benvinguts i benvingudes al que serà l'episodi de tancament de la temporada. Aquest, serà com un resum o síntesi del que s'ha anat parlant i com s'han anat complint el contingut que volia que sortís a cada episodi, aconseguint complir

tots aquells objectius que inicialment m'havia plantejat pel programa. Abans del resum-conclusió volia demanar, si us plau, si serieu tant amables per a respondre al qüestionari que trobareu en l'enllaç adjunt. En aquest, veureu un test avaluatiu per a valorar si han quedat ben entesos alguns dels conceptes que s'ha anat treballant al llarg del podcast. També, un cop hàgiu acabat de respondre, hi ha l'opció de llegir quina era la correcta i sobretot, la justificació per a acabar d'entendre-ho millor si no havia quedat clar abans.

Ara sí, endinsant-nos en el programa, sobretot en la part inicial sí que evidència tota la informació ja recaptada relació amb la part més teòrica i psicoeducativa, molt en relació al marc teòric de referència en el que es basa el treball. Entendre que, més enllà de les definicions de manual de cadascú dels trastorns de conducta alimentària, són trastorns completament emocionals, que tenen una part molt més psicològica que biològica, que també hi és. I com aquesta part psicològica té un paper molt important i molt relacionada en base de com gestionem les emocions, els pensaments, les relacions. Al final, com gestionem la nostra interacció entre nosaltres, les nostres experiències. De fet, en l'episodi d'introducció vaig utilitzar la metàfora de l'iceberg, que, va anar genial perquè la Glòria Trafach va partir d'aquesta mateixa per poder tenir aquesta mirada més holística.

Episodi 2: Quedar-nos molt amb la idea que va dir la Maria, que els factors són com un joc de rifa. Que, a més cartes, més probable és acabar desenvolupant un TCA, que tal com ens han informat les dades de les col·laboradores, actualment es situa en un 5% en la població diana, és a dir 1/20. Però, tal com dèiem, el fet de tenir un número de la rifa no implica directament, o causa directament un trastorn, sinó que ve per molts altres factors que interaccionen. I sobretot, prendre consciència d'aquests factors per, tal com he repetit però perquè quedi molt clara la idea: potenciar-los i treballar-los de forma sana. Com molts són alguns dels que s'han anat comentant en la resta d'episodis.

Per l'episodi de conscienciar dels riscs, es parla sobretot amb l'objectiu de conscienciar d'aquesta gravetat real que pot comportar el desenvolupament del trastorn. No des de l'alarma, però sí també per a valorar les conseqüències que pot arrossegar, fins i tot també, per a ser conscients d'altres vies de detecció més indirecta o senyals de l'alarma. El cos intenta fer respostes per avisar que quelcom no està bé. També sobretot, en aquest episodi parlem de l'amenorrea hipotalàmica i, més enllà del que es digui en l'episodi, està molt bé aprofitar l'espai per la Mariona i parlar del seu treball "El silenci de l'Amenorrea". Del tabú en la menstruació, que

tabú és silenci i manca d'informació i manca de visibilització per una alteració tan greu com pot acabar sent l'Amenorrea o en general, altres problemes associats als TCA, així doncs, deixar aquest espai per a conèixer-ho.

Llavors ja passem a conèixer amb més profunditat la part de sota l'aigua, començant amb les emocions. S'ha pogut conèixer què són les emocions i la importància que té desenvolupar eines o habilitats d'intel·ligència emocional. Vam poder aclarir que les emocions no és una cosa que s'hagi de controlar, és gestionar, regular, acceptant-la i atenent-la, encara que sigui una emoció desagradable. Així com, escoltar el que ens està dient, ja que la seva funció és informar-nos cal interpretar-les bé per a conèixer-ns i ser conscients del que sentim. I, per tant, des de casa és molt important començar a fer també aquest pas que comentàvem per a nosaltres com a adults instaurar-ho, ser bons models i, per tant, crear un espai on expressar i comunicar els malestars emocionals o les emocions en general.

Primer, observant (què està afectant el benestar de la relació), l'expressió de sentiments (com m'estic sentint jo i com crec que se sent l'altre), expressar necessitats (quines necessitats hi ha darrere del que sento i del que sent l'altre) i la petició (què necessito per part de l'altre i com puc expressar-ho des de l'empatia). Aquestes nocions comentades poden afavorir a reforçar les habilitats comunicatives, les quals poden protegir-nos de riscos i dificultats en les relacions en el futur. Per tant, una de les bases més importants pel benestar.

Des de la UPA van deixar clar que els ensenyen molt és per aprendre a comunicar és demanar ajuda. Parlar amb les teves companyes, explicar el que et passa, si he de comunicar alguna cosa a algú, ja sigui als pares, a mi, a la parella o a qui sigui. Demanar ajuda, i això, extrapolant-ho a casa pot ser una molt bona eina. Ja que, sobretot, davant de qualsevol malestar, sempre és millor començar d'alguna forma acompanyada, que algú et vagi ensenyant, potenciant, ensenyant com fer tot això. I després, a poc a poc, al final en la vida real t'hi trobes sol.

En l'episodi de l'autoestima ha quedat retratat que va molt més enllà del físic. Entre en Pau i l'Olga ho defineixen com lo que tu te quieres a ti mismo, molt relacionat amb com viure la nostra vida cuidant-nos, respectant-nos i

protegint-nos, expressant i defensant el que vulguem; i sobretot, l'acceptació i la confiança en un mateix!! Hem vist que poden ser moltes coses, és construir tot això que hem anat comentant, de dins cap a fora. Cuidar-te des de l'arrel i començar a prendre consciència per a partir i treballar-la, intentar mantenir-la sana ens protegirà de molts malestars. I que, no és gens senzill treballar-la, tenim molts imputs externs que ens dificulten aquesta tasca, però cal, com va dir l'Olga: posar límits i crear, també des de casa un vincle segur on pots explicar el que necessitis, no jutjaré, et faré costat, no ho tractaré com una ximpleria. I sobretot, evitar fer comentaris sobre el físic, basar també l'aprovació o els reforços únicament en l'aparença pot ser un error.

Sobretot en aquests 3 episodis que he mencionat, es veu moltíssim la vinculació que tenen amb els TCA i com entren en un bucle negatiu, per no saber comunicar que estan malament i acaba sent, tal com van dir, un cercle viciós. Si jo tinc baixa autoestima, o tinc algun problema que m'està ocasionant un malestar emocional i tot això no ho comunico, però hi és, farà que, les situacions que em passin, les interpreti d'una forma més negativa. Això farà que em senti pitjor, i farà que la meva autoestima estigui pitjor i encara em sentiré més baix d'ànims. Entren com en un pou. És realment, el que els hi passa a la gran majoria de noies. Ja parteixen d'una baixa autoestima, de no saber comunicar o tenir un espai on poder expressar tot això, de problemes amb la gestió emocional. De manera que, és molt més fàcil que, en no saber com lidiar amb tot, acabi desenvolupant en un trastorn alimentari.

En l'episodi de “Desmuntant la cultura de la dieta” es parla de com durant anys venim tots (pares, noies joves, adults, avis) absorbits i nodrits d'una cultura de la dieta que implica ser un factor de risc molt accentuat. Amb unes creences, sovint zero científiques, que ens porten a normalitzar una sèrie de conductes i restriccions, que de forma accentuada van agreujant i desenvolupant una molt mala relació amb l'alimentació. Vam poder aprofitar els coneixements de l'Anna Torelló per a desmuntar tots aquests mites i modes; deixant clar que no ens hem de limitar, ni compensar, ni obsessionar; l'Anna va posar un exemple molt clar i és que, quan algú té ganes de fer pipí no es planteja aguantar-se'l al màxim. Per tant, deixar-te passar gana

restringint és absurd, no deixa de ser un altre necessitat fisiològica a la qual també hem d'atendre. Cal, seguir la carrera de fons i a poc a poc anar canviant aquesta visió per a veure l'alimentació des d'un equilibri, amb evidentment, els requisits energètics i nutritius essencials, però també contemplant gaudir-ho, sense remordiments ni sense jutjar tampoc el menjar dels altres!

Els episodis de la veu de l'experiència, en tots dos van poder fer més que evident, amb els seus respectius exemples i casos individuals, com a efecte l'esfera intra i interindividual. De fet, la mare explicava com el trastorn rebota a tot el voltant i va portar a la necessitat de tots els de casa començar un procés terapèutic i treballar-se posteriorment, en adonar-se que hi ha coses que no funcionen dinàmiques que cal revisar. De fet, també això porta a obrir els ulls i adonar-se com d'important i primerenca pot ser fer aquesta tasca abans que arribi el trastorn. També, comparant els dos tractaments, amb la base comuna i essencial del recuperament més enllà de l'estabilització del pes físic, tocant molts més fons i recuperant aquelles àrees de la vida que també estaven afectades. Així com, permet relacionar, en el cas de la 1a pacient el que comentaven els professionals de la UPA, aquesta teràpia grupal partint de dinàmiques i la seva efectivitat. I en el cas de la Montse, com la seva filla va seguir la línia que comentava la Glòria Trafach, optant pels especialistes que hi ha en aquesta zona en els Centres de Salut Mental públics. Els dos també ofereixen teràpies familiars, grups de pares, per a entendre i sostenir-se un cop han entrat en el pou del trastorn que comentàvem abans. En les seves respectives experiències d'evidència molt el comentat en episodis anteriors pels professionals. El que, per exemple comentava, l'Alba, la tendència a normalitzar conductes quan estan ja ficades a dins i com això les fa ser tan poc conscients del trastorn. Com arriba per exemple, amagar el vòmit en tappers a l'armari perquè no l'inxampin fent les purgues. O com, el treballat amb en Pau i l'Olga, l'autoestima de les pacients les fa estar molt i molt vulnerables, sumat a com elles mateixes reconeixen que sí hi havia una gran mancança de gestió emocional. Tot això, fa una combinació que les acaba portant pel mal camí, en aquest cas el camí d'un TCA.

Però ha sigut molt interessant conèixer com, en el cas comú d'Anorèxia Nerviosa, la perspectiva des de dins com a expacient, com a mare, com tot i

ser el mateix trastorn tenien les seves diferències interindividuals, els entrebancs d'uns i altres, tractaments, diferents, però ambdós eficaços; realment, conèixer la malaltia des de la mateixa experiència permet apropar-t'hi molt més.

L'impacte de les xarxes socials. És un dels temes que més ha donat varietat en la resposta, ja que l'impacte és tantíssim que podien sortir respostes d'influència respecte a filtres, en la facilitat de comparació que desperten les xarxes, en la pressió estètica que promocionen i un llarg etcètera que ja s'ha pogut anar tocant des dels diferents col·laboradors. Per això, m'agradaria, a més de remarcar fomentar, des de casa un esperit crític cap al bon ús de les xarxes socials, facilitar aquest bon ús promocionant algunes dels comptes d'Instagram o webs que poden ser d'allò més positives. Per promoció d'hàbits alimentaris saludables, amb una perspectiva zero centrada en les talles o el pes, a més de happyavocadoo que ens ha acompanyat, també hi hauria @kokoro_psiconutricion @mianutri @nutricional_mente. A més, mianutri demostra el que dèiem que sí existeix una recuperació total, ja que precisament ella havia patit un TCA i això també li aporta una visió més especial a la seva tasca com a dietista-nutricionista. que promocionen diversitat corporal, parlen de salut mental, expliquen amb profunditat altres temes de TCA també interessants, etc. En salut mental en general a mi m'agrada molt @somosmandarina @somesestupendas @psico.mr... En més directament Trastorns de la Conducta Alimentària @psidenisa @moverepsicologia @patriciabarba.psicologia @laura__albo @maitriflow @anapsicologamadrid. Ara he fet un breu recull dels que jo he anat seguint via Instagram, també, tal com va dir la Maria a canal salut (<https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/t/trastorns-conducta-alimentaria/>) hi ha moltíssima informació molt interessant i divulgativa i que, però si us interessa n'hi ha més; fins i tot, alguns amb el mateix usuari que he mencionat també tenen compte de Twitter o TikTok.

L'impacte de la família. Em va agradar molt la resposta de la Glòria Trafach quan va dir que l'impacte de les famílies és tant o més que les xarxes socials. Perquè sobretot, els pares, tendeixen a veure, pels canvis i conseqüències que estan provocant aquesta era tecnològica que sí que les xarxes tenen molta influència. Veuen com, fora de la temàtica alimentària, la societat està canviant. Però cal també prendre molta consciència com a pares, com a responsables, com a cuidadors de com creem aquesta base. De quins valors promocionen, i encara que sigui inconscient, innocent, cal recollint tot el que s'ha anat dient i començar a incloure dins l'educació, com a família, altres conceptes. Així enfortir cada cop més, aprendre a acompanyar, escoltar, sostenir i revisar o valorar si consideren que també tenim alguna mancança, per a evitar transmetre-la i intentar ser el millor model possible.

Com puc ajudar. Ha quedat clar que la clau està en la detecció precoç, en fer divulgació i en la psicoeducació. El recull de respostes anava molt encarat des de la societat, sigui des de casa o algunes propostes més a nivell institució educativa però treballar-ho molt i molt bé. És clau començar des d'una bona base per a prevenir, i més veient com estan pujant cada cop més anar a l'arrel de tot. I ja sigui amb una assignatura a l'escola, amb un taller o amb els pares; el que sí que queda clar és que cal ajudar des de com eduquem. Una educació integral que inclogui la perspectiva de salut mental, d'educació emocional, de com relacionar-nos. Fins i tot, un cop s'ha desenvolupat, recordo que la expacient recuperada, que qui millor que ella també per valorar què és el que realment ajuda o pot ser útil, va respondre que " Una bona manera és parlar, preguntar com estan, dir que necessiten ajudar i oferir aquesta ajuda". Com va dir l'Olga també, informar-nos.

Però està clar que per ajudar, sobretot a evitar-los, és important els hàbits saludables. Hàbits saludables no només en l'alimentació amb dietes completes i equilibrades, preferiblement en companyia, ni que sigui 1 àpat. Si no valorant hàbits en salut mental, fomentar un espai crític davant de les exigències de la societat i la moda, d'aquesta exagerada valoració de l'aparença física i com cal posar límits per cura nostra autoestima, les nostres relacions. També valorant els beneficis de poden resultar a l'acabar instaurant

aquests hàbits o dinàmiques familiars on poder parlar i expressar emocionalment sense invalidacions, sostenint i acompanyant.

Per acabar, torno a recordar, si us plau, respondre el test enllaçat. I de fet, més enllà de veure si realment la gent ha après, el que també m'interessa molt és rebre una mica de valoració, constructiva dels episodis. Per a valorar com continuar enfocant-los, o si s'ha vist que algun tema ha quedat a mitges tintes desenvolupar-ho. Com també alguna temàtica que hagi sorgit en algun episodi anterior, han sortit temes com ortorèxia, gordofòbia, perfeccionisme, ser crítics amb les xarxes, les dones i la pressió estètica temes que no s'han pogut aprofundir prou o temes completament nous que puguin aportar i siguin interessants. Així que, si us plau, si heu arribat fins aquí agrairia molt si acabeu de contribuir i responeu el qüestionari. Però, ara sí, moltíssimes per acompanyar-me i escoltar-me. Sobretot, també, gràcies a tots els convidats, que sé que precisament van molt enfeïnats, però agraeixo per mil l'espai dins el seu horari que m'han fet, penso que he tingut la sort de trobar grandíssims col·laboradors i alguns dels principals referents, almenys de la zona, en Trastorns de la Conducta Alimentària Així que, podem donar per tancada aquesta primera temporada, però la intenció és continuar amb més episodis, continuar donant la importància d'explorar la problemàtica més enllà de la punta eminent de l'iceberg, amb la mirada holística que ha caracteritzat el podcast i contribuir, des d'uns passos abans al desenvolupament, al treball dins la tasca preventiva. Moltes moltes gràcies i ens veiem, ara sí, en la pròxima temporada.

Avaluació qüestionari Google Forms

Primerament, moltes gràcies per haver escoltat el programa “Darrere del mirall”. Ara que has pogut aprendre més en relació a les temàtiques abordades, que et sembla posar-te a prova per veure si ha quedat realment clar el contingut?

Edat:

12-17

18-29

30-45

45-60

+60

Motiu pel qual he escoltat el podcast:

El tema m’interessa

Tinc un familiar proper que té un TCA

Tinc un amic/ga conegut/da que té un TCA

Altres

Posarem a prova l’atenció durant els diversos episodis del programa:

Els trastorns de la conducta alimentària existeixen únicament per culpa d’internet i del model estètic que s’imposa? **NO**

És possible que un noi d’onze anys tingui Bulímia Nerviosa? **SÍ**

Quines d’aquestes opcions poden no ser factors protectors pels TCA:

- a. Fer mínim un àpat en família tots junts
- b. Parlar a casa sobre el que ens ha passat durant el dia
- c. **Evitar i prohibir menjar qualsevol classe de dolç (llaminadures, KinderBueno, Chips Ahoy...)**
- d. **Impedir que a casa es plori per “tonteries”**

Quins símptomes són comuns en les persones que tenen Trastorn per Afartament:

- a. No mengen suficient
- b. Problemes en la gestió del control i dificultats de comunicar el que senten**
- c. És provoquen vòmits o prenen laxants per a fer conductes purgatives

M'estic cuidant l'alimentació, estic a un bar i em ve molt de gust una tapa de patates braves, davant d'aquestes opcions quina seria la millor elecció:

- a. Em demano la ració de braves sense remordiments**
- a. Les vull però em resisteixo i me les prohibeixo
- b. Me les demano, però a canvi avui no podré sopar

L'amenorrea hipotalàmica és

- a. Una lesió a l'esòfag degut als vòmits autoinduïts
- b. Una malaltia de transmissió sexual
- c. Un problema cardiovascular**
- d. Una alteració hormonal

Quan algú expressa un malestar emocional s'ha de:

- a. Validar, escoltar i atendre el malestar**
- b. Escoltar fins que plori i després ja pots canviar de tema
- c. Intentar distreure i canviar de tema
- d. Totes són correctes

Els adults, gràcies a la seva experiència de vida, tenen prou eines de comunicació i no han de revisar-se? **FALS**

Com poden les famílies educar per a contribuir a crear un espai comunicatiu?

- a. Sent bons models
- b. Deixant l'espai i la confiança per parlar qualsevol conflicte
- c. No només parlar, sinó practicar l'escolta activa
- d. Totes les anteriors són correctes**

Un dia mirant Instagram veus el post d’una amiga que aprofitant el bon temps ha decidit penjar una foto estriada en roba de bany, en veure la foto observes com la figura corporal ha canviat i es veu més grossa...

- a. Comentes el canvi corporal mentre esteu berenant: “No es veu gens guapa amb aquesta nova figura, abans molt millor”
- b. Comentes el canvi corporal mentre esteu berenant: “Necessitava engreixar-se estava massa prima i no estava gens guapa abans, ara molt millor”
- c. **No comentes res al respecte**

Quines de les següents temàtiques t’agradaria escoltar en episodis següents?

- A. El patriarcat i els TCA
- B. Perfeccionisme i TCA
- C. Gordofòbia
- D. L’esport i els TCA
- E. Més testimonis
- F. Altres

Tota nova idea és benvinguda:

- Ens interessa saber la teva opinió! Espai obert per a qualsevol comentari respecte del programa “Darrere del mirall”, per a millorar, corregir i continuar proporcionant un contingut de qualitat respecte a la prevenció en els Trastorns de la Conducta Alimentària.

Fulls de consentiments informats

Benvolguts i Benvolgudes,

Sóc una estudiant de 4t de Grau en Psicologia i estic desenvolupament el meu Treball de Final de Grau sobre **LA PREVENCIÓ EN ELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA**

Em proposo administrar/fer una enquesta/entrevista/observació. En el cas que volgués o acceptés col·laborar voluntàriament en aquest estudi, els vull demanar permís formalment, per tal de fer-li aquesta entrevista/enquesta/observació. Les respostes de l'entrevista quedaran enregistrades, i seran posteriorment tractades.

- La informació es recollirà a partir d'entrevistes. Es demanarà la possibilitat que les entrevistes siguin enregistrades amb una gravadora d'àudio (amb consentiment signat). Les gravacions quedaran en poder de l'estudiant responsable que es compromet a fer-ne un ús amb finalitats acadèmiques. Obrint la possibilitat que les gravacions o els resultats puguin ser publicats. En tot moment la persona podrà demanar la destrucció de les gravacions i que no siguin utilitzades en el treball.
- La informació que se sol·liciti durant la realització del treball s'explicitarà prèviament a la persona i aquesta tindrà sempre l'opció d'acceptar o rebutjar la petició d'informació.
- Tota la informació serà analitzada i usada per a la realització del projecte i com a material docent o de recerca, les dades resultants podran ser publicades. Si el participant ho considera, no apareixerà el nom de la persona en les gravacions o en cap dels documents utilitzats. Per altra banda, si no s'explicita el contrari, es farà constar la seva identitat. Garantint, si es demana prèviament, l'anonimat de la persona participant.

Els agraeixo d'antuvi la seva disposició. Si volguessin qualsevol aclariment, poden contactar amb mi a través del correu: maria.diaz.quiros@gmail.com

Ben cordialment,

NOM

GLÒRIA TRAFACH RIART, dono la meva conformitat a que respongui i enregistri l'entrevista sol·licitada.

Signatura:

Nom:

Data: 25/04/2023

Universitat de Girona
Facultat d'Educació i Psicologia

Benvolguts i Benvolgudes,

Sóc una estudiant de 4t de Grau en Psicologia i estic desenvolupant el meu Treball de Final de Grau sobre **LA PREVENCIÓ EN ELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA**

Em proposo administrar/fer una enquesta/entrevista/observació. En el cas que volgués o acceptés col·laborar voluntàriament en aquest estudi, els vull demanar permís formalment, per tal de fer-li aquesta entrevista/enquesta/observació. Les respostes de l'entrevista quedaran enregistrades, i seran posteriorment tractades.

- La informació es recollirà a partir d'entrevistes. Es demanarà la possibilitat que les entrevistes siguin enregistrades amb una gravadora d'àudio (amb consentiment signat). Les gravacions quedaran en poder de l'estudiant responsable que es compromet a fer-ne un ús amb finalitats acadèmiques. Obrint la possibilitat que les gravacions o els resultats puguin ser publicats. En tot moment la persona podrà demanar la destrucció de les gravacions i que no siguin utilitzades en el treball.
- La informació que se sol·liciti durant la realització del treball s'explicitarà prèviament a la persona i aquesta tindrà sempre l'opció d'acceptar o rebutjar la petició d'informació.
- Tota la informació serà analitzada i usada per a la realització del projecte i com a material docent o de recerca, es dades resultants podran ser publicades. Si el participant ho considera, no apareixerà el nom de la persona en les gravacions o en cap dels documents utilitzats. Per altra banda, si no s'explicita el contrari, es farà constar la seva identitat. Garantint, si es demana prèviament, l'anonimat de la persona participant.

Els agraeixo d'antuvi la seva disposició. Si volguessin qualsevol aclariment, poden contactar amb mi a través del correu: maria.diaz.quiros@gmail.com

Ben cordialment,

NOM

Paula Chacón, dono la meva conformitat a
que respongui i registri l'entrevista sol·licitada.

Signatura:

Nom:
Data: 24/3/23

Annex 1. Fulls de consentiment informat

FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA REALITZACIÓ DEL TREBALL FINAL DE GRAU



Assignatura: Treball Final de Grau

ESTUDIANT RESPONSABLE: Maria Díaz Quirós

Telèfon: 619934693

Correu electrònic: maria.diaz.quirós@gmail.com

OBJECTIU: aquest projecte com a podcast de prevenció en TCA es realitza en el marc de l'assignatura 'Treball de fi de Grau' del Grau de Psicologia de la Universitat de Girona. La finalitat és fonamentalment docent per al treball dels continguts de l'assignatura i per al desenvolupament professional dels estudiants.

CONDICIONS:

- La informació es recollirà a partir d'entrevistes. Es demanarà la possibilitat que les entrevistes siguin enregistrades amb una gravadora d'àudio (amb el consentiment signat de la persona). Les gravacions quedaran en poder de l'estudiant responsable que es compromet a fer-ne un bon ús, acadèmic, i fer-ne un ús amb finalitats acadèmiques. Obrint la possibilitat que les gravacions o els resultats puguin ser publicats. En tot moment la persona podrà demanar la destrucció de les gravacions i que no siguin utilitzades en el treball.
- La informació que se sol·liciti durant la realització del treball s'explicitarà prèviament a la persona i aquesta tindrà sempre l'opció d'acceptar o rebutjar la petició d'informació.
- Tota la informació serà analitzada i usada per a la realització del projecte i com a material docent o de recerca. Les dades resultants podran ser publicades. Si el participant ho considera, no apareixerà el nom de la persona en les gravacions o en cap dels documents utilitzats. Per altra banda, si no s'explicita el contrari, es farà constar la seva identitat. Garantint, si es demana, l'anonimat de la persona participant.

He llegit aquest full de consentiment informat i accepto participar:

Nom de la persona: OLGA SUY I COLL

Signatura:

Data: 24.03.2023

Universitat de Girona
Facultat d'Educació i Psicologia

Benvolguts i Benvolgudes,

Sóc una estudiant de 4t de Grau en Psicologia i estic desenvolupament el meu Treball de Final de Grau sobre **LA PREVENCIÓ EN ELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA**

Em proposo administrar/fer una enquesta/entrevista/observació. En el cas que volgués o acceptés col·laborar voluntàriament en aquest estudi, els vull demanar permís formalment, per tal de fer-li aquesta entrevista/enquesta/observació. Les respostes de l'entrevista quedaran enregistrades, i seran posteriorment tractades.

- La informació es recollirà a partir d'entrevistes. Es demanarà la possibilitat que les entrevistes siguin enregistrades amb una gravadora d'àudio (amb consentiment signat). Les gravacions quedaran en poder de l'estudiant responsable que es compromet a fer-ne un ús amb finalitats acadèmiques. Obrint la possibilitat que les gravacions o els resultats puguin ser publicats. En tot moment la persona podrà demanar la destrucció de les gravacions i que no siguin utilitzades en el treball.
- La informació que se sol·liciti durant la realització del treball s'explicitarà prèviament a la persona i aquesta tindrà sempre l'opció d'acceptar o rebutjar la petició d'informació.
- Tota la informació serà analitzada i usada per a la realització del projecte i com a material docent o de recerca, les dades resultants podran ser publicades. Si el participant ho considera, no apareixerà el nom de la persona en les gravacions o en cap dels documents utilitzats. Per altra banda, si no s'explicita el contrari, es farà constar la seva identitat. Garantint, si es demana prèviament, l'anonimat de la persona participant.

Els agraeixo d'antuvi la seva disposició. Si volguessin qualsevol aclariment, poden contactar amb mi a través del correu: maria.diaz.quiros@gmail.com

Ben cordialment,

NOM

ANNA SAPIENA TEIXIDOR dono la meva conformitat a que respongui i enregistri l'entrevista sol·licitada.

Signatura:



Nom: ANNA SAPIENA TEIXIDOR

Data: 21 / 3 / 2023

Benvolguts i Benvolgudes,

Sóc una estudiant de 4t de Grau en Psicologia i estic desenvolupant el meu Treball de Final de Grau sobre **LA PREVENCIÓ EN ELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA**

Em proposo administrar/fer una enquesta/entrevista/observació. En el cas que volgués o acceptés col·laborar voluntàriament en aquest estudi, els vull demanar permís formalment, per tal de fer-li aquesta entrevista/enquesta/observació. Les respostes de l'entrevista quedaran enregistrades, i seran posteriorment tractades.

- La informació es recollirà a partir d'entrevistes. Es demanarà la possibilitat que les entrevistes siguin enregistrades amb una gravadora d'àudio (amb consentiment signat). Les gravacions quedaran en poder de l'estudiant responsable que es compromet a fer-ne un ús amb finalitats acadèmiques. Obrint la possibilitat que les gravacions o els resultats puguin ser publicats. En tot moment la persona podrà demanar la destrucció de les gravacions i que no siguin utilitzades en el treball.
- La informació que se sol·liciti durant la realització del treball s'explicitarà prèviament a la persona i aquesta tindrà sempre l'opció d'acceptar o rebutjar la petició d'informació.
- Tota la informació serà analitzada i usada per a la realització del projecte i com a material docent o de recerca, les dades resultants podran ser publicades. Si el participant ho considera, no apareixerà el nom de la persona en les gravacions o en cap dels documents utilitzats. Per altra banda, si no s'explicita el contrari, es farà constar la seva identitat. Garantint, si es demana prèviament, l'anonimat de la persona participant.

Els agraeixo d'antuvi la seva disposició. Si volguessin qualsevol aclariment, poden contactar amb mi a través del correu: maria.diaz.quiros@gmail.com

Ben cordialment,

NOM

ANNA TORELLÓ RIUS, dono la meva conformitat a que respongui i enregistri l'entrevista sol·licitada.

Signatura: 

Nom: ANNA TORELLÓ RIUS
Data: 21/03/2023

Annex 1. Fulls de consentiment informat

FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA REALITZACIÓ DEL TREBALL FINAL DE GRAU



Assignatura: Treball Final de Grau

ESTUDIANT RESPONSABLE: Maria Díaz Quirós

Telèfon: 619934693

Correu electrònic: maria.diaz.quiros@gmail.com

OBJECTIU: aquest projecte com a podcast de prevenció en TCA es realitza en el marc de l'assignatura 'Treball de fi de Grau' del Grau de Psicologia de la Universitat de Girona. La finalitat és fonamentalment docent per al treball dels continguts de l'assignatura i per al desenvolupament professional dels estudiants.

CONDICIONS:

- La informació es recollirà a partir d'entrevistes. Es demanarà la possibilitat que les entrevistes siguin enregistrades amb una gravadora d'àudio (amb el consentiment signat de la persona). Les gravacions quedaran en poder de l'estudiant responsable que es compromet a fer-ne un bon ús, acadèmic, i fer-ne un ús amb finalitats acadèmiques. Obrint la possibilitat que les gravacions o els resultats puguin ser publicats. En tot moment la persona podrà demanar la destrucció de les gravacions i que no siguin utilitzades en el treball.
- La informació que se sol·liciti durant la realització del treball s'explicitarà prèviament a la persona i aquesta tindrà sempre l'opció d'acceptar o rebutjar la petició d'informació.
- Tota la informació serà analitzada i usada per a la realització del projecte i com a material docent o de recerca, les dades resultants podran ser publicades. Si el participant ho considera, no apareixerà el nom de la persona en les gravacions o en cap dels documents utilitzats. Per altra banda, si no s'explicita el contrari, es farà constar la seva identitat. Garantint, si es demana, l'anonimat de la persona participant.

He llegit aquest full de consentiment informat i accepto participar:

Nom de la persona: Mariana Fontrodona

Signatura:

Data: 01/04/2023

Annex 1. Fulls de consentiment informat

FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA REALITZACIÓ DEL TREBALL FINAL DE GRAU



Assignatura: Treball Final de Grau

ESTUDIANT RESPONSABLE: Maria Díaz Quirós
Telèfon: 619934693
Correu electrònic: maria.diaz.quiros@gmail.com

OBJECTIU: aquest projecte com a podcast de prevenció en TCA es realitza en el marc de l'assignatura 'Treball de fi de Grau' del Grau de Psicologia de la Universitat de Girona. La finalitat és fonamentalment docent per al treball dels continguts de l'assignatura i per al desenvolupament professional dels estudiants.

CONDICIONS:

- La informació es recollirà a partir d'entrevistes. Es demanarà la possibilitat que les entrevistes siguin enregistrades amb una gravadora d'àudio (amb el consentiment signat de la persona). Les gravacions quedaran en poder de l'estudiant responsable que es compromet a fer-ne un bon ús, acadèmic, i fer-ne un ús amb finalitats acadèmiques. Obrint la possibilitat que les gravacions o els resultats puguin ser publicats. En tot moment la persona podrà demanar la destrucció de les gravacions i que no siguin utilitzades en el treball.
- La informació que se sol·liciti durant la realització del treball s'explicitarà prèviament a la persona i aquesta tindrà sempre l'opció d'acceptar o rebutjar la petició d'informació.
- Tota la informació serà analitzada i usada per a la realització del projecte i com a material docent o de recerca, les dades resultants podran ser publicades. Si el participant ho considera, no apareixerà el nom de la persona en les gravacions o en cap dels documents utilitzats. Per altra banda, si no s'explicita el contrari, es farà constar la seva identitat. Garantint, si es demana, l'anonimat de la persona participant.

He llegit aquest full de consentiment informat i accepto participar:

Nom de la persona: *Montserrat Codina*

Signatura:

Data: *31/3/2023*

Annex 1. Fulls de consentiment informat

**FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA REALITZACIÓ DEL
TREBALL FINAL DE GRAU**



Assignatura: Treball Final de Grau

ESTUDIANT RESPONSABLE: Maria Díaz Quirós
Telèfon: 619934693
Correu electrònic: maria.diaz.quiros@gmail.com

OBJECTIU: aquest projecte com a podcast de prevenció en TCA es realitza en el marc de l'assignatura 'Treball de fi de Grau' del Grau de Psicologia de la Universitat de Girona. La finalitat és fonamentalment docent per al treball dels continguts de l'assignatura i per al desenvolupament professional dels estudiants.

CONDICIONS:

- La informació es recollirà a partir d'entrevistes. Es demanarà la possibilitat que les entrevistes siguin enregistrades amb una gravadora d'àudio (amb el consentiment signat de la persona). Les gravacions quedaran en poder de l'estudiant responsable que es compromet a fer-ne un bon ús, acadèmic, i fer-ne un ús amb finalitats acadèmiques. Obrint la possibilitat que les gravacions o els resultats puguin ser publicats. En tot moment la persona podrà demanar la destrucció de les gravacions i que no siguin utilitzades en el treball.
- La informació que se sol·liciti durant la realització del treball s'explicitarà prèviament a la persona i aquesta tindrà sempre l'opció d'acceptar o rebutjar la petició d'informació.
- Tota la informació serà analitzada i usada per a la realització del projecte i com a material docent o de recerca. Les dades resultants podran ser publicades. Si el participant ho considera, no apareixerà el nom de la persona en les gravacions o en cap dels documents utilitzats. Per altra banda, si no s'explicita el contrari, es farà constar la seva identitat. Garantint, si es demana, l'anonimat de la persona participant.

He llegit aquest full de consentiment informat i accepto participar:

Nom de la persona: *Maria Ajomeida Andreu*

Signatura:

Data: *28/04/23*