

Estades en Pràctiques tutelades a hospital

UCD: Barcelona Nord

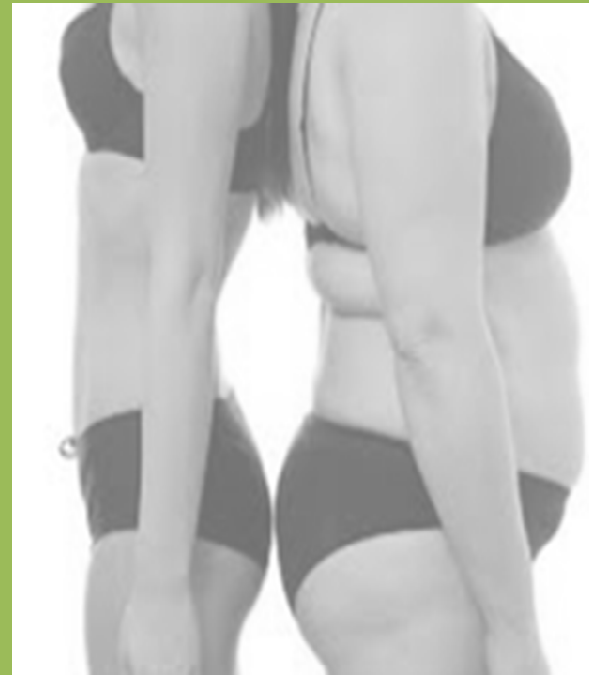
Curs 2013-2014

Torn E-A

Professores associades: Dolors Soy i Laura Tuneu

Curs 2013-2014

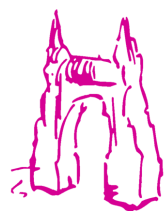
# Educació farmacèutica de l'Anorèxia i la Bulímia



Laura Besora Casals  
Xavier Codera Morell  
Eli Esteve González  
Blanca Grases Pinto  
Mónica Monfort Roca  
Anna Nogueras Vallbona  
Blanca Persiva Poveda  
Laura Roy Moñux  
Adrià Siles Baena



Universitat  
de Barcelona



FACULTAT DE  
FARMÀCIA

## ÍNDEX

<b>1. Objectius</b> .....	1
<b>2. Treball bibliogràfic: Anorèxia i bulímia</b> .....	1
2.1. Introducció .....	1
2.2. Desenvolupament del treball .....	2
<b>3. Activitat Educativa</b> .....	24
3.1. Objectius.....	24
3.2. Índex.....	24
3.3. Material.....	25
3.4. Desenvolupament.....	25
<b>4. Activitat 1. Tríptic: Anorèxia i Bulímia a l'adolescència</b> .....	26
4.1. Objectiu .....	26
4.2. Contingut .....	26
4.3. Material.....	27
4.4. Conclusions .....	27
<b>5. Activitat 2. Joc: Prevenció i Educació farmacèutica en els trastorns de la conducta alimentària</b> .....	28
5.1. Objectiu .....	28
5.2. Contingut .....	28
5.3. Material.....	31
5.4. Conclusions .....	31
<b>6. Activitat 3. Vídeo</b> .....	35
6.1. Objectiu .....	35
6.2. Contingut .....	35
6.3. Material.....	38
6.4. Conclusions .....	38
<b>7. Bibliografia</b> .....	39

## **1. OBJECTIUS:**

- Recerca bibliografia sobre l'anorèxia i la bulímia per tal d'assolir els coneixements per a poder transmetre la informació corresponent.
- Adaptar els coneixements assolits per transmetre'ls a la població adolescent.

## **2. TREBALL BIBLIOGRÀFIC: ANORÈXIA I BULÍMIA**

### **2.1. INTRODUCCIÓ**

L'anorèxia nerviosa i la bulímia nerviosa són dos tipus de trastorns de conducta alimentària (TCA) juntament amb els quadres incomplets (TCA no especificats: TCANE), el trastorn per afartament i l'obesitat infantil.<sup>3</sup>

No és fins a partir dels anys 80 que la bulímia nerviosa es cataloga com a trastorn diferent de l'anorèxia nerviosa.

Els pacients amb anorèxia nerviosa o bulímia nerviosa desitgen perdre pes de manera obsessiva. Amb aquest objectiu, prenen actituds errònies respecte l'alimentació, l'exercici físic i l'ús de fàrmacs. Aquestes conductes poden arribar a fer perillar la seva vida.

Es calcula que la incidència, a occident, d'ambdós trastorns i la dels quadres incomplets és d'entre 5 i 10 casos nous cada any per cada 100.000 habitants. Mentre l'anorèxia nerviosa es pot trobar entre el 0,5% i l'1% de la població, la bulímia nerviosa la pateix entre el 2 i el 3%. Entre el 90 i el 95% dels pacients amb un d'aquests dos trastorns són adolescents de sexe femení.

Els TCA estan causats per diversos factors en major o menor implicació segons el cas:

- **Sexe:** les dones són biològicament més susceptibles de patir-ne. A més a més, també pateixen més pressió social sobre la seva figura.
- **Edat:** l'adolescència és l'etapa en la qual es donen més casos ja que és quan hi ha més canvis física i psíquics.

- **Insatisfacció amb la pròpia imatge:** molt sovint hi ha una distorsió de la percepció de la pròpia imatge.
- **Pressió social:** a la societat occidental l'estar prim s'identifica com a sinònim de bellesa i èxit.
- **Característiques personals:** la inseguretad, el perfeccionisme, la baixa autoestima, la depressió, les obsessions o l'ansietat en poden ser desencadenants.
- **Característiques familiars:** solen aparèixer més en famílies on hi hagi molts conflictes, violència, alcoholisme, sobreprotecció, un excés de límits o bé una manca d'aquests.<sup>1</sup>

## 2.2. DESENVOLUPAMENT DEL TREBALL

### Tipus

#### *Anorèxia nerviosa*

Els pacients amb anorèxia nerviosa pateixen una gran distorsió de la seva imatge física i no veuen el perill d'estar per sota del pes normal. La seva por principal és engreixar-se i convertir-se en obesos, tot i trobar-se per sota del pes normal. Per aquest motiu realitzen, de manera voluntària, dietes restrictives estrictes i activitats que compensen tot allò que mengen, com ara exercici físic en excés o conductes purgatives.<sup>3</sup>

Existeixen dos tipus d'anorèxia nerviosa:

- **Restrictiva:** els pacients amb aquest tipus d'anorèxia nerviosa no solen afartar-se ni se solen purgar.
- **Purgativa:** aquests pacients, en canvi, se solen afartar i/o purgar, ja sigui amb la provocació del vòmit o utilitzant laxants i/o diürètics en excés.<sup>1</sup>

### *Bulímia nerviosa*

Els pacients amb bulímia nerviosa pateixen episodis d'afartaments voraçs de manera recurrent. Solen menjar una gran quantitat d'aliments, normalment amb un poder calòric alt, en poc temps i, generalment, en secret. A més a més, senten que perden l'autocontrol sobre tot allò que mengen, motiu pel qual ho intenten compensar repetidament amb conductes inapropiades. Normalment, els episodis d'afartaments i les seves posteriors compensacions se solen produir uns dos cops per setmana durant uns tres mesos.<sup>3</sup>

N'existeixen dos tipus:

- **Purgativa:** els pacients amb aquest tipus de bulímia nerviosa es provoquen regularment els vòmits o bé abusen de laxants i/o diürètics per tal de compensar la ingesta voraç d'aliments.
- **No purgativa:** els pacients amb aquest tipus de bulímia nerviosa no solen recórrer als vòmits o als fàrmacs per compensar els afartaments sinó que dejunen o realitzen exercici físic en excés.<sup>1</sup>

### **Cànons de bellesa**

Els malalts de TCA prenen aquestes mesures per intentar adaptar-se als cànons de bellesa que regeixen en l'actualitat. Tot i així, els cànons de bellesa han anat canviant al llarg de la història, sobretot pel que fa a les dones. Així, cada època té un ideal de bellesa interioritzat. A continuació se'n mostren exemples:

- **Grècia i Roma:** a l'època grega i romana, els cossos atlètics i amb proporcions corporals ben delimitades eren les més ben valorades. Un exemple artístic es troba en l'escultura El Discòbol de Miró. (Figura 1.1)
- **Barroc:** durant els segles XVII i XVIII les dones considerades com a més belles eren les que tenien el cos més arrodonit, tendint al sobrepès. L'exemple més conegut són Les Tres Gràcies de Rubens. (Figura 1.2)

- **Segles XVIII-XIX:** a partir del segle XVIII, les dones més belles eren les més pàl·lides de pell, motiu pel qual evitaven el Sol i es maquillaven amb pólvores blanques. També eren considerades com a molt belles les dones de cintura molt prima, moltes de les quals l'aconseguien gràcies a cossos rígids que els hi provocaven dificultats circulatòries i desplaçaments d'òrgans. En veiem un exemple al quadre Madame de Pompadour de François Bouchet. (Figura 1.3)
- **Anys 50' del segle XX:** les noies i dones amb una silueta en forma de rellotge de sorra i, per tant, amb corbes, eren considerades l'ideal de bellesa. L'exemple més clar és l'actriu Marilyn Monroe. (Figura 1.4)
- **Anys 90' del segle XX:** les dones considerades com a més belles durant la dècada dels noranta del segle passat no tenien corbes, eren totalment rectes, sense pits ni malucs i, sovint, es trobaven molt per sota del seu pes ideal. Un exemple seria la model Kate Moss. (Figura 1.5)<sup>2</sup>



Figura 1. D'esquerra a dreta exemples dels diferents canons de bellesa. (1, 2, 3, 4, 5)<sup>8, 9, 10, 11, 12</sup>

La bellesa tampoc es veu igual a tots els llocs del món. Cada cultura considera bell coses diferents. Seguidament, se'n mostren alguns exemples:

- **Tribu Karen:** les dones de la tribu Karen, a la frontera entre Tailàndia i Myanmar, són considerades més belles com més llarg tinguin el coll. Per aquest motiu, ja des de ben petites se'ls hi col·loquen anelles al voltant del coll que provoquen el seu allargament. (Figura 2.1)<sup>4,5</sup>

- **Tribu Massai:** les dones massais es consideren més belles si duen el cap rapat. (Figura 2.2)<sup>4</sup>
- **Dones xineses:** tradicionalment, els homes xinesos han considerat com a més belles les xineses amb els peus petits. Per tal d'agradar als homes, les dones, ja des de ben petites, s'embenen els peus per evitar que creixin. (Figura 2.3)<sup>5</sup>



Figura 2. D'esquerra a dretcànons de bellesa segons cultures (1, 2, 3)<sup>5,6,7</sup>

Amb tots els exemples mostrats es fa evident que la bellesa no és un concepte objectiu sinó que és totalment subjectiu i varia segons el moment de la història i la cultura de l'individu.

### Factors de risc

Els factors de risc de l'anorèxia i bulímia nervioses no solen ser d'una única etiologia o causa, sinó que són multicausals. Els diferents factors de risc interaccionen i donen més predisposició a la persona a patir-los. Molts d'aquests factors es converteixen en signes d'alarma i poden derivar en un inici d'una anorèxia o bulímia nervioses.

Aquests factors són múltiples i de diferent naturalesa; els podem agrupar en biològics, psicològics, sociofamiliars i socioculturals.<sup>3</sup>

#### **A. Factors biològics:**

Aquests factors determinen una certa vulnerabilitat però per si mateixos no comporten de manera inflexible l'aparició de la malaltia. Els principals factors implicats són:

**A.1 Factors genètics:** diferents estudis descriuen que hi ha diferents gens que poden explicar l'efecte causal en aquests TCA. S'ha observat una base etiològica comú per l'anorèxia i la depressió freqüència elevada del antigen HLA-Bw 16 en ambdós casos<sup>3</sup>. El risc també s'incrementa si hi ha l'antecedent d'un familiar amb TCA. A més el sexe femení té clarament més risc de patir-ne un ( hi ha un cas de noi per cada 9-10 casos de noia).<sup>13</sup>

**A.2 Pubertat/ adolescència:** La major incidència i prevalença d'aquestes malalties se situa en la població adolescent. El desenvolupament puberal suposa canvis hormonals, corporals i psicològics que faciliten la preocupació excessiva per la imatge i el cos.<sup>1</sup>

### **B. Factors psicològics:**

Els malalts amb TCA se'ls hi associa uns elevats nivells de perfeccionisme, obsessió i ansietat, introversió, inseguretats i baixa autoestima. Molts d'aquests trets de personalitat són determinats, en part, genèticament. La insatisfacció per la imatge corporal, molt freqüent entre els adolescent, sol ser l'antecedent immediat de les conductes anòmales amb el menjar.<sup>3</sup>

### **C. Factors sociofamiliars:**

S'ha vist que l'àmbit familiar es important. Es pot considerar que hi ha més vulnerabilitat tant per factors perinatals (una mala vinculació mare/fill) com famílies desestructurades, sobreprotectores o rígides i exigents. Si tenen antecedents d'anorèxia o bulímia nervioses i no fan dietes saludables també pot ser font d' una certa vulnerabilitat. Que en una família hi hagi una excessiva preocupació per la figura, el pes i els aliments facilitarà la internalització del model prim des de ben petit.

Tenir alguna experiència vital negativa, com ara la mort d'un familiar pròxim, antecedents d'abusos sexuals o ruptures sentimentals, són també factors de risc coneguts.



La dificultat de socialització amb amics o companys, els canvis de domicili i d'escola, els problemes emocionals i sentimentals augmenten el risc de patir una anorèxia o bulímia nervioses.<sup>3</sup>

#### **D. Factors socioculturals:**

Com s'ha esmentat en la introducció, en les darreres dècades i en les societats occidentals ha aparegut un culte marcat a un ideal de figura femenina excessivament prima. Aquestes característiques culturals, especialment la moda, marca uns valors que genera unes creences personals sobre el pes, la dieta, la figura i la bellesa.

Alguns factors de vulnerabilitat poden ser:

**D.1 Dietes sense control i per raons estètiques:** Aquestes han de estar recomanades per professionals i sempre dins del àmbit de la salut. Molta gent se sent atreta a les "dietes miraculoses" que sovint es segueixen sense justificació mèdica. El risc no és només el fet de fer una dieta, sinó que en el teu entorn hi hagi algú que segueixi una dieta i que es converteixi en un "model a seguir".

**D.2 Rebre crítiques i burles en relació amb el pes o la imatge corporal:** Això es pot donar dins de la família o a l'escola en el grup d'edat. Aquest darrer és un factor molt influent en l'adolescència. Són els ideals i comportaments d'aquest grup d'edat els que, en part, protegiran o posaran en risc l'individu que en formi part, i faran que sigui capaç de poder desenvolupar una bona autoestima del seu físic o, per contra, una manca de satisfacció cap a si mateix.

**D.3 Esport o professions:** Algunes professions i esports en que és necessari un control estricte del pes o de les ingestes fa que hi hagi clarament més incidència de TCA (ballet, gimnàstica rítmica, models, etc.)

**D.4 Mitjans de comunicació:** Certs mitjans de comunicació poden tenir una influència negativa en les persones susceptibles que presenten

una alta adhesió als estereotips culturals. Aquests programes, revistes o webs on es recomana baixar pes i fins i tot recomanen mesures, algunes perilloses, per baixar el pes o modificar el cos. S'ha vist que casi 1 de cada 4 anuncis que arriben a un públic femení inviten directa o indirectament a perdre pes o fer desitjable un pes baix. Indirectament poden difondre pensaments i creences errònies com què la primesa és sinònim de bellesa i la bellesa és la clau de l'èxit i la popularitat, la qual pot provocar una insatisfacció amb la imatge pròpia i un rebuig del cos. També s'ha pogut comprovar que la difusió dels mitjans publicitaris pro-aprimament segueix un patró sociodemogràfic semblant al de la epidemiologia de l'anorèxia nerviosa.<sup>3,13</sup>

#### **E. Altres factors de risc:**

També es consideren factors de risc de patir un TCA els antecedents d'abusos sexuals, l'abús de substàncies il·legals i d'alcohol, els trastorns per ansietat, etc.<sup>3</sup>

#### **Comportaments sospitosos**

Les persones que poden tenir un TCA o tenen un alt risc de patir-lo tendeixen a mantenir en secret els seus comportaments vers la dieta i el pes. Malgrat això, hi ha algunes conductes que fan sospitar una anorèxia o bulímia nervioses.

##### • **Associats als hàbits alimentaris**

- Seguiment injustificat de dietes restrictives.
- Preocupació constant, que pot arribar a l'obsessió per tot allò que estigui relacionat amb l'alimentació.
- Interès exagerat i anormal per receptes de cuina, dietes, taules de calories, etc.
- Preferència per menjar sense companyia.

- Hàbit de trobar excuses per no menjar o mentir dient que ja a menjat a casa.
- Sentiment de culpabilitat pel fet d'haver menjat.
- Comportament alimentari estrany (menjar a peu dret, esmicolar el menjar en trossos molt petits, jugar-hi, amagar-ho, menjar amb un ritme excessivament ràpid, etc.)
- Marxar de taula i tancar-se al lavabo després de cada àpat.
- **Associats al pes i la percepció corporal**
  - Por i rebuig exagerats a tenir un pes normal o a la possibilitat de tenir sobrepès.
  - Pràctica del vòmit autoinduït o del dejuni exagerat i ús de laxants o de diürètics per controlar el pes.
  - Percepció errònia de tenir un cos gras o bé no percebre'l tan prim com és en realitat
  - Intents d'amagar el cos amb roba fosca o ampla.
  - Excessiva satisfacció, i fins i tot exhibició, del cos molt prim.
- **Associats a l'exercici físic**
  - Fer exercici físic en excés i mostrar nerviosisme si no se'n fa.
  - Utilitzar l'exercici físic com a mètode per aprimar-se o controlar el pes.
- **Associats als canvis d'actitud**
  - Insatisfacció personal constant.
  - Estat depressiu i irritable, amb canvis d'humor freqüents.
  - Disminució de les relacions socials, amb tendència a l'aïllament.

- Augment aparent de les hores d'estudi.
- Dificultats de concentració.<sup>3</sup>

### Perfil d'una pacient anorèctica

El perfil d'una pacient anorèctica es decantaria cap a una introversió, un autocontrol i un perfeccionisme, amb trastorn obsessiu compulsiu i d'evitació com a personalitats anòmales més característiques.

Es un trastorn o malaltia que afecta essencialment a noies adolescents, occidentals i generalment de nivells socioeconòmics mitjans i mig-alts.<sup>13</sup>

Es pot observar si l'adolescent:

- Vincula la seva autoestima amb la figura
- Perd pes voluntàriament
- Fa dieta restrictiva sense necessitat
- Practica molt exercici per perdre pes
- Vomita o laxa per controlar el pes
- Presenta amenorrea sense causa fisiològica
- Presenta un procés de descalcificació sense motiu
- Té una aturada del creixement
- Mostra una excessiva submissió als criteris de la moda o les revistes dietètiques.<sup>3</sup>

### Diagnòstic

L'anorèxia i la bulímia nervioses són desordres difícils de diagnosticar degut a que el pacient amaga i nega la seva condició de malalt. Rarament l'individu anorèxic o bulímic buscarà ajuda ja que la pèrdua de pes en si mateixa no és vista com un problema. El diagnòstic actual es realitza només quan apareixen altres complicacions mèdiques com la amenorrea o els problemes gàstrics.<sup>1</sup>

Alguns signes i símptomes que ens ajudaran a la detecció seran: depleció severa de la massa corporal, fatiga i diverses complicacions que estan presents en algun moment de l'evolució dels pacients amb anorèxia. L'anorèctica sol presentar trastorns en la regulació de la temperatura corporal i mantenir cert grau d'hipotèrmia; per un altra banda, el restrenyiment és comú, i com a resultat de la desnutrició es detecten deficiències vitamíniques, desmineralització òssia i disminució de la força muscular.

Les conseqüències físiques de la bulímia són menys aparents que en l'anorèxia nerviosa. En aquests pacients es pot manifestar fatiga, alteracions vasculars i inclús amenorrea. També alteracions derivades dels vòmits com són alteracions dentals, hipertrofia de les glàndules salivals i esofagitis.

En l'exploració física es pot observar que són pacients extremadament primes, pàl·lides, desnodrides, amb la pell seca i freda, i que presenten amb freqüència edemes mal·leolars. Tenen els cabells fràgils i les ungles trencadisses i amb tendència a deformar-se. Poden presentar lanugen i alteracions a les dents. Una exploració elemental hi detectaria la bradicàrdia i probablement nivells baixos de tensió arterial i de temperatura.

Per a realitzar un diagnòstic complet és necessària la recollida d'informació sobre els aspectes clínics més rellevants.

En base als criteris diagnòstics dels trastorns de la conducta alimentària (TCA) segons la CIM-10 (*Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut*), detectem l'anorèxia i la bulímia de la manera següent:<sup>3</sup>

#### **En el cas de l'anorèxia:**

1.- Primerament s'han d'excloure qualsevol malaltia física que pogués justificar la pèrdua de pes com per exemple una malaltia inflamatòria intestinal o renal, un trastorn endocrí, una neoplàsia...

2.- Han d'estar presents totes les alteracions següents:

- Pèrdua significativa de pes (IMC < 17,5 kg/cm<sup>2</sup>). Els malalts prepúbbers poden no experimentar el guany de pes propi del període de creixement. La pèrdua de pes està originada pel mateix malalt, a través de:
  - Restricció d'aliments que engreixen
  - Vòmits autoinduïts
  - Purgues intestinals autoprovocades
  - Exercici excessiu
  - Consum de fàrmacs diürètics
- Distorsió de la imatge corporal consisteix en una psicopatologia específica caracteritzada per la persistència, amb caràcter d'idea sobrevalorada intrusa, de la por per engreixar-se, de manera que el malalt s'imposa a si mateix romandre per sota d'un límit màxim de pes corporal.
- Es manifesta en la dona amb amenorrea i en l'home amb una pèrdua d'interès i de la potència sexuals. També poden presentar concentracions altes d'hormona del creixement i de cortisol, alteracions del metabolisme perifèric de l'hormona tiroïdal i anomalies en la secreció d'insulina. Podem trobar hipotèrmia, bradicàrdia i/o hipotensió, pell seca, desgast muscular, edemes i retràs en el creixement.

3.- Realització de diferents proves de laboratori amb resultats: d'anèmia, leucopènia, limfocitosis, velocitat de sedimentació globular baixa, hipercolesterolèmia i nivell baixos de fibrinogen. Les alteracions dels electrolïts són freqüents com a conseqüència de les purgues i poden comprometre la supervivència. També es pot veure afectat el calci i el magnesi i són freqüents les disminucions sobtades de fòsfor durant les dues primeres setmanes després de reiniciar l'alimentació. L'osteoporosi pot ser irreversible.

### **En el cas de la bulímia nerviosa:**

1.- Cal excloure atacs epilèptics, tumors del SNC i patologies abdominals.

2.- Han d'estar presents totes les alteracions que s'esmenten a continuació, de manera que constitueixen pautes diagnòstiques estrictes.

- Preocupació contínua pel menjar, amb desitjos irresistibles de menjar, de manera que el malalt acaba per sucumbir-hi, i presenta episodis de polifàgia durant els quals consumeix grans quantitats de menjar en períodes curts de temps.
- Vòmits. El malalt intenta contrarestar l'augment de pes produït d'aquesta manera mitjançant un o més d'un dels mètodes següents: vòmits autoinduïts, abús de laxants, períodes d'interval de dejuni, consum de fàrmacs com ara supressors de la gana, extractes tiroïdals o diürètics. Quan la BN es presenta en un malalt diabètic, pot abandonar el seu tractament amb insulina.
- Examen físic on es poden incloure l'erosió de la dentició, abrasió dels artells o dors de les mans, lesions de exercici i fractures d'estrès, paròtides toves i inflades o petèquies facials.

3.- Realitzar diferents proves de laboratori entre les que habitualment apareix: desequilibri electrolític i un augment de l'amilasa sèrica però lipases sèrica normal. Una analítica normal no exclou que hi hagi hagut vòmits.<sup>3</sup>

### **Complicacions mèdiques**

Les conseqüències de la desnutrició, de la ingesta indiscriminada de diürètics i laxants o de la presència de vòmits recurrents poden afectar a tot l'organisme i revestir en ocasions la major gravetat.

Algunes d'aquestes alteracions amb major consistència que estan presents en aquests grup de pacients són alteracions:

- Orals. L'erosió de l'esmalt, fonamentalment en les dents d'oclusió, per la freqüent exposició a l'àcid gàstric conseqüència dels vòmits repetitius.
- Gastrointestinals. Les pacients anorèctiques presenten sensació de sacietat precoç al contrari que les bulímiques que presenten una menor sacietat. Les alteracions en la motilitat intestinal són molt freqüents i inclouen des del restrenyiment fins la diarrea (vinculada a l'ús de laxants). Els pacients de llarga evolució poden presentar dilatació gàstrica, perforació gàstrica o esofàgica o hematemesis.
- Hepàtiques. Presència d'un fetge gras degut a la desnutrició.
- Hematològiques. La presència d'anèmia, leucopènia i trombocitopènia és freqüent en pacients anorèctics.
- Endocrines. Entre els múltiples trastorns endocrins descrits en l'anorèxia nerviosa, són fets prominents els canvis menstruals i l'alteració de les hormones reproductores. Els trastorns menstruals van des de cicles irregulars fins a l'amenorrea primària o secundària, segons l'edat d'inici del trastorn. La majoria d'estudis confirmen una disminució de nivells basals de gonadotrofines: hormona luteïnitzant (LH) i hormona fol·liculoestimulant (FSH).
- Metabòliques. Poden presentar hipoglucèmies simptomàtiques degudes a dos factors: l'esgotament del glicogen hepàtic i dels substrats per a la gluconeogènesis, i una disminució de la resposta de la secreció de glucagó per les cèl·lules  $\alpha$  dels illots pancreàtics davant una hipoglucèmia.
- Cardíaques. Les complicacions més freqüents són les alteracions del ritme – presència de bradicàrdia i arítmies - , hipotensió i prolapse de la vàlvula mitral. Les exploracions posen de manifest una progressiva disminució de la mida cardíaca: el cor es fa petit i se situa en una posició més vertical. Hi ha menys resposta a l'exercici i ens podem trobar vessaments pericàrdics. La hipotensió, els dèficits alimentaris i les alteracions electrolítiques poden disminuir l'eficiència miocàrdica i comportar, així mateix, lesions per alteracions estructurals.



- Alteracions en el metabolisme ossi. Desenvolupament d'osteopenia i d'osteoporosis. La pèrdua de massa òssia en anorèctiques és constant per la ingesta disminuïda de calci.
- Bioquímiques. Els vòmits impliquen la pèrdua de volums importants de fluids. La deshidratació i la hiponatrèmia es presenten en dones amb conductes purgatives repetitives i per l'abús de diürètics. També es possible l'aparició d'hipopotassèmia. L'abús de laxants pot alterar els nivells de fòsfor (hipofosfatèmia) i una diarrea associada a la hipomagnessèmia. Aquesta hipofosfatèmia pot constituir una amenaça per a la vida.
- Immunològiques. La immunitat cel·lular està alterada tant en l'anorèxia com en la bulímia nervioses, mostrant en aquests pacients una disminució de la població limfocitària.
- Insomni. Els problemes d'insomni poden ser causats per l'alimentació restrictiva, però també redueixen hores de son perquè romanen més estona actives i despertes: no se'n van a dormir, passen fred obrint finestres, dormen sense roba, es mullen o adopten posicions incòmodes.<sup>1</sup>

### Malalties Associades

Les persones que tenen algun trastorn de la conducta alimentària, molt sovint, tenen a la vegada altres patologies; és el que en l'àmbit mèdic es coneix com a comorbiditat.

L'anorèxia i bulímia nervioses es presenten molt sovint associades amb altres patologies mentals. Les més importants són les relacionades amb substàncies d'abús. L'ús d'estimulants (amfetamines i cocaïna) està relacionat amb els intents per reduir la gana; després, es vincula als quadres de bulímia nerviosa associada a la impulsivitat.

**Trastorns d'ansietat:** L'ansietat és tan present en els trastorns de la conducta alimentària (TCA) que és difícil discernir si forma part de la clínica específica d'aquests trastorns o si és una patologia comòrbita.

**Trastorns obsessiu-compulsius (TOC):** presenten una prevalença important de trets de personalitat obsessius. Moltes són persones rígides, estrictes, ordenades, responsables, constants, intransigents i poc tolerants, trets de personalitat que predisposen i acompanyen els TCA.

**Trastorns de la personalitat:** Al voltant del 30% de casos de trastorns de la conducta alimentària presenten trastorns de la personalitat.

**Trastorns de l'estat d'ànim:** La depressió està també íntimament relacionada amb els TCA. És difícil plantejar l'existència d'una anorèxia o bulímia nervioses sense associar-hi un quadre de depressió.

**Trastorns del control dels impulsos:** Algunes de les conductes pertorbades dels trastorns de la conducta alimentària suposen una pèrdua de l'autocontrol (conducta de sobreingesta, conductes de purga, autoagressions, etc.).<sup>3</sup>

## PRONÒSTIC

Una vegada instaurada, l'anorèxia nerviosa evoluciona, en 5-10 anys, a una completa resolució de la malaltia en el 50-75% dels casos. El 10-30% dels pacients presenta una recuperació parcial, amb simptomatologia residual, que pot fer-se més manifesta o atenuar-se al llarg dels anys. D'entre el 10 i el 20% mantindrà el trastorn actiu. D'aquests un 10% mor a conseqüència de la malaltia.

Pels pacients amb bulímia nerviosa, els estudis de seguiment mostren unes proporcions de remissió d'un 50% mentre que un 20-35% continuen amb tota la simptomatologia de la malaltia. Aquests grup de pacients pateix taxes lleugerament més elevades de mortalitat, en relació amb una major comorbiditat psiquiàtrica. Aproximadament un 30% dels pacients en remissió presentarà recaigudes, fonamentalment durant els quatre primers anys.<sup>1</sup>

## TRACTAMENT

Tractament dels trastorns de la conducta alimentària.

### Anorèxia nerviosa:

El tractament es basa en assolir tres objectius:

1. La recuperació del pes,
2. La normalització biològica i
3. La recuperació dels hàbits alimentaris adequats.

Per tal d'aconseguir aquests objectius, es recomana repartir les ingestes en 4 o 5 àpats diaris, els quals han de tenir un contingut calòric mínim de 2500 Kcal en total. Aquest punt es restringeix en funció del temps que la pacient hagi estat ingerint una quantitat calòrica inferior a la necessària, ja que una realimentació molt sobtada donarà lloc a la síndrome de realimentació. Aquesta síndrome de realimentació es caracteritza per la retenció d'aigua i sodi en les fases inicials, i un descens bruscat de fòsfor, magnesi i potassi, donant lloc a alteracions cardiovasculars, hematològiques, respiratòries, neurològiques, musculars i òssies. A més, provoca un augment de les necessitats de tiamina, donant lloc a la síndrome de Wernicke-Korsakoff.<sup>14</sup>

Per altra banda, es prohibeix l'exercici físic, els aliments dietètics o "light" i els laxants i diürètics. Un cop es recupera una part important del pes, s'introdueix el programa d'intervenció psicològica. Aquest programa es pot basar en diferents models psicoteràpics, els més usuals en aquests casos són el cognitiu (és el més usat), el sistèmic i la teràpia interpersonal. El model cognitiu es basa en objectivar i reestructurar els pensaments i idees relacionats amb el pes, l'autoestima i l'alimentació, les dinàmiques de resolució de problemes i la prevenció de futures recaigudes. Es duen a terme intervencions tant individuals com en grup, les quals duraran entre 18 mesos i 2 anys.

A l'inici del tractament és molt important establir una bona relació terapèutica, aconseguir objectivar el problema alimentari de cara al pacient, avaluar tot els factors que predisposin o que desencadenin la malaltia, així com aquells factors que afecten al manteniment de la progressió de la malaltia i enfortir la motivació del pacient per tal que es recuperi.

Durant el tractament, és molt important dur a terme registres objectius de pes i de les calories ingerides, establir unes pautes nutricionals i educar al pacient en aquests dos àmbits. També és important l'educació a l'entorn del pacient que permeti reduir els factors que provoquen el manteniment de la malaltia al llarg del temps.

#### Bulímia nerviosa:

Els tractaments psicològics de la bulímia inclouen tant els que es fan servir per l'anorèxia com altres models, com el psicodinàmic o el feminista. S'intenta dur a terme un tractament ambulatori sempre que la gravetat no sigui molt gran (descontrol dels episodis bulímics-vòmits, fracassos d'anteriors tractaments ambulatoris, dependència de substàncies,...) i preferentment grupal. Com que la bulímia és una patologia amb un desequilibri emocional més evident, on hi ha episodis d'impulsivitat acompanyats d'episodis de culpa, s'intenta no només fer un registre alimentari, sinó un diari que reflecteixi sentiments i emocions del pacient. A més cal reestructurar les associacions d'idees irracionals que tenen i prevenir futures recaigudes. Això es reparteix en quatre fases: la primera consisteix en educar al pacient sobre la malaltia i la nutrició, la segona consisteix a reinstaurar els hàbits alimentaris correctes, la tercera pretén eliminar els factors mantenidors de la malaltia i, finalment, es treballa en la prevenció de recaigudes.

És molt important en la bulímia analitzar les dinàmiques familiars, ja que en molts casos aquestes són factors influents en la malaltia, i si cal, s'ha de treballar sobre elles per corregir-les.

Quant al tractament farmacològic es fa servir:

- Carbamazepina: Inicialment es feia servir com a anticomercial, però es va veure que era ineficaç en l'anorèxia. Tot i així, va demostrar ser efectiu per reduir la impulsivitat i els trastorns límit de la personalitat.
- Antidepressius tricíclics: Han demostrat ser efectius a curt i mig termini, però no a llarg termini, ja que redueixen el nombre d'episodis bulímics i de vòmits. El problema són els efectes secundaris, entre els quals hi ha augment de pes, pel que acostumen a abandonar el tractament.
- Inhibidors de la monoamino-oxidassa (IMAO): Molt usats, però tenen molts problemes ja no només d'efectes secundaris, sinó per les interaccions amb altres fàrmacs i aliments.
- Inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS): Són els fàrmacs que han demostrat més eficàcia i més seguretat, ja que no tenen les interaccions dels IMAOs i actuen independentment de l'estat depressiu, possiblement actuant directament sobre les cognicions. La fluoxetina és el més utilitzat, però la bibliografia també parla de la fluvoxamina, la paroxetina, la sertralina i el citalopram. La mirtazapina i la venlafaxina semblen més efectives quan s'associa la bulímia amb depressió. Tots ells s'usen a dosis molt superiors a les usades en depressió, més properes a les usades en trastorns obsessiu-compulsius.
- Topiramata: Darrers estudis revelen que el topiramata redueix el nombre d'ingestes descontrolades i de les conductes purgatives i és ben tolerat.<sup>15</sup>

## PREVENCIÓ

### **No hi ha millor inversió que la prevenció i la promoció de la salut mental.**

Hi ha tres tipus de prevenció:

1. La prevenció primària és la política de salut que estableix programes per reduir la incidència o l'aparició de nous casos de TCA.
2. La prevenció secundària és el conjunt d'intervencions assistencials que aporten un ràpid i precís diagnòstic i un tractament eficaç.
3. La prevenció terciària és la suma de mesures que milloren la qualitat de vida de les persones malaltes cròniques.

Els TCA es presenten principalment en l'edat adolescent. La família, els amics i l'escola tenen un paper fonamental, tant en la detecció del problema, com en el seu tractament, són el principal agent preventiu.

#### **Família:**

La família és una peça indispensable a l'hora de fer la prevenció de trastorns de conducta perquè són les persones que tenen més contacte amb els malalts. A vegades no es pren prou atenció en alguns comportaments perquè es poden considerar normals en l'adolescència o trastorns passatgers del moment. Per això han de tenir en compte els signes d'alarma a l'hora de prevenir els TCA:

- Fomentar la comunicació en família i promoure la tolerància.
- Fer de l'alimentació un acte social i familiar, promovent hàbits en l'alimentació saludable.
- Potencial l'autoestima positiva dels fills, donant confiança i valorar tot el que tenen, no només el físic.
- Donar eines per criticar els estereotips i els ideals que es veuen als mitjans de comunicació i conversar d'aquests temes amb la televisió, Internet o revistes.

- Al detectar comportaments sospitosos i veure alguns signes d'alarma, acudir als professionals de la salut.
- Evitar la sobreprotecció excessiva o grans expectatives, promoure les dietes especials per als diferents familiars o dietes "light".<sup>3</sup>

### **Amics:**

Els amics o companys de classe són les persones que comparteixen temps i confidències amb els pacients. Han d'estar alerta dels comportaments i signes d'alarma dels malalts, ajudant-los i transmetre les preocupacions que tenim, orientant-los i donant suport en les decisions que han de prendre.

- Transmetre la preocupació i donar suport en tot moment, sense pressionar.
- Parlar amb la persona fent-li veure que té conductes estranyes que el fa pensar que té un problema.
- La tolerància i la solidaritat és la millor ajuda.
- Si no vol veure-ho, comunicar-li que ho faràs saber als seus familiars per a que el puguin ajudar, encara que ell no ho entengui.
- No mantenir en secret aquestes conductes encara que ho demanin.
- No col·laborar amb el company quan enganya a la família o escola.<sup>3, 16</sup>

### **Centres educatius:**

Tot el personal dels centres educatius (professors, psicòlegs, monitors...) poden detectar la presència de comportaments sospitosos. Per a evitar la creació d'aquests comportaments han de:

- Promoure una autoestima positiva, valorar mèrits i reforçar les capacitats positives dels alumnes.
- Fomentar l'autonomia de l'adolescent, permetent les diferències individuals amb els seus defectes i les seves qualitats.

- Fomentar l'esperit crític dels seus alumnes envers els mitjans de comunicació per a evitar que es deixin influenciar per tendències.
- Rebre informació contrastada científicament sobre els TCS per a poder oferir informació als alumnes i estiguin informats.

Les escoles o centres educatius poden trobar informació a través de diverses associacions, com a per exemple:

- ADANER (Associació en Defensa de l'Atenció en l'Anorèxia Nerviosa i bulímia) que ofereix tallers de prevenció promouen que les persones que poden estar en risc d'aquests comportament iniciïn uns hàbits saludables tenint en compte l'alimentació, l'exercici físic, informacions sobre prevencions, recursos davant el trastorn... tot això elaborat en diferents tallers per a alumnes, professors i pares.
- PSiE (Programa Salut i Educació) del Departament d'Educació i el Departament de Salut que potencia la coordinació dels centres docents, els serveis educatius i sanitaris per a promoure la salut i l'atenció de l'alumnat.
- ACAB (Asociación contra la Anorexia i la Bulimia) que col·labora amb la Fundación de Imagen y Autoestima i ofereix intervencions preventives que es dirigeixen especialment a joves i adolescents, famílies i educadors.<sup>3,17</sup>

## PAPER DEL FARMACÈUTIC

El permanent **contacte del farmacèutic comunitari** amb la població fa de l'oficina de farmàcia un centre privilegiat on es pot col·laborar en la **detecció de persones en risc** de patir anorèxia i bulímia nervioses, per a dirigir-los, sense agreujar la situació, cap al seu adequat diagnòstic per part de les unitats clíniques especialitzades.

En la detecció de la malaltia, el farmacèutic pot ajudar a aquestes persones fent el següent retrat robot, podent-se manifestar els següents signes:



- Noia o noi entre 12 a 18 anys.
- Molt prima que mostra interès en productes o consells per aprimar-se més.
- Li fa por engreixar-se i magnifica les propietats calòriques dels aliments.
- Abús o ús injustificat de laxants, diürètics, fórmules que aprimen.
- Exercici desproporcionat.
- Distorsió i insatisfacció de la imatge corporal.
- Conflictes amb els pares o hiperproteccionisme d'aquests envers el pacient.

És molt important no oblidar que el diagnòstic en cap cas ha de fer-lo el farmacèutic, ja que existeixen multituds de variables etiopatogèniques que han de ser valorats per un metge especialitzat en aquest tipus de trastorns. La millor forma en que el farmacèutic pot col·laborar en la detecció és **dirigint els possibles pacients a la consulta especialitzada.**<sup>18</sup>

No hi ha un tractament estipulat per a tots els casos ni hi ha programes de prevenció avaluats, per tant, com a professionals de la salut, hem de tenir unes metes clares a l'hora de la **prevenció** d'aquests trastorns alimentaris: **la informació adient per alertar a la societat** i poder detectar precoçment els casos.

Els farmacèutics, com a professionals de la salut que es troben a **disposició més propera** d'aquestes persones, poden acompanyar els pacients i familiars durant tot el procés del tractament i post-tractament, donant **informació, coneixement, suport i comprensió.**

Poden contribuir de la següent manera:

- Informar de forma clara als pacients i familiars.

- Ajudar les famílies i oferir-li totes les ajudes possibles: anar al metge, associacions que poden contactar...
- Comprometre les famílies en la prevenció i el tractament.
- Efectuar controls de pressió arterial, pes, consells nutricionals.
- Fer el seguiment del cas i la prevenció de les recaigudes.
- Donar suport durant la fase ambulatoria del tractament explicant les indicacions dels medicaments prescrits, la posologia, possibles interaccions i efectes adversos...
- Coordinar-se amb la resta de recursos mèdics, socials, educatius,...<sup>3</sup>

### **3. ACTIVITAT EDUCATIVA:**

#### **3.1. Objectius:**

1. Transmetre la informació assolida en el treball als adolescents d'un col·legi.
2. Utilitzar les activitats realitzades per reforçar l'aprenentatge dels joves.
3. Emfatitzar la importància de la detecció per part del cercle més proper del malalt.

#### **3.2. Índex:**

- 1.- Activitat 1: Tríptic
- 2.- Activitat 2: Joc
- 3.- Activitat 3: Vídeo

### 3.3. Material:

- Programes d'ordinador: PowerPoint, Movie Maker, Publisher...
- Projector
- Cartolines
- Impressora
- Paper
- Fotocopiadora
- Pen drive
- Càmera de vídeo

### 3.4. Desenvolupament:

#### INTRODUCCIÓ

A l'arribada al teatre del col·legi donarem la benvinguda a tots els estudiants. Un cop ens haguem presentat, els hi presentarem el nostre treball: Anorèxia i Bulímia, tot explicant-los els objectius que volem desenvolupar al llarg de la presentació. A més a més, se'ls exposarà les activitats que durem a terme durant la sessió.

## 4. ACTIVITAT 1

### TRÍPTIC: Anorèxia i Bulímia a l'adolescència

Es repartirà aquests tríptic als joves assistents en finalitzar la sessió informativa.

#### 4.1. Objectiu:

- Donar la informació enfocada als adolescents.

#### 4.2. Contingut:

Una vegada realitzat aquest treball, s'extreu la informació més rellevant, important i curiosa i amb el programa "PUBLISHER" es realitza un tríptic que consta de dues cares.

Cara anversa:



**Què fer davant un cas sospitós?**

- Transmetre la preocupació i donar suport en tot moment.
- Consultar amb un especialista.
- Començar un tractament com més aviat millor pot afavorir la recuperació.
- Comptar amb el suport de la família i les persones més properes.
- La tolerància i solidaritat és la millor ajuda.

**Prevenció**

- Tenir hàbits saludables.
- Seguir dietes completes, equilibrades i gaudir-les amb companyia.
- Tenir un esperit crític enfront les exigències de la moda i l'exagerada valoració de l'aspecte físic.
- Estar informat sobre les conseqüències d'aquests trastorns.

**Per a més informació:**

- ADANER: Asociación en Defensa de la Atención en la Anorexia Nerviosa i bulímia
- ACAB: Asociación contra la Anorexia i la Bulímia
- Generalitat de Catalunya
- Telèfon d'atenció ciutadana: 012

Febrer 2014

**Anorèxia i bulímia nerviosa**

a l'adolescència

Laura Besora  
Elisabet Esteve  
Mònica Monfort  
Blanca Persiva  
Adrià Siles

Xavier Codera  
Blanca Grassas  
Anna Nogueras  
Laura Roy

Cara reversa:

**Què és l'anorèxia nerviosa?**

Les persones que pateixen anorèxia nerviosa tenen una gran distorsió de la seva imatge física i no veuen el perill d'estar per sota del pes normal. La seva principal por és engreixar-se i convertir-se en obesos, tot i trobar-se per sota del pes normal.

**Què és la bulímia nerviosa?**

Les persones que pateixen bulímia nerviosa tenen episodis d'afartaments voraçs de manera recurrent amb un alt poder calòric, en poc temps i en secret. Perden l'autocontrol sobre tot allò que mengen i fet que intenten compensar repetidament amb conductes inapropiades.

- Els trastorns de la conducta alimentària afecten a més del 5% dels adolescents i joves.
- Cada any es troben entre 5 i 10 casos nous per cada 100000 habitants.
- L'edat d'inici freqüentment en l'anorèxia es situa entre els 12 i els 18 anys, i en el cas de la bulímia és entre els 18 i 25, tot i que afecta a totes les edats.

**Signes d'alarma en l'anorèxia**

- Vincula la seva autoestima amb la figura.
- Perd pes voluntàriament.
- Fa dieta restrictiva sense necessitat.
- Practica molt exercici per perdre pes.
- Vomita o laxa per controlar el pes.
- Presenta amenorrea sense causa fisiològica.
- Presenta un procés de descalcificació sense motiu.
- Té una aturada del creixement.
- Mostra una excessiva submissió als criteris de la moda o les revistes dietètiques.

**Signes d'alarma en la bulímia**

- Menjar d'amat.
- Desaparició inexplicable de menjar.
- Despeses excessives no justificades.
- Anar als lavabos immediatament després dels àpats o molt sovint.
- Canvis d'humor freqüents.
- Canvis de pes bruscs.
- Afartaments amb vòmits o sense.
- Diarrees freqüents sense motiu aparent.
- Càries de repetició o pèrdua de peces dentals en edats joves.
- Comentaris despectius sobre el propi cos.

**Qüestions bàsiques a considerar**

Són més freqüents els casos femenins o masculins?  
 La malaltia és més rendicent en noies, però afecta a ambdós sexes.  
 Quines són les característiques més comunes de les persones que pateixen anorèxia o bulímia nerviosa?  
 Els elements clau d'aquests patologies són el rebuig d'arribar a engreixar-se, un desig de millorar la seva figura a través de la intervenció alimentària i una important submissió als estereotips culturals.  
 Es poden prevenir?  
 Sí. Tenir coneixement sobre la importància d'aquesta malaltia, aprendre a acceptar el propi cos, tenir una capacitat crítica sobre les imatges propagades a la televisió i seguir una bona habilitat alimentària són factors preventius.  
 Hi ha cura per aquesta malaltia?  
 Sí, però és imprescindible l'ajuda d'especialistes i un bon seguiment del tractament.  
 Deixa seqüeles?  
 Aquests malalties de forma crònica poden deixar seqüeles permanents, tant físiques com psicològiques.

4.3. Material:

- Ordinador
- Publisher
- Impressora
- Paper

4.4. Conclusions:

- Els adolescents han rebut amb interès el tríptic.
- S'ha aconseguit transmetre la informació de suport als adolescents de forma que puguin tenir un punt informatiu proper i a mà en cas de trobar-se en una situació com la descrita.

## 5. ACTIVITAT 2

### JOC: Prevenció i Educació farmacèutica en els trastorns de la conducta alimentària

#### 5.1. Objectiu:

- Transmetre els coneixements apresos mitjançant un joc.

#### 5.2. Contingut:

- Característiques dels TCA
- Causes
- Prevenció dels TCA

#### **a. Introducció a l'activitat**

En aquesta activitat es treballaran els diferents conceptes explicats en la sessió. El contingut d'aquesta activitat està destinat a la reflexió dels alumnes per a que puguin aplicar els coneixements adquirits per prevenir i detectar casos de TCA.

#### **b. Desenvolupament de l'activitat**

L'activitat es realitzarà mitjançant un joc per consolidar els conceptes que s'han explicat en altres activitats i per fomentar la participació de l'alumnat.

#### **b.1. Activitat formativa**

Després de respondre cada pregunta i esbrinar si la opció triada és correcta o incorrecta es comentarà amb els alumnes el motiu pel qual la resposta és l'adient o no, fomentant així els seu aprenentatge.

## **b.2. ¿Quién quiere ser Farmacéutico?**

L'activitat lúdica que es realitzarà en aquesta part és una adaptació del programa televisiu, *¿Quién quiere ser Millonario?*. Hem adaptat aquest joc al contingut temàtic de la nostra sessió, batejant-lo amb el nom "¿Quién quiere ser Farmacéutico?".

Per poder dur a terme l'activitat s'ha dissenyat un powerpoint per imitar el format del programa real. (veure imatge a l'Annex 1).

Per altra banda, s'ha fet una recopilació de informació relacionada amb la classificació dels trastorns de la conducta alimentària, la seva detecció i diagnòstic, el tractament, pronòstic, etc. D'aquí se'n han tret 10 preguntes adaptades a la temàtica que confereixen una recopilació de tot el que s'ha explicat prèviament durant l'activitat formativa.

### **1. Instruccions del joc**

El joc de "¿Quién quiere ser Farmacéutico?" consisteix en esbrinar la resposta correcta a la pregunta plantejada. Cada pregunta, correspon a algun dels apartats tractats a la xerrada prèvia. S'han d'endevinar un total de 10 preguntes. Cal escoltar-les molt atentament i encertar la correcta d'entre dues possibles (A i B). La resposta no es pot dir abans d'acabar de llegir la pregunta. Si es vol, es pot demanar que es repeteixi la pregunta.

Les **normes del joc** són les següents:

- Els alumnes de la classe es dividiran en dos equips. A cada equip se li repartiran 2 targetes amb la lletra A i B corresponents a les dues respostes possibles. S'escollirà un portaveu d'entre els membres de cada equip, el qual tindrà la funció de comunicar la resposta escollida a cada torn de joc. Aquest mostrarà la targeta corresponent a la resposta triada.

- Cada vegada que es llegeixi una pregunta, es disposarà d'un temps de 30 segons per pensar i donar la resposta. Aquest temps es controlarà mitjançant un cronòmetre.
- Si l'equip encerta la resposta la casella es tornarà verda i es passarà a la següent pregunta. L'equip sumarà un punt per cada resposta correcta.
- Si l'equip falla la resposta, la casella es tornarà vermella i contràriament al format original, es podrà passar a la següent pregunta però sense sumar cap punt.
- Si transcorregut el temps l'equip no ha donat cap resposta, es dirà "Temps!" i es perdrà l'oportunitat de contestar a aquella pregunta. Es comptabilitzarà com a error.
- Si l'equip arriba fins a la pregunta 5 sense errors se'ls gratifica amb un pot de "Happy Pills"
- Si l'equip arriba fins a la pregunta 10 sense errors se'ls gratifica amb un tríptic recopilatiu amb tota la informació apresada al llarg del joc.
- Després de respondre cada pregunta i esbrinar si la opció triada és correcta o incorrecta es comentarà amb els alumnes el motiu pel qual la resposta és l'adient o no.
- Durant el transcurs del joc cada equip disposarà de 2 comodins: el comodí del professor i el comodí del farmacèutic.
  - Comodí del professor: l'equip pot demanar l'ajuda del seu/seva professor que prèviament haurà estat atent a la xerrada formativa donada.
  - Comodí del farmacèutic: l'equip pot demanar l'ajuda del professor associat de l'hospital.
- El guanyador del joc serà l'equip que aconseguixi més encerts un cop acabades totes les preguntes. En cas d'empat en el nombre de respostes correctes, guanyaren ambdós equips.



### 5.3. Material:

- Powerpoint amb el format del joc original “¿Quién quiere ser farmacéutico?”
- Llistat de respostes
- Informació addicional a cada resposta (correcta o incorrecta)
- Cronòmetre
- 2 pots de Happy Pills

### **Altres aspectes importants**

Les preguntes estan adaptades a l'edat que tenen els nens on fem la sessió, que són de 2n de Batxillerat (16-17 anys), i, més encara, a la temàtica de la nostra activitat, els trastorns de la conducta alimentària. Per tal d'aconseguir-ho, hem adaptat el vocabulari i lèxic de les preguntes per fer-les més entenedores

Per tal de captar l'atenció dels alumnes, en tot moment se'ls estimularà a participar en l'activitat. Se'ls remarcarà el seu paper imprescindible en el joc animant-los a participar amb frases com “Heu vist mai un programa de la televisió que es diu “¿Quién quiere ser millonario?” Bé, doncs ara jugarem a la versió “¿Quién quiere ser farmacéutico?” i tots vosaltres sereu els concursants!”. Se'ls donarà l'oportunitat de preguntar dubtes i se'ls demanarà concentració i ganes de jugar.

### **Llistat de preguntes**

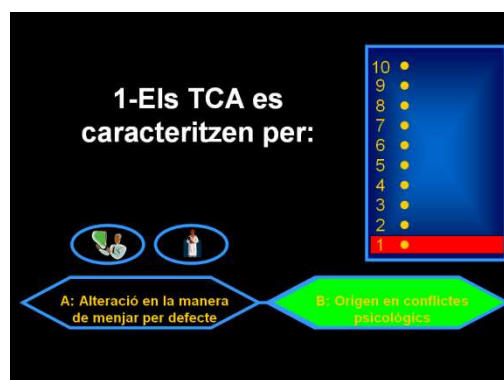
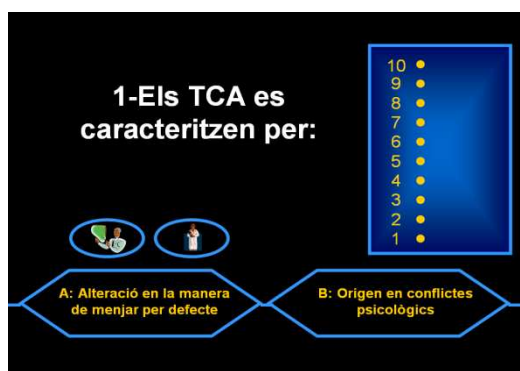
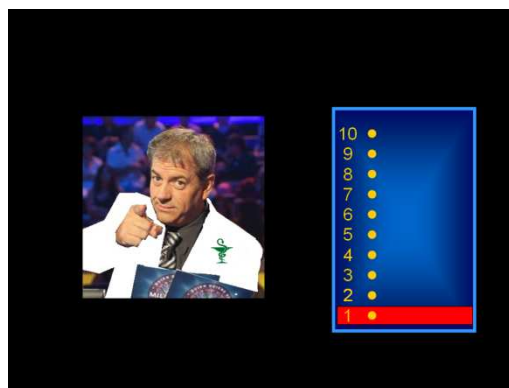
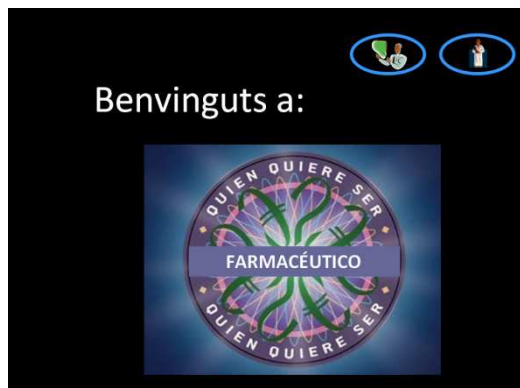
El llistat de preguntes, les respostes corresponents i la informació addicional es mostren a l'Annex 2. Estan organitzades per ordre d'aparició durant el joc.

### 5.4. Conclusions:

Les idees claus treballades en l'activitat s'han centrat en entendre què són els TCA, com es classifiquen, la seva detecció, el seu diagnòstic, el tractament i pronòstic.

Aquesta activitat permet als alumnes reflexionar sobre tots els conceptes adquirits i ajudar-los a prevenir possibles TCA.

### Annex 1:



### Annex 2:

**1-Els TCA es caracteritzen per:**

A: Alteració en la manera de menjar per defecte

**B: Origen en conflictes psicològics**

*Efectivament són d'origen psicològic però l'alteració en la manera de menjar és tant per defecte com per excés.*

## 2- Els TCA són més freqüents en:

A: Dones joves

B: Homes joves

*Les dones joves presenten més vulnerabilitat fisiològica i es veuen més afectades pels factors socioculturals. Tenen més pressió social que desemboca en una preocupació per estar prima. Existeix la idea associada de que això es tradueix en èxit social, familiar i professional.*

## 3- Quina és la causa dels TCA?

A: Principalment la pressió social

B: Multifactorial: social, familiar, personal, genètica...

*En els TCA es dona una interacció entre tots els factors predisposants i acaba sorgint una insatisfacció personal i corporal que desemboca en el desig d'aprimar-se.*

## 4-Quin dels TCA es caracteritza per una personalitat perfeccionista, por a equivocar-se, excessiva atenció al detall i rigidesa?

A: Anorèxia nerviosa

B: Bulímia nerviosa

*La bulímia nerviosa es caracteritza més aviat per una angoixa descontrolada*

## 5- Pot presentar-se més d'un TCA a la vegada?

A: Sí, gran part dels pacients amb anorèxia nerviosa o bulímia nerviosa presenten símptomes de l'altre trastorn.

B: No, les característiques de cada TCA estan totalment diferenciades.

## 6- Què és l'índex de massa corporal?

A: La relació entre el pes i la talla expressat mitjançant la fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Pes (kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$$

B: La relació entre el pes i el greix total expressat mitjançant la fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Pes (kg)} / \text{Greix total (kg)}$$

## 7- En quins pacients apareix típicament l'amenorrea?

A: Tant en anorèxia nerviosa com en bulímia nerviosa

B: Principalment en anorèxia nerviosa

*L'aparició de l'amenorrea (absència de regla) està en relació amb la pèrdua de massa corporal quan s'ha perdut aproximadament un 10-15%. En la bulímia nerviosa típicament no hi ha una pèrdua de pes exagerada.*

## 8-Quin d'aquests TCA presenta una major mortalitat?

A: Anorèxia nerviosa

B: Bulímia nerviosa

*L'anorèxia nerviosa té un component molt perillós : la desnutrició. Com més temps triguem en tractar una persona malalta, més difícil serà que aquesta es recuperi i més augmenta la mortalitat.*

## 9- Davant d'un possible afectat per TCA, com cal actuar?

A: Preguntar sobre la seva conducta davant les ingestes

B: No jutjar la conducta i intentar esbrinar el motiu d'aquesta.

*Davant d'una sospita és important no atacar directament a la persona afectada amb qüestions com ara el seu baix pes o la seva conducta alterada davant les ingestes. Cal sempre en un primer moment intentar indagar en els possibles problemes personals que hagin originat aquest comportament estrany per més endavant introduir la problemàtica del trastorn alimentari.*

## 10- Qui ha de tractar aquests trastorns?

A: Psicòleg o psiquiatra

**B: Equip multidisciplinar**

*Si que és cert que generalment el psiquiatra o psicòleg coordinaran l'equip. Però també intervindran professionals especialitzats com ara el nutricionista, l'endocrí, el dietista, personal d'infermeria, etc.*

*És important iniciar des de el principi el tractament nutricional unit al psicològic ja que el pacient desnodrit té disminuïda la seva activitat cerebral com a mecanisme de compensació per estalviar energia. Això fa que la seva capacitat de resposta a les teràpies psicològiques es vegi afectada. Per això és molt important corregir la desnutrició a la vegada que es fa teràpia psicològica per aconseguir que la pacient tingui una millor resposta a la resta de tractaments.*

## 6. ACTIVITAT 3

### VÍDEO: Paper del farmacèutic en la detecció dels TCA

#### 6.1. Objectiu:

- Explicar als alumnes com pot actuar el farmacèutic quan detecta un TCA.

#### 6.2. Contingut:

- Detecció del TCA per part del farmacèutic.
- Trets característics de l'afectat.
- Visualització del procediment a adoptar en front d'un possible TCA.

### **a. Introducció a l'activitat**

En aquesta activitat s'observa l'actuació dels diferents professionals sanitaris davant d'un possible TCA. A més es proporcionen mesures d'actuació pel moment en que es detecta un TCA.

### **b. Desenvolupament de l'activitat**

L'activitat es realitza mitjançant un vídeo de 5 minuts de durada en el que s'explica la història d'una adolescent afectada.

#### **b.1. Activitat formativa**

Després de visualitzar el vídeo, es comentarà amb els alumnes la importància de la detecció precoç i d'una actuació multidisciplinària en el tractament del TCA.

#### **b.2. Guió del vídeo:**

*Narrador: La importància i la rellevància sanitària i social dels trastorns de la conducta alimentària, com l'anorèxia i la bulímia, han anat en augment en les dos últimes dècades.*

*En els últims 15 anys el nombre de pacients s'ha multiplicat per 10, estimant que un 3% de les noies adolescents i joves presenten anorèxia i bulímia. Per això es vol representar en aquest vídeo com els farmacèutics poden detectar i ajudar a aquests pacients i a la gent del seu voltant.*

*Un lloc tant corrent com pugui ser una farmàcia pot ser l'espai perfecte per detectar un Trastorn de la Conducta Alimentària.*

1. Una noia entra a la farmàcia, sense dir res es treu molta roba i es pesa.

*Narrador: Una noia, filla d'una clienta habitual, fa uns mesos que va a la farmàcia per pesar-se. De forma dissimulada es treu la major part de roba per intentar pesar el mínim possible.*

2. Imatge de la balança amb un pes molt baix

Narrador: *Encara que és un pes excessivament baix la noia no es troba satisfeta.*

3. Noia va a la farmàcia a per laxants.

Narrador: *La noia li demana un laxant al farmacèutic, referint que aquest medicament és per a la seva mare. El professional qui fa temps que es fixa amb el comportament i la evolució negativa de la jove, li diu que es preferible que vingui la seva mare a parlar amb ell perquè ha sortit un producte nou al mercat que pot ser li funciona i no és tant agressiu.*

4. Entra la mare a la farmàcia i es posa a parlar amb el farmacèutic.

Narrador: *La mare acudeix a la farmàcia per comprar la seva medicació habitual. El farmacèutic li comenta que ha sortit un producte nou al mercat per a regular el trànsit, que presenta avantatges davant els laxants que esta prenent últimament. La mare, estranyada davant aquest comentari li contesta que ella no pren aquest tipus de medicació.*

*Llavors, el farmacèutic li explica a la mare el comportament de la seva filla i les continuades compres que realitza a la farmàcia.*

*El professional aconsella a la mare que hauria de vigilar a la noia ja que l'adolescència és una època difícil i que potser esta una mica obsessionada per la imatge.*

5. La mare i la jove acudeixen al metge

Narrador: *La jove acudeix al metge amb la seva mare. Després d' una llarga entrevista clínica, amb el professional, exploració física i analítica complementaria, aquest li diagnostica anorèxia nerviosa i li aconsella seguir uns hàbits alimentaris juntament amb visites al psicòleg. Sobretot, li demana a la mare la seva implicació.*

6. La mare torna a la farmàcia.

Narrador: *Després de la consulta amb el metge la mare torna molt preocupada a la farmàcia.*

#### 7. Entren els dos al despatx.

Narrador: *Li explica al farmacèutic el diagnòstic d' anorèxia nerviosa de la seva filla i li demana consell per fer front a aquesta malaltia.*

*El farmacèutic l'anima, ja que han detectat el problema a temps, i amb l'ajuda psicològica, del metge de capçalera i de la família ho aconseguiran solucionar.*

#### 8. La mare i la filla molt contentes

Narrador: *Després d'un procés llarg i dur de recuperació, la jove ha superat els problemes tant psicològics, físics, com de la conducta alimentària.*

*L'actitud trista i depressiva, les escasses relacions socials i l'obsessió pel seu físic ja han quedat enrere.*

*La noia torna a ser aquella persona alegre i simpàtica i ha après a seguir uns hàbits dietètics saludables.*

*L'actuació del farmacèutic ha tingut un paper molt important durant tot aquest procés.*

*Des de la detecció del trastorn observant el comportament de la pacient, fins el suport als familiars per superar aquests tipus de trastorn, tant comú entre els adolescents.*

#### 9. Crèdits

#### 6.3. Material:

- Càmera
- Ordinador pel muntatge del vídeo
- Vestuari
- Escenari

#### 6.4. Conclusions:

Aquesta activitat permetrà als alumnes saber com actuar davant d'un TCA i entendre el procediment a seguir per tractar aquest tipus de malaltia.



## 7. Bibliografia:

1. TRATADO DE NUTRICIÓN. Ed. Ángel Gil Hernández. Tomo IV. Coeditores: Julia Álvarez Hernández, Abelardo García de Lorenzo y Mateos, Juan Carlos Monteja González, Mercès Planas Vilà. Nutrición Clínica. 2005.
2. Associació contra l'anorèxia i la bulímia [Seu Web]. Barcelona: Associació contra l'anorèxia i la bulímia; 2004 [accés 4 de gener de 2014]. De Cristina Carretero, Maritza Cruz, Concepció Poch, Montse Vila i Sílvia Vilanova. Prevenció inespecífica dels trastorns de la conducta alimentària. Disponible a: <http://www.acab.org/fitxer/158/lilibre-interior%20materials%20curriculars.pdf>
3. Generalitat de Catalunya [Seu Web]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2013 [accés 4 de gener de 2014]. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=4451d1e08e392410VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=4451d1e08e392410VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>
4. Suite101 [Seu Web]. Canarias: Suite101; 2013 [accés 4 de gener de 2014]. De Elena Puchalt Ruiz. El concepto de bellezasegún las distintas culturas y épocas. Disponible a: <http://suite101.net/article/el-concepto-de-belleza-segun-las-distintas-culturas-y-epocas-a64697>
5. Blogspot [Seu Web]. La luz de Valinor;2013 [accés 4 de gener de 2014]. De EstelwenAncálimë (nickname). Bellezas que matan. Disponible a: <http://laluzdevalinor.blogspot.com.es/2013/08/bellezas-que-matan.html>
6. Blogspot [Seu Web]. Enlightenment&AppreciationThoughtEducation; 2013 [accés 4 de gener de 2014]. De TheCoincidentalDandy (nickname).Be inspired: MaasaiBeadwork. Disponible a: <http://thecoincidentaldandy.blogspot.com.es/2010/10/be-inspired-maasai-beadwork.html>

7. Flickr [Seu Web]. Tribu des Long Neck; 2011 [accés 4 de gener de 2014]. De Kousto (nickname). Disponible a: <http://www.flickr.com/photos/globetraveller/6473737073/>
8. Businessinsider [Seu Web]. TheIronicImages Of Kate Moss ThatDefineHerCareer; 2012 [accés 4 de gener de 2014] De Jim Edwards. Disponible a: <http://www.businessinsider.com/images-of-kate-moss-that-define-her-career-2012-11?op=1>
9. Dailyhiit [Seu Web]. Marilyn Monroe wasn'tevenclose to a size 12; 2014 [accés 9 de gener de 2014]. De Rachael Wright. Disponible a: <http://www.dailyhiit.com/hiit-blog/hiit-life/fashion-lifestyle/marilyn-monroe-wasnt-even-close-size-12/>
10. Blogspot [Seu Web]. VintageEphemera; 2010 [accés 9 de gener de 2014]. Disponible a: <http://vintageephemera.blogspot.com.es/2010/06/portrait-painting-madame-de-pompadour.html>
11. Museo Nacional del Prado [Seu Web]. Museo Nacional del Prado; 2014 [accés 9 de gener de 2014]. Disponible a: <https://www.museodelprado.es/ca/visita-al-museu/15-obres-mestres/fitxa-dobra/zoom/2/obra/les-tres-gracies/oimg/0/>
12. Blogspot [Seu Web]. Escultura grega: Primer Classicisme (460-400 aC); 2011 [accés 9 de gener de 2014]. De: art-en-vena (nickname). Disponible a: <http://art-en-vena.blogspot.com.es/2011/10/escultura-grega-primer-classicisme-460.html>
13. Josep Toro y Enric Vilardell, Ed. Martínez Roca. Anorexia nerviosa. España: 1987.
14. M.T. Fernández López, M.J. López Otero, P. Álvarez Vázquez, J. Arias Delgado, J.J. Varela Correa, Síndrome de realimentación. Elsevier 2009 Jul-Ago.

15. Vicente J. Turón Gil, Laia Turón Viñas. ¿Qué son los trastornos de la alimentación? España: 2003.
16. Cruz Roja [Seu Web]. España: Cruz Roja España; 2014 [accés 9 de gener de 2014]. Disponible a: <http://www.cruzroja.es/crj/docs/salud/manual/005.pdf>
17. Associació contra l'anorèxia i la bulímia [Seu Web]. Barcelona: Associació contra l'anorèxia i la bulímia; 2014 [accés 4 de gener de 2014]. Disponible a: <http://www.acab.org/es/documentacion/la-prevencion-en-el-colegio>
18. Portalfarma [Seu Web]. El Farmacéutico y la anorèxia nerviosa. España: Consejo General de Colegios de Farmacéuticos; 2013 [accés 9 de gener de 2014]. Disponible a: <http://www.portalfarma.com/Paginas/default.aspx>