

Què s'amaga darrere dels

Trastorns de la Conducta

Alimentària?



∞ **TREBALL FINAL DE GRAU** ∞

Eulàlia Carrillo Figuerola

EDUCACIÓ SOCIAL Curs 2014-2015

Tutora: Inés Massot Lafón



UNIVERSITAT DE BARCELONA



*Si puc atendre el que em diu, comprendre com ho sent,
apreciar el significat i entendre el sentit de les seves emocions,
aleshores lliuraré grans forces de canvi en la seva persona.*

(Calidoscopi d'Educació Social)

ÍNDEX

Dedicatòries i agraïments.....	4
Resum.....	5
1. Presentació	7
2. Justificació.....	7
3. Objectiu	8
4. Marc Teòric	8
4.1 Evolució històrica del concepte de Trastorns de la Conducta Alimentària	8
4.2 Trastorns de la Conducta Alimentària més comuns.....	12
4.3 Factors de risc per a patir un trastorn alimentari.....	13
4.4 Estigmes i prejudicis cap a la malaltia.....	17
4.5 Dades reals.....	18
4.6 Serveis a Catalunya que tracten els Trastorns de la Conducta Alimentària	21
4.7 La figura de l'educador/a social en la intervenció amb persones que pateixen trastorns alimentaris	23
4.7.1 Acompanyament i relació socioeducativa	29
4.7.2 Competències de l'educador/a social	30
5. Marc Metodològic.....	32
5.1 Objectiu.....	32
5.2 Antecedents	32
5.3 Metodologia	33
5.3.1 Fases i cronograma de la investigació.....	33
5.4 Instruments de recollida d'informació.....	35
5.4.1 Participants	36
5.5 Anàlisi de les dades obtingudes.....	37
5.5.1 Definició i tractament	37
5.5.2 Experiència personal o professional	40
5.5.3 Recursos i valoració personal.....	41
5.5.3.1 Necessitats detectades.....	42
6. Conclusions.....	44

7. Recomanacions.....	50
7.1 Bibliografia per aprofundir	51
8. Limitacions i dificultats.....	52
9. Difusió	53
10. Ètica del TFG	54
11. Avaluació.....	55
Referències bibliogràfiques	56
Annexes	59

ÍNDEX DE TAULES I GRÀFIQUES

Taules

Taula 1: Denominacions històriques de l'anorèxia.....	10
Taula 2. Denominacions històriques de la bulímia i síndromes associades...11	
Taula 3: Hospitals públics de Catalunya	21
Taula 4: Centres privats i concertats de Catalunya.....	22
Taula 5: Calendarització de les tasques.....	32
Taula 6: Guió de l'entrevista (sistema de categories).....	34
Taula 7: Relació de les entrevistes amb els participants.....	35

Gràfiques

Gràfica 1: Prevalença de l'Anorèxia Nerviosa.....	20
Gràfica 2: Prevalença de la Bulímia Nerviosa.....	20
Gràfica 3: Esquema de les fases de la investigació.....	31

Dedicatòries i agraïments

Realitzar aquest TFG ha estat possible gràcies a la col·laboració i l'ajuda de moltes persones. Primer de tot, vull agrair a l'Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia l'oportunitat que m'han donat de conèixer de ben a prop els Trastorns de la Conducta Alimentària. Gràcies a la gent que allà he trobat i amb qui he compartit el dia a dia al llarg de les meves pràctiques universitàries he après a mirar els trastorns alimentaris des d'una vessant més social i educativa.

En particular, vull donar les gràcies a la Marta Andújar, la meva tutora i acompanyant en aquest període d'aprenentatge en què ha confiat en mi i m'ha animat a endinsar-me en aquesta recerca que en certa manera busca reivindicar el paper de l'educador/a social en aquest àmbit.

També vull agrair a les sis persones entrevistades la seva predisposició a participar en la meva investigació i permetre'm ser testimoni de les seves experiències en relació als trastorns alimentaris. Sóc conscient de l'esforç que en molts casos ha suposat, sobretot quan es tracta de remoure moments i situacions dures i doloroses que encara són recents.

No puc passar per alt l'ajuda que m'ha proporcionat la meva tutora del TFG, la Inés Massot, que setmana rere setmana m'ha anat orientant i corregint per aconseguir que al cap dels mesos doni per acabat el treball i me'n pugui sentir orgullosa.

D'altra banda, vull donar les gràcies a la meva família. Als meus pares per la confiança que han dipositat sempre en mi i per ser el millor referent de persona que podia tenir, ja que d'ells he après tot el que ara començaré a transmetre com a educadora social.

En especial, també dono les gràcies a la meva germana, per tots els moments de lluita i superació que he viscut al seu costat. Amb ella he après a valorar la família i l'esforç que cal fer per tirar endavant. I amb ella vull seguir creixent.

L'últim a incorporar-se a la meva família ha estat el Sergi. Gràcies per fer-me sentir capaç de tot i d'estar al meu costat en tot moment. Amb tu les coses es fan molt més fàcils.

Per últim, aquest treball va dedicat a totes les persones que pateixen un trastorn alimentari. No esteu soles, hi ha molta gent que s'està movent per acompanyar-vos en aquesta lluita personal i espero que en breu s'hi puguin sumar molts més educadors socials.

Resum

Aquest Treball Final de Grau busca, a través de l'apropament a l'àmbit dels Trastorns de la Conducta Alimentària, identificar quin és o quin pot ser el paper de l'educador/a social en relació a la intervenció en aquestes malalties de salut mental. Amb el suport d'un marc teòric que ajuda a conèixer els aspectes més rellevants d'aquest àmbit d'actuació es podrà anar intuïnt la figura de l'educador/a social, actualment poc reconeguda com a tasca professional dins dels tractaments específics corresponents.

A través de la investigació, aquest treball permet endinsar-se en una realitat poc coneguda que s'ha pogut plasmar de primera mà realitzant entrevistes a familiars de persones que pateixen un trastorn alimentari i a professionals de l'educació social que hi treballen directament. Gràcies a les seves aportacions i a la comparació feta amb el marc teòric i la meua pròpia experiència en l'àmbit s'han pogut extreure un seguit de conclusions i recomanacions que marquen nous horitzons en resposta a quines són i quines poden ser les funcions i tasques de l'educador/a social. Aquestes són les que han de marcar la diferència amb els altres professionals que també participen en la intervenció dels Trastorns de la Conducta Alimentària, buscant a on és més òptim que hi sumi l'educador/a social.

PARAULES CLAU: Trastorn de la Conducta Alimentària, Intervenció socioeducativa, educador/a social.

Resumen

Este Trabajo Final de Grado busca, a través del acercamiento al ámbito de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, identificar cuál es o cuál puede ser el papel del/la educador/a social en relación a la intervención en estas enfermedades de salud mental. Con el apoyo de un marco teórico que ayuda a conocer los aspectos más relevantes de este ámbito de actuación se podrá ir intuyendo la figura del/la educador/a social, actualmente poco reconocida como tarea profesional dentro de los tratamientos específicos correspondientes.

A través de la investigación, este trabajo permite adentrarse en una realidad poco conocida que se ha podido plasmar de primera mano realizando entrevistas a familiares de personas que padecen un trastorno alimentario y a profesionales de la educación social que trabajan directamente en esta. Gracias a sus aportaciones y a la comparación hecha con el marco teórico y mi propia experiencia en el ámbito se han

podido extraer un seguido de conclusiones y recomendaciones que marcan nuevos horizontes en respuesta a cuáles son y cuáles pueden ser las tareas del/la educador/a social. Estas son las que han de marcar la diferencia con los otros profesionales que también participan en la intervención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, buscando dónde es más óptimo que sume el/la educador/a social.

PALABRAS CLAVE: Trastorno de la Conducta Alimentaria, Intervención socioeducativa, educador/a social.

Abstract

This Bachelor's Degree Final Project aims, through the approach to the field of eating disorders, to identify what is or what might be the role of the social care worker in relation to the intervention in these mental illnesses. Backed up by a theoretical framework that helps to know the most important aspects of this scope of action, we may be sensing the figure of the social care worker, currently poorly appreciated as a professional task within specific appropriate treatments.

Through a task of research, this project provides an insight into a little known reality that has been first-hand witnessed by interviewing family members of people who are suffering an eating disorder as well as social education professionals who are working on this ambit. Thanks to their contributions and the comparison made with the theoretical framework and my own experience in the field, it has been possible to extract a wide number of conclusions and recommendations that set new horizons in answer to which are and which might be the functions and tasks of the social care worker. These roles are the ones that have to make a difference with other professionals who also participate in the intervention of an eating disorder, for the purpose of finding where is the optimal point for the social care worker to act on.

KEY WORKS: eating disorders, social and educational intervention, social care worker.

1. Presentació

Quan a finals de tercer ens van presentar el Treball de Final de Grau estava totalment perduda respecte a quin tema escollir. Passava l'estiu i l'única cosa que tenia clara era que havia de ser un tema que em motivés a investigar i a conèixer amb més profunditat. Finalment, vaig apostar per tractar l'àmbit dels trastorns alimentaris, ja que m'era bastant desconegut fins al moment. Vaig aprofitar que també realitzava les pràctiques universitàries de quart en aquest àmbit per anar-m'hi introduint i anar veient les necessitats existents i els possibles temes a tractar en un Treball de Final de Grau.

D'altra banda, crec que actualment és un àmbit poc conegut en l'Educació Social i que a nivell laboral és complicat fer-s'hi un lloc entre tants professionals de la salut. També ha estat aquest motiu el que m'ha motivat a investigar sobre el paper de l'educador i l'educadora social entorn als Trastorns de la Conducta Alimentària, ja que si els propis educadors no reivindicuem el nostre espai com a professionals serà difícil obrir nous àmbits d'intervenció socioeducativa.

A més a més, si miro al meu voltant l'existència d'aquestes malalties és una realitat i la feina de sensibilització i conscienciació segueix sent molt necessària en la nostra societat. Tot i que no encari el meu treball cap a aquesta branca de sensibilització, és bàsic saber quina tasca s'està realitzant en l'actualitat i poder esbossar què hi pot seguir fent l'educador/a social respecte als trastorns alimentaris.

2. Justificació

El plantejament d'aquest TFG està enfocat a aprofundir en el món dels Trastorns de la Conducta Alimentària i en la figura professional de l'educació social. Considero que realitzar aquesta recerca té una rellevància important, ja que tal i com es pot comprovar en els centres destinats al tractament d'aquestes malalties no hi ha gairebé presència d'educadors socials. Em plantejo si aquesta realitat es deu al fet que no és necessària aquesta figura en relació amb el tractament o si simplement deixa constància de la desconeixença que es té sobre el que aquest perfil de professional pot aportar dins d'una intervenció socioeducativa.

Jo, personalment, aposto per l'opció on cal donar a conèixer les funcions que pot desenvolupar l'educador/a social i justificar per què és necessària la seva figura. Tot això s'ha de plasmar veient quin és el valor afegit que suposa comptar amb aquest educador social dins de l'equip multidisciplinar. Vull analitzar com des d'aquest rol

professional es pot fer un bon acompanyament i es pot ajudar a adquirir consciència de malaltia, tant amb les persones afectades com amb les seves famílies.

Al llarg del treball investigaré per conèixer i entendre a fons els Trastorns de la Conducta Alimentària a partir de les fonts teòriques que tracten aquest tema i sobretot amb l'ajuda dels professionals i familiars de persones afectades que han participat en aquesta investigació aportant el seu testimoni.

3. Objectiu

L'objectiu general que em plantejo en aquesta recerca és *Identificar i descriure el paper de l'educador/a social en la intervenció socioeducativa amb persones que pateixen un Trastorn de la Conducta Alimentària.*

4. Marc Teòric

Començo aquesta investigació revisant el marc teòric que enmarca els Trastorns de la Conducta Alimentària. En aquest apartat hi he volgut destacar diferents aspectes que crec que són importants de tenir en compte a l'hora d'aprofundir en aquest àmbit. El primer punt que trobarem serà un anàlisi de l'evolució històrica del concepte, seguit d'una explicació dels tipus de trastorns alimentaris més comuns. També és necessari conèixer els factors de risc que poden desenvolupar un trastorn alimentari i els estigmes i prejudicis que existeixen encara avui en dia entorn a les persones que en pateixen. A més a més, hi faré constar un seguit de dades obtingudes d'estudis realitzats que denoten la importància d'aquestes malalties i de la seva intervenció, conjuntament amb un recull dels centres on es realitza un tractament especialitzat. Per últim, he dedicat tot un punt a descriure i analitzar quina és o pot ser la figura de l'educador/a social en la intervenció amb persones que pateixen trastorns alimentaris i les seves famílies.

4.1 Evolució històrica del concepte de Trastorns de la Conducta Alimentària

Actualment, el concepte de Trastorn de la Conducta Alimentària està regulat per l'Associació de Psiquiatria Americana (American Psychiatric Association), la qual ha elaborat l'any 2013 l'últim Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-V). En aquesta guia es defineix com a un grup de trastorns mentals caracteritzats per una conducta alterada davant la ingesta alimentària o l'aparició de comportaments per

al control de pes. Aquesta alteració comporta problemes físics i afecta el funcionament psicològic i social de l'individu i el seu entorn.

Tal i com reivindica Garcia (2007) en el seu estudi antropològic, quan ens referim als trastorns alimentaris *“Partim de la base que els TCA¹ són problemes de salut no solament individuals, sinó socials, i que no es poden resoldre únicament apel·lant a la consciència personal dels pacients reals i/o potencials, sinó motivant la creació dels mitjans per intervenir en els espais socials, econòmics i polítics que els afavoreixen”* (p. 11).

Al llarg de la història han existit alteracions de les pràctiques alimentàries, les quals han generat tot tipus d'actituds socials que han estat condicionades pel context sociocultural en què es desenvolupaven. Per tant, podem veure amb alguns exemples com s'ha elaborat una construcció social² dels TCA ben diversa.

Des dels inicis de la medicina, els escrits mostren l'existència d'aprimaments exagerats causats per l'anorèxia nerviosa i sense una causa orgànica aparent. A l'any 155 Galeno, un metge grec, descriu un quadre d'anorèxia (Saldaña, 1994).

Més endavant, al segle IX, un monjo de Baviera deixa constància de la història d'una jove que es va curar en el santuari de Santa Walpurgis d'una estranya malaltia. Després de realitzar un període d'afartament la noia rebutja els aliments sòlids i vomita els làctics, fins que deixa de menjar (Habermas, 1986).

Un altre exemple el trobem al segle XI en el món àrab, on també es fan referències d'anorèxia nerviosa. Avicena, un reconegut metge persa, realitza la descripció de la malaltia del príncep Hamadham, que mor per negar-se a dinar per una profunda malenconia (Sours, 1980).

També existeixen casos en què la literatura descriu a les dones santes de l'edat Mitjana que realitzaven abstinències alimentàries. Un exemple és Santa Catalina de Siena que feia episodis d'ingesta massiva, s'induïa el vòmit i utilitzava herbes purgants (Toro, 1996).

Al segle XVI es recullen les primeres referències escrites en termes mèdics. En aquesta època comencen a aparèixer dades sobre persones que presenten una

¹ A partir d'aquest moment quan em refereixi al concepte *Trastorn de la Conducta Alimentària* utilitzaré l'abreviatura TCA.

² Per a una anàlisi més extensa sobre com ha evolucionat la conceptualització dels TCA em remeto a l'informe elaborat per l'investigador: Gracia et al. (2006) *Género, “dieting” y salud: un análisis transcultural de la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario entre las mujeres*. Instituto de la Mujer.

important inanió amb conductes restrictives i anòmales que són considerades socialment alterades i sense una justificació religiosa (Turón, 1997).

D'altra banda, la primera descripció mèdica de l'anorèxia nerviosa la va realitzar Morton a l'any 1689 en publicar un llibre amb una descripció molt precisa de l'anorèxia nerviosa i la diferenciava d'altres estats de malnutrició per tenir el seu origen en una pertorbació del sistema nerviós acompanyada de tristesa i preocupacions (Silverman, 1986).

Fins a finals del segle XIX es pensava que era una malaltia de l'ànim, una malenconia. És per això que a l'any 1873 els metges Gull i Lassègue, descriuen l'anorèxia nerviosa com a quadre psicopatològic individualitzat, el qual és molt semblant al que observem en l'actualitat, però amb una diferent interpretació de les causes de la malaltia (Toro, 1996).

Des dels anys 70, els treballs sobre anorèxia nerviosa s'han multiplicat. Va ser el psicoanalista Hilde Bruch qui va destacar la importància dels trastorns de la imatge corporal en relació als trastorns alimentaris (Turón, 1997).

Més endavant, els sociòlegs Garfinkel i Garner (1982), entre altres, fan un pas més i consideren a l'Anorèxia Nerviosa com un trastorn complex amb manifestacions clíniques, resultat de múltiples factors predisposants i desencadenants.

Inedia prodigiosa (Hildanus, 1646)
Nervus atrophy (Morton, 1694)
Anorexia mirabilis (Boisser, 1772)
Apepsia hysterica (Gull, 1868)
Anorexia nervosa (Gull, 1874)
Anorexia hysterica (Lasègue, 1873)
Mental anorexia (Huchard, 1863)
Pubertal addiction to thinness (Bruch, 1985)
Self-starvation (Palazzoli, 1963)

Taula 1: Denominacions històriques de l'anorèxia.
Font: Gracia, M.(2007: 17)

En referència a aquestes denominacions, Gracia (2007) aporta que *“l'anorèxia nerviosa continua classificada com a malaltia mental, ja que no hi ha causes orgàniques demostrables que puguin explicar la seva aparició i desenvolupament. No obstant, hom fa referència a la influència de factors genètics en la predisposició a aquests trastorns basant-se en estudis de prevalença familiar i de bessons. En aquests estudis, el pes dels factors socioculturals sol ser mínim i fa referència*

únicament als efectes de la imposició d'un patró de bellesa generalitzat i difós massivament en els darrers anys pels mitjans de comunicació” (p. 17).

Per altra banda, comparant la història referent a la Bulímia Nerviosa aquesta és molt més recent, ja que fins als anys 50 no n'apareixen les primeres referències. Segurament no se li donava tanta importància i podia passar més desapercebuda. Però hi ha situacions històricament conegudes que en plasmen la seva existència, com per exemple les viscudes en el món romà, on es practicaven afartaments seguits de vòmits autoinduïts. En aquests casos, el caràcter festiu, voluntari i controlable deixava de banda el caràcter patològic d'aquests comportaments alimentaris (Toro, 1996).

Rusell a l'any 1979 considera la bulímia nerviosa com una variant de l'anorèxia, definint-la amb períodes de sobreingesta seguits de vòmits o d'ús de diürètics i laxants que tenen la finalitat d'anul·lar les conseqüències de l'afartament realitzat (Russell, 1979).

Una de les primeres investigacions sobre la BN la va realitzar Fairburn demanant a les lectores de la revista “Cosmopolitan” que es posessin en contacte amb ell si en patien per fer un qüestionari. En pocs dies va rebre moltes respostes, i només un 2,5% de les que en patien estaven rebent un tractament. Els resultats d'aquest estudi suggerien que la BN era una malaltia greu no detectada en la gran majoria dels casos (Fairburn i Cooper, 1982).

Bulimia (Trevisa, 1398)
Caninus appetitus (James, 1743)
Hiperorexia (Soltman, 1894)
Cinorexia / Licorexia / Fringale (Blachez, 1869)
Síndrome del gordo/delgado (Bruch, 1973)
Bulimarexia (Boskind Lodhal, 1976)
Bulímia nerviosa (Russell, 1979)
Síndrome del caos dietético (Palmer, 1979)
Síndrome del control anormal/normal del peso (Crisp, 1981)

Taula 2. Denominacions històriques de la bulímia i síndromes associades.
Font: Gracia, M.(2007: 18)

També aprofundeix Gracia (2007) dient que “amb aquestes denominacions es volia descriure el patir una gana ferotge i es descrivien signes i símptomes relacionats amb les pràctiques de menjar fins afartar-se (...). L’afartament acompanyat del vòmit ha estat freqüent al llarg de la història en determinats contextos i grups socials. Aquestes conductes no es consideraven patològiques perquè obeïen a motius festius, religiosos o mèdics. Els factors econòmics i el grau de riquesa també tenen el seu paper en aquestes pràctiques, i la golafreria és una pràctica social acceptada i valorada en moltes societats (p. 18).

4.2 Trastorns de la Conducta Alimentària més comuns

Tal i com comentava anteriorment, en el DSM-V³ s’especifiquen els diferents trastorns mentals que formen part del grup de TCA⁴. Entre ells els més comuns són els següents:

- L’*Anorèxia Nerviosa (AN)* es manifesta com una necessitat patològica d’estar prim, acompanyat de la pràctica voluntària de procediments per aconseguir-ho: dieta restrictiva estricta i conductes purgatives (vòmits autoinduïts, abús de laxants, ús de diürètics, etc.). Tot i la pèrdua de pes, les persones afectades presenten un intens temor a arribar a ser obeses, una gran distorsió de la imatge corporal i una preocupació extrema per la dieta, la figura i el pes. Generalment desenvolupen estratègies d’evitació cap al menjar i accions compensatòries per contrarestar el queingereixen (hiperactivitat física desmesurada, conductes de purga, etc.).

- La *Bulímia Nerviosa (BN)* es caracteritza per episodis d’afartaments (ingesta voraç i incontrolada), en els quals s’ingereix una gran quantitat d’aliment en poc espai de temps i generalment en secret. Les persones afectades intenten compensar els efectes de les sobreingestes mitjançant vòmits autoinduïts i/o altres maniobres de purga o augment de l’activitat física. Mostren preocupació malaltissa pel pes i la figura, però no es produeixen necessàriament alteracions en el pes. La bulímia nerviosa sol ser un trastorn ocult, fàcilment passa desapercebut i es viu amb sentiments de vergonya i culpa . Per aquest motiu la persona afectada sol demanar ajuda quan el problema ja està avançat .

³ Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, elaborat per l’Associació de Psiquiatria Americana (American Psychiatric Association) l’anomenaré d’ara en endavant amb l’abreviatura DSM-V.

⁴ Veure criteris de diagnòstic als ANNEXES, extrets de la web de l’Associació Contra l’Anorèxia i la Bulímia (www.acab.org)

- El *Trastorn per Afartament* està caracteritzat per episodis d'ingesta compulsiva de forma recurrent. Té moltes similituds amb la bulímia nerviosa, però la diferència principal és que la persona que ho pateix no realitza conductes compensatòries (vòmit autoinduït, abús de laxants i/o diürètics, dejunis, exercici físic en excés, etc.). També és habitual que la persona que té aquest trastorn presenti símptomes depressius. Una de les conseqüències més habituals del trastorn per afartament és patir sobrepès o obesitat, amb els riscos que això comporta per la salut.

Cal tenir en compte que l'obesitat del 20-30% de les persones que la pateixen és conseqüència d'un Trastorn per Afartament. En aquests casos l'obesitat no és producte d'alteracions nutricionals o genètiques sinó que ha de ser considerada des d'un punt de vista psicològic. El malestar principal és el sentiment de manca de control i per tant, la realització d'afartaments precipita l'augment de pes i l'obesitat. A més a més, s'ha constatat que els nens i les nenes obeses o amb sobrepès tenen més probabilitat de desenvolupar un Trastorn de la Conducta Alimentària en l'adolescència.

- Els *Trastorns de la Conducta Alimentària No Especificats (TCANE)* són habitualment quadres incomplets d'anorèxia nerviosa o bulímia nerviosa, tant perquè es troben en el seu inici o perquè estan en procés de recuperació. Per tant, es troben símptomes similars a l'anorèxia nerviosa o bulímia nerviosa, però sense arribar a configurar un quadre complet, no per això menys greu. En els TCANE també s'inclouen problemes com la utilització habitual de conductes compensatòries inapropiades (després d'ingerir quantitats normals d'aliment) i episodis d'ingesta compulsiva de manera recurrent, però sense conductes compensatòries.

4.3 Factors de risc per a patir un trastorn alimentari

Segons el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona en els Quaderns de la Bona Praxi que van redactar el 2005 destinats als trastorns alimentaris, hi ha un seguit de factors de risc que poden facilitar el fet de desenvolupar un Trastorn de la Conducta Alimentària. Aquests factors també han estat recollits i explicats per l'Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia (ACAB)⁵ i el seu coneixement pot ser molt útil a l'hora de dissenyar projectes de prevenció en aquest àmbit i de treball terapèutic amb joves afectats i els seus familiars. Fins i tot, des de la Generalitat de Catalunya es va redactar l'any 2001 una guia per a educadors/es en la prevenció dels Trastorns del

⁵ A partir d'ara passaré a anomenar l'Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia amb la seva abreviatura ACAB.

Comportament Alimentari, fent especial menció als factors de risc que influeixen en el procés d'aquestes malalties.

A causa de la seva importància es poden observar a continuació els diferents factors de risc agrupats per categories, tal com els mostra l'ACAB:

Factors individuals

- *Predisposició genètica*: el risc de patir un TCA s'incrementa si hi ha l'antecedent d'un familiar que n'hagi patit.
- *Trets psicològics*: certs trets de personalitat com una autoexigència molt elevada, perfeccionisme obsessiu, necessitat de control i rigidesa cognitiva estan molt relacionats amb l'aparició d'un TCA.
- *Baixa autoestima*: tenir una baixa autoestima, fent una valoració negativa i insatisfactòria d'un mateix incrementa la probabilitat de patir un TCA.
- *Imatge corporal negativa*: les persones que no tenen una imatge real del seu propi cos i que, a més, les emocions i sentiments que tenen cap a aquests són negatius i són més vulnerables a l'hora de patir un TCA.
- *Adolescència*: l'adolescència és l'etapa vital en què existeix un major risc de desenvolupar un TCA. Es pot diagnosticar un TCA en persones de totes les edats, però en la majoria de casos la malaltia va debutar durant l'adolescència. Això succeeix perquè durant aquesta etapa la personalitat, l'autoestima i el rol social de la persona estan en ple desenvolupament i, per tant, és més vulnerable davant un entorn social en el qual la pressió per la imatge és excessivament elevada.
- *Sexe femení*: els estudis determinen que de cada 10 casos de TCA, 9 són dones i 1 és un home, de manera que ser dona implica major risc de patir un TCA, segurament per la major pressió social.

Factors familiars

- *Ambient familiar desestructurat*: les famílies en les quals no existeix una estructura estable i segura tenen major risc de desenvolupar un TCA en algun dels membres, sobretot en aquells que de manera individual tenen més risc, com les noies adolescents.

- *Ambient familiar sobreprotector*: aquelles famílies en les quals la comunicació i la dinàmica familiar és excessivament rígida, controladora i exigent poden influir en el desenvolupament d'un TCA, sobretot en els membres amb major vulnerabilitat.
- *Experiències vitals estressants*: canvis traumàtics en l'estructura familiar com, per exemple, la mort d'un dels membres pot augmentar la probabilitat de patir un TCA.

Factors Socials

- *Model de bellesa imperant*: l'actual model de bellesa, que “defensa” una primesa excessiva, té un pes molt important en el desenvolupament dels TCA. En els darrers anys, l'aparició d'aquest nou cànon de bellesa ha vingut acompanyat d'un increment molt notable de l'incidència de casos de TCA.
- *Pressió social respecte la imatge*: en les últimes dècades, el valor social de la imatge també ha guanyat rellevància, de manera que no només tenim un model de bellesa perjudicial per a la salut sinó que, a més, la pressió social rebuda pel que fa a la importància d'assemblar-se a aquest model és excessivament elevada. Aquests dos factors combinats tenen una clara influència en l'aparició de TCA. El paper dels mitjans de comunicació en la difusió del model de bellesa actual els situen com a agents responsables, en bona mesura, en l'augment dels TCA en la nostra societat.
- *Determinats esports o professions*: certes activitats esportives, com la dansa, per exemple, poden afavorir l'aparició de TCA a causa del tracte que fan de la imatge en la pràctica d'aquest esport. Altres esports de risc són aquells en els quals es competeix per categories de pes. També són grup de risc totes aquelles persones que exerceixen professions relacionades amb el món de la moda, espectacle i televisió o cinema, ja que la professió sovint exerceix pressió pel que fa a tenir una determinada imatge.
- *Crítiques i burles relacionades amb el físic*: les persones, sobretot infants i adolescents, que han rebut crítiques i burles relacionades amb la seva aparença física i que a causa d'això s'han sentit insegures amb la seva imatge, poden presentar major tendència a desenvolupar un TCA.
- *El sistema de tallatge actual*: el sistema de talles actual és un sistema no unificat que té com a resultat un patronatge heterogeni que resulta confós per a

la població, fins al punt que la persona no és capaç de conèixer quina és la seva talla. L'informe "No trobar la teva talla promou l'anorèxia" alerta que un 44% de la població fa un intent de dieta per aprimar en comprovar que no utilitzen la talla que creien.

- *L'existència de pàgines web que fan apologia de l'anorèxia i la bulímia:* en els últims anys han aparegut i s'han reproduït ràpidament, tal i com denuncia l'informe "Les pàgines pro ana i pro mia inunden la xarxa", la presència a internet de pàgines que fan apologia de l'anorèxia i la bulímia com a "formes de vida" en lloc de com a malalties mentals. Són pàgines creades per una persona que pateix un TCA i en les quals diferents persones també afectades es posen en contacte amb l'objectiu d'intercanviar trucs per aprimar, reforçar les conductes patològiques pròpies de la malaltia, enganyar familiars i amics, entre d'altres accions. L'accés a aquest tipus de pàgines és molt fàcil i ja que encara no existeix una legislació concreta al respecte, no es tenen a l'abast les eines necessàries per acabar amb aquest factor que exerceix una influència tan negativa, sobretot, entre els nois i noies més joves.

Cal tenir en compte que tenir algun d'aquests factors de risc no comporta necessàriament patir un trastorn alimentari, però la combinació de diferents factors pot provocar el desenvolupament i manteniment de la malaltia. És important tenir presents els diferents factors de manteniment que podem trobar, com són la malnutrició (sobretot en casos d'anorèxia), els factors socials i culturals, els conflictes familiars i els trastorns psiquiàtrics que dificulten el treball terapèutic específic del trastorn alimentari.

D'altra banda, també es poden promoure un seguit de factors de protecció que poden ajudar a reduir el desenvolupament d'aquestes malalties. Poden ser útils a l'hora de treballar l'àmbit de la prevenció, fomentant una bona autoestima de la persona per a que també tingui una bona imatge corporal, treballant els hàbits alimentaris i estil de vida saludables, aconsellant fer com a mínim un àpat en família on tothom mengi el mateix i afavorint un espai de comunicació entre pares i fills, i per últim, tenint en compte els mals usos i perills d'Internet per tal d'afavorir el seu ús responsable i fomentar l'esperit crític.

4.4 Estigmes i prejudicis cap a la malaltia

Actualment, el coneixement respecte als trastorns de la conducta alimentària és més elevat que fa uns anys, però tot i això a nivell social se segueixen tenint massa estereotips i falses creences sobre aquestes malalties. Tal i com ha recollit l'Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia, gràcies a la seva tasca diària d'ajuda a les famílies i persones afectades i a la conscienciació social, podem veure a continuació set d'aquestes falses creences que demostren el gran desconeixement que encara existeix:

❖ *L'anorèxia i la bulímia són els únics TCA.*

FALS. A més de l'anorèxia i la bulímia, existeixen altres TCA molt comuns com el trastorn per afartament, o el trastorn de la conducta alimentària no especificat (TCANE).

❖ *L'anorèxia és el trastorn més freqüent.*

FALS. Tal i com reflecteix la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària elaborada pel Ministeri de Salut i Consum, es diagnostiquen més casos de bulímia i trastorn de la conducta alimentària no especificat que anorèxia.

❖ *Sempre que algú pateix un TCA està molt prim.*

FALS. En molts casos l'aparença física de la persona que pateix un TCA és normal. És a dir, no necessàriament està prima o excessivament prima. Creure erròniament que tothom que pateix un TCA està prim pot dificultar la detecció d'aquest.

❖ *Els TCA no es curen mai del tot.*

FALS. Tal i com reflecteix la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària elaborada pel Ministeri de Salut i Consum, al voltant del 50-60% dels casos es recupera totalment, un 20-30% ho fa parcialment, i només un 10-20% cronifica la malaltia. El que és imprescindible per a la recuperació d'un TCA és la realització d'un tractament mèdic i psicològic especialitzat.

❖ *Algú que pateix un TCA el té perquè "ho ha buscat".*

FALS. Els TCA són trastorns mentals que ningú tria patir. Són trastorns que provoquen un intens patiment tant a la persona afectada com al seu entorn familiar. Sempre tenen un origen multicausal en el qual intervenen diversos factors de tipus individual, familiar

i social, de manera que el resultat final és que hi ha persones més o menys vulnerables de patir un TCA, mai persones que decideixen patir-lo.

❖ *Els TCA són cosa només de noies joves.*

FALS. Tot i que els TCA són més habituals en dones (9 de cada 10 casos són dones), afecten a ambdós sexes. També es diagnostiquen en persones de totes les edats. El que sí és habitual és que l'edat d'inici de la malaltia se situï a l'adolescència, i un cop ha aparegut, la malaltia acompanya la persona fins que aquesta es posa en tractament.

❖ *Els afartaments propis de la bulímia i el trastorn per afartament són un problema de força de voluntat.*

FALS. Quan parlem de bulímia i trastorn per afartament parlem de trastorns mentals que es caracteritzen pel fet que la persona afectada no té la capacitat de controlar la seva ingesta. De cap manera es tracta de manca de voluntat.

4.5 Dades reals

A continuació he elaborat un recull de dades rellevants en l'àmbit dels trastorns alimentaris. En la majoria de casos són estudis epidemiològics que posen de manifest la incidència i la prevalença dels TCA dins de la població, fets a tenir en compte a l'hora d'iniciar una intervenció socioeducativa concreta.

Primer de tot vull aclarir, amb el recolzament de l'enciclopèdia de salut, dietètica i psicologia, els dos conceptes que guiaran aquest apartat: incidència i prevalença. Aquests fan referència a dues mesures de freqüència de malalties, en aquest cas dels TCA. Mesuren el nombre de casos en què una malaltia apareix en una població en concret. La prevalença se centra en descriure la proporció de població que pateix la malaltia en un moment determinat i, en canvi, la incidència comptabilitza els casos nous que van apareixent en un període de temps determinat.

D'altra banda, també cal tenir en compte a què ens referim amb el concepte *estudi epidemiològic*. Segons l'Organització Mundial de la Salut (2015) *“la epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud”*.

Una dada important que es va observar en l'Enquesta de Salut de Catalunya realitzada pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya l'any 2002 va ser que una

part considerable de menors d'edat feia dieta. En la majoria dels casos eren noies adolescents que ho feien sense una raó mèdica específica que ho impulsés, ja que la motivació era la pèrdua de pes i l'obtenció d'una major autoavaluació personal. En concret, la Fundació Imatge i Autoestima (2008) apunta que el 60% dels joves espanyols realitzen o han realitzat dieta per a perdre pes, presentant disconformitat amb el seu aspecte físic (majoritàriament en el sexe femení). I sentència que el 97% de les persones que pateixen un TCA ha realitzat o realitza una dieta restrictiva sense supervisió mèdica.

Relacionat amb aquesta informació hi ha l'enquesta que va fer l'any 2000 el Col·legi de Farmacèutics de Barcelona sobre el comportament alimentari dels infants amb edats d'entre els onze i els tretze anys. Van obtenir dades de més de 2.300 infants i com a resultats es va detectar que el 24% de noies i el 19% de nois havia fet dieta per aprimar-se, i que un 21% de noies i un 18% de nois havia fet exercici físic amb el sol objectiu de perdre pes. Com a conclusió, dos de cada cinc nens i nenes volien estar més primers.

També és significatiu l'estudi realitzat per la Fundació Imatge i Autoestima (Fundació IMA, 2008) en el qual hi participen 500 noies de Barcelona. En aquest estudi es volia observar la percepció que tenen les noies sobre el seu propi cos, i els resultats van ser molt rellevants:

- El 36% estaven molt preocupades per la silueta i /o pes.
- El 65% volien aprimar-se (només hi havia sobrepès entre un 8-10%).
- El 49% tenien por d'augmentar de pes, encara que la resta de persones pensés que estaven molt primes.
- El 49% es veien grasses, tot i que la resta de persones pensava que no ho estaven.

D'altra banda, a nivell general, es valora que més d'un 65% del col·lectiu adolescent català, i en comparació també de l'espanyol, està insatisfet amb el seu cos.

Aprofitant les dades que aporta aquest estudi en concret, també s'observa com a dada global que el 5% de la població femenina jove espanyola pateix un Trastorn del Comportament Alimentari i l'11,5% estan en alt risc de patir-ne. Altres informacions que poden ser de certa importància reflecteixen que entre el 60-70% de les noies adolescents admet que les revistes influeixen en la seva idea de figura corporal ideal i al voltant d'un 50% desitgen perdre pes com a conseqüència de comparar-se amb aquestes models. Si es fa una anàlisi de contingut de les revistes juvenils més llegides

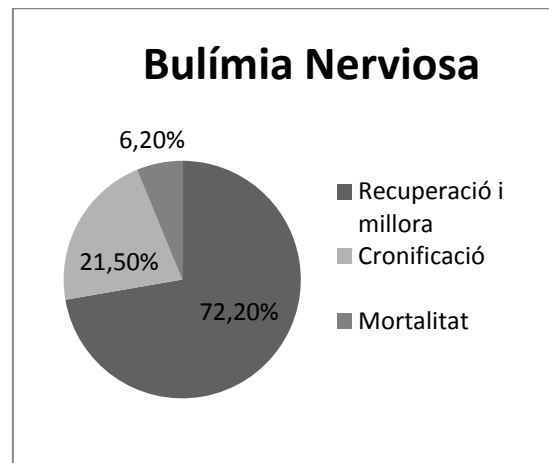
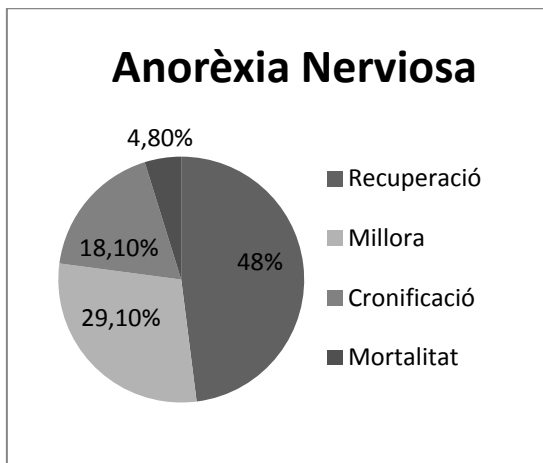
per les noies, es pot afirmar que un 25% dels anuncis que hi apareixen conviden explícitament a la pèrdua de pes.

Com a altres dades rellevants que ens poden servir per comparar trobem que segons la Fundació Eroski (2000) els trastorns alimentaris afecten un 4% de dones adolescents i joves, i en aquest grup d'edat es calcula que un 20% estan en risc de patir-ne. Cal tenir en compte que en el conjunt de persones que pateixen un TCA, el 90% són dones i el 10% restant homes. Tanmateix, aquests trastorns es van presentant en edats més avançades i també en dones en edats més adultes.

Per la seva part, el Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya (2002) va promoure una campanya per a la detecció precoç dels Trastorns de la Conducta Alimentària. Els resultats d'aquest estudi mostren que dins del total d'habitants de Catalunya l'any 2002, hi havia 36.400 persones afectades per un TCA, de les quals 8.000 eren noies d'edats entre els 12 i els 18 anys. També calculen que a l'Estat espanyol aquell any hi havia 350.000 persones afectades amb un 4,8% de casos adolescents. A nivell d'Europa, Estats Units i Canadà, la prevalença dels trastorns alimentaris estava entre l' 1% i el 4% en noies adolescents i joves.

A més a més, segons un estudi realitzat l'any 2006 per l'Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia (ACAB), en col·laboració amb la Fundació Viure i Conviure de Caixa Catalunya, en 8 anys s'havien duplicat a Catalunya el nombre de persones afectades per un TCA, ja que havien passat de ser el 3% (any 1998) al 6% (any 2006) de la població.

Tal i com recull Gracia, A. en la seva investigació publicada en *Els Trastorns Alimentaris a Catalunya* (2007), la prevalença que es calcula que hi ha és “en l'anorèxia un 48% de les persones afectades superen la malaltia, un 29,1% milloren, un 18,1% dels casos es cronifica i la taxa de mortalitat és a prop del 5%. En la bulímia (...) un 72% de casos de recuperació, un 21,5% de cronificació i un 6,2% de mortalitat”(p. 22). A partir d'aquestes dades i d'altres extretes de l'ACAB, a continuació es pot veure de manera més gràfica la prevalença actual que hi ha de l'Anorèxia Nerviosa i de la Bulímia Nerviosa, fent que sigui més fàcil entendre la realitat d'aquestes malalties.



Gràfica 1: Prevalença de l'Anorèxia Nerviosa. **Gràfica 2:** Prevalença de la Bulímia Nerviosa.

Font: Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia (2007)

Per tancar aquest apartat de dades reals, cal fer referència a una informació molt rellevant que aporta la Fundació Imatge i Autoestima (2008), dient que els TCA constitueixen actualment la 3a malaltia crònica entre la població femenina adolescent de les societats desenvolupades i occidentalitzades.

4.6 Serveis a Catalunya que tracten els Trastorns de la Conducta Alimentària

En aquest apartat he organitzat un recull dels centres sanitaris que tracten específicament els trastorns alimentaris o que hi tenen una Unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària (UTCA), tant a nivell públic com a privat i concertat. Per accedir a aquests recursos sempre és recomanable passar primer pel Centre d'Atenció Primària (CAP). Allà obtens una primera valoració del teu cas i et poden marcar l'itinerari a seguir per tal que un psiquiatra especialitzat en TCA et faci un diagnòstic definitiu. Un cop es té el diagnòstic s'ha de començar la realització del tractament en un centre especialitzat, ja que és la única via per tal de poder superar un trastorn alimentari.

En les següents taules he dividit els serveis i recursos en províncies i Barcelona ciutat, que és l'indret que compta amb més centres. També, en el cas dels hospitals públics, he separat els centres depenent de l'edat d'atenció amb la qual treballin. En canvi, en els centres privats i concertats, la divisió està feta en relació amb la tipologia de servei que s'ofereix.

HOSPITALS PÚBLICS DE CATALUNYA		
Barcelona ciutat	Majors d'edat	Hospital de Bellvitge
		Hospital Germans Trias i Pujol (Can Ruti)
		Hospital de Sant Pau
	Menors d'edat	Hospital Clínic
		Hospital Sant Joan de Déu
Barcelonès	Majors d'edat	Mútua de Terrassa
		Hospital General d'Igualada
		Hospital Sant Joan de Déu Althaia (Manresa)
	Menors d'edat	Hospital de Mataró
	Totes les edats	Hospital Parc Taulí (Sabadell)
		Hospital General de Vic
Girona	Menors d'edat	Hospital de Santa Caterina
Lleida	Totes les edats	Hospital de Santa Maria
Tarragona	Totes les edats	Hospital Joan XXIII

Taula 3: Hospitals públics de Catalunya.

Font: Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia (2014)

CENTRES PRIVATS I/O CONCERTATS DE CATALUNYA		
Barcelona Ciutat	Hospitalització + Centre de Dia + Ambulatori	Institut de Trastorns Alimentaris (ITA)
		Hestia Palau Centre de Trastorns Alimentaris
	Centre de Dia + Ambulatori	Centre ABB
		Servei especialitzat en trastorns de la conducta alimentària (SETCA)
		Centre Rocafort
	Ambulatori	Centre CIANE
		Tu Eres + Clínic
		Institut Galton
		CITTA
		Centre Psicològic Gaudí
		Unitat de Teràpia de Conducta
		Centre Mèdic Teknon
	Unitat d'Atenció Psicològica	
Barcelonès	Ambulatori	ITACA
	Centre de Dia + Ambulatori	Centre Khepra
		IADA Sabadell
	Hospitalització + Centre de Dia + Ambulatori	UOTA. Unitat d'Obesitat i Trastorns Alimentaris
CATA (Centre d'Atenció als Trastorns Alimentaris)		
Girona	Centre de Dia + Ambulatori	Clínica Bofill

	Ambulatori	SETCA Girona
		Tu Eres + Clínic
Tarragona	Ambulatori	PSICOMED SALUT
		Centre ABB
Lleida	Ambulatori	CENTRE INTEGRAL PSICO

Taula 4: Centres privats i concertats de Catalunya.
Font: *Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia* (2014)

4.7 La figura de l'educador/a social en la intervenció amb persones que pateixen trastorns alimentaris

Després de fer una recerca exhaustiva dels documents que tracten la relació entre l'educació social i els Trastorns de la Conducta Alimentària, el resultat és molt escàs i limitat, ja que no s'ha estudiat gaire aquest tipus d'intervenció socioeducativa. Tot i això, he agafat de referents els documents professionalitzadors elaborats l'any 2007 per l'Associació Estatal d'Educadors Socials (ASEDES)⁶. Amb aquests i comparant-los amb altres fonts d'informació es podrà emmarcar teòricament la figura de l'educador/a social⁷ en la intervenció en trastorns alimentaris.

En aquest punt intentaré donar resposta a la pregunta més freqüent que podem escoltar quan plantejem el paper de l'educador/a social en relació a la intervenció en TCA: "Què poden fer?". Per tal d'organitzar de manera més entenedora els continguts d'aquest apartat, el dividiré en tres grans grups que fan referència als diferents destinataris de la intervenció: les persones afectades, els familiars i la prevenció socioeducativa. També hi haurà un apartat final que tractarà específicament de l'acompanyament i la relació socioeducativa, ja que és una tasca transversal de l'Educació Social.

⁶ A partir d'ara utilitzaré l'abreviatura ASEDES per referir-me a l'Associació Estatal d'Educadors Socials

⁷ Es pot ampliar la informació sobre la figura professional de l'educador/a social consultant els següents organismes:

- EDUSO (Portal espanyol de l'Educació Social) a destacar:
 - o Article publicat a la Revista d'Educació Social (RES) el juliol de 2011 sobre la presentació al Marc Conceptual de les Funcions i Competències de l'Educador/a Social.
 - o Informació dels congressos mundials de l'Associació Internacional d'Educadors Socials (AIEJI) i dels congressos estatals de l'educació social.
- Revista del Colegio Profesional de Educadoras y Educadores Sociales de Andalucía (COPESA).
- Asociación Española para el estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AETCA).

Dins d'aquests quatre blocs hi apareixeran les funcions i competències que pot desenvolupar un/a educador/a social i les principals àrees a tractar. Per tal de deixar un bon recull de totes elles hi ha un altre apartat amb aquesta finalitat.

➤ L'educador/a social en relació a les persones afectades

La primera intervenció que ens plantejem dins dels trastorns alimentaris és justament amb les persones afectades que els pateixen. Segurament són el conjunt de destinataris més complicat d'accedir, ja que ja hi ha uns tractaments establerts que actualment encara no compten gaire amb la figura de l'educador/a social.

Primer de tot, seria important veure en què consisteix un tractament específic de trastorn alimentari per tal de poder visualitzar a on podria intervenir la figura professional de l'educador/a social. Cal tenir en compte que és llarg i complex, però amb possibilitats de recuperar-se, tal i com hem vist en un 60% de casos aproximadament. El realitza un equip multidisciplinar que acostuma a estar compost pel psicòleg, psiquiatra, infermera, nutricionista i, en ocasions, l'educador social. Hi ha varietat de professionals per a poder garantir que la persona rep un tractament integral en el qual es tractin totes les causes i conseqüències de la malaltia.

Segons la informació que proporciona en el seu web l'ACAB sobre els tractaments dels TCA, els objectius que es volen assolir són els següents:

- Restaurar i/o normalitzar el pes i l'estat nutricional, aconseguint una alimentació saludable i normalitzada.
- Tractar les complicacions físiques derivades d'una alimentació inapropiada.
- Proporcionar educació sobre un hàbit alimentari saludable.
- Modificar/millorar el malestar psicològic que ocasiona el trastorn alimentari. Això implica treballar sentiments, emocions, experiències i comportaments que perjudiquen la qualitat de vida de la pròpia persona. Per tal d'aconseguir-ho és necessari que la persona faci teràpia psicològica i, en els casos que sigui necessari pel grau de simptomatologia, combinar-la també amb un tractament farmacològic.
- Prevenir possibles recaigudes.
- Corregir les pautes d'interacció social alterades, acceptant el trastorn i la responsabilitat de curar-se, afrontant els fracassos i vençant els sentiments d'impotència.

Un cop vistos els objectius que persegueixen aquest tipus de tractament, cal que ens plantejem què hi pot aportar l'educador/a social que complementi la tasca dels altres

professionals. Un bon resum esquemàtic que es pot relacionar amb els anteriors objectius del tractament el trobem al Congrés Virtual de Psiquiatria i Neurociència on es va parlar justament sobre el paper de l'educador/a social, arribant al consens de les següents funcions específiques a poder desenvolupar:

- Afavorir l'acceptació del propi cos i els canvis que s'hi presenten.
- Promoure el coneixement de les capacitats i les limitacions personals.
- Potenciar l'esperit crític enfront dels estereotips culturals i els models que ens proposa el món de la publicitat i la moda.
- Donar les pautes adequades per aconseguir un comportament alimentari saludable. Intentar recuperar la dieta mediterrània.
- Afavorir l'autoestima, és a dir, ajudar a descobrir les característiques personals positives.
- Facilitar l'expressió i l'exteriorització dels sentiments a través de la comunicació.

Per tant, l'educador/a social pot fer un treball directe amb les persones afectades, sobretot a nivell educatiu que potenciï les seves habilitats personals i socials. Tot i que hi hagi molts aspectes que també es treballin en la teràpia més psicològica, pot ser de gran ajuda fer un treball grupal amb dinàmiques més experiencials i que treballin altres temes essencials per a la persona, però sense centrar-se únicament en la malaltia i el símptoma.

A més a més, un altre aspecte que cal tenir molt en compte on l'educador social també pot intervenir és en la reinserció social, laboral i acadèmica, si és necessari. Aquesta necessitat es deu als llargs períodes d'hospitalització, aïllament social i altres aspectes que es poden alterar relacionats amb el desenvolupament psicosocial. Aquests suposen una dificultat més a l'hora de fer una teràpia efectiva que aconseguixi l'autonomia de la persona afectada. La figura de l'educador/a social pot ser el principal agent rehabilitador d'aquestes àrees que la llarga durada de la malaltia ha alterat. Aquest pot treballar objectius relacionats amb el disseny d'un itinerari vital personalitzat, la creació d'un espai lúdic adequat i la construcció d'una xarxa social de suport que sigui sana.

Només llegint la definició que estableix ASEDES (2007) de l'educació social, queda justificada la relació que es fa d'aquestes tasques amb la figura de l'educador/a social, ja que tota persona té dret a:

- *“La incorporació del subjecte de l'educació a la diversitat de les xarxes socials, entesa com el desenvolupament de la sociabilitat i la circulació social.*

- *La promoció cultural i social, entesa com a obertura a noves possibilitats de l'adquisició de béns culturals, que amplii'n les perspectives educatives, laborals, d'oci i participació social". (p. 11)*

També es poden destacar les funcions i competències que van relacionades a aquesta tasca de rehabilitació. Després de revisar les funcions de l'educador/a social que recull ASEDES (2007) en destaco una com a més rellevant en relació a aquesta tasca: la generació de xarxes socials, contextos, processos i recursos educatius i socials. Aquesta funció fa referència a les accions i activitats que afavoreixen l'aparició de processos individuals i grupals relacionats amb la possibilitat d'una millora personal o social en els diferents contextos en què es troba la persona. S'hi associen les següents competències a desenvolupar per l'educador/a social:

- *"Perícia per identificar els diversos llocs que generen i possibiliten un desenvolupament de la sociabilitat, la circulació social i la promoció social i cultural.*
- *Capacitat per potenciar les relacions interpersonals i dels grups socials.*
- *Capacitat per crear i establir marcs possibilitadors de relació educativa particularitzats.*
- *Saber construir eines i instruments per enriquir i millorar els processos educatius." (p. 38)*

No es pot passar per alt l'altra funció que també es comenta anteriorment en relació a aquesta apartat, la qual és inseparable de qualsevol intervenció en educació social: el disseny, implementació i avaluació de programes i projectes educatius. Aquesta funció és important pel fet que l'educador/a social es pugui responsabilitzar de les seves pròpies accions i tingui les capacitats per generar projectes i programes propis, com pot ser en aquest àmbit dels trastorns alimentaris on actualment hi té molt poca presència. Per tal de deixar constància de quines són les competències relacionades a aquesta funció es pot observar la següent llista extreta d'ASEDES (2007):

- *"Capacitat per formalitzar els documents bàsics que regulen l'acció socioeducativa; projecte de centre, reglament de règim intern, pla de treball, projecte educatiu individualitzat i altres informes socioeducatius.*
- *Domini de tècniques de planificació, programació i disseny de programes i/o projectes.*
- *Capacitat de posar en marxa plans, programes i/o projectes educatius i accions docents.*
- *Coneixement de les diverses tècniques i mètodes d'avaluació." (p. 40)*

➤ L'educador/a social en relació a les famílies

Dins de les característiques pròpies dels trastorns alimentaris hi ha un aspecte molt freqüent i típic que afecta la realització dels tractaments corresponents: la manca de consciència de malaltia. Tot i que acostuma a ser en el període d'inici del tractament pot ser que la persona no sigui capaç de reconèixer la necessitat de fer el tractament. Tot això ho ressalto perquè és llavors quan ha d'entrar en joc la família, ja que hi pot jugar un paper destacat a l'hora d'ajudar a la persona a prendre consciència de malaltia i a acceptar l'ajuda que rep dels professionals especialitzats.

És per aquest motiu que cal tenir molt en compte el treball que es fa amb les famílies i els beneficis que aquest pot aportar a la recuperació de les persones afectades. Tal i com assenyala l'ACAB, mitjançant els Grups d'Ajuda Mútua (GAM) o els grups familiars es pot millorar el coneixement de la malaltia i del tractament per part dels pares i mares, ajuda a descarregar el malestar i el desgast que produeix la malaltia en la dinàmica familiar, serveix per fer arribar pautes a les famílies i facilitar estratègies per afrontar el dia a dia amb la malaltia, i es treballa la millora de la comunicació en relació amb la persona afectada des d'una vessant emocional.

Aquestes funcions que pot desenvolupar l'educador/a social cap a les famílies queden referenciades també dins de les normes deontològiques generals del seu Codi Deontològic. Més concretament, en l'article 6 s'afirma que l'educador/a *"potenciarà els recursos personals i socials de tots els membres de l'entorn més proper i d'aquest en el seu conjunt per tal que col·labori, en la mesura de les seves possibilitats, en l'abordatge i la resolució de les situacions plantejades"* (ASEDES, 2007, p. 25).

L'efecte positiu de la col·laboració de la família ha estat estudiat per l'Escola de Medicina de la Universitat d'Stanford, on es demostra que la seva en el tractament de la persona afectada per un TCA afavoreix la seva recuperació de manera més ràpida i millor, tot el contrari de mantenir totalment aïllada la família del tractament. Aquests resultats han estat recollits per un article del diari ABC.

Seguint amb aquesta línia un article de l'Institut Nacional de Gestió Sanitària (2014) parla també sobre la comunicació entre pares i fills, la qual és bàsica de cara a qualsevol pauta de prevenció. Per tant, la formació dels pares i mares és clau si es vol anar a la una en l'àmbit educatiu, assimilant els fets aconseguits sobretot en relació a la comunicació. Dins d'aquest bloc temàtic de la comunicació entre pares i fills es poden distingir diversos aspectes molt rellevants a treballar: l'expressió de sentiments negatius, l'enfortiment de l'autoestima i l'escolta activa. També hi ha altres factors en els quals els pares poden participar a nivell de comunicació i que en qualsevol cas

millorarien els processos pels quals passen els seus fills i filles. Aquests poden ser: el suport familiar, la implicació en l'educació alimentària (és recomanable fer mínim un menjar en família al dia, creant un bon clima) i conèixer els factors de vulnerabilitat dels TCA.

Precisament, tal i com informa l'ACAB, un dels punts que s'intenta treballar i potenciar en els tractaments de TCA és el fet d'afavorir el recolzament familiar i proporcionar assessorament i teràpia a la família quan sigui necessari. Tasques que pot assumir en part la figura de l'educador/a social, ja que té aquesta visió més sistèmica de la persona on s'engloba l'entorn més proper, la família.

Aquesta associació també ofereix un servei d'atenció a les famílies de persones que pateixen un trastorn alimentari proporcionant tota la informació necessària sobre la malaltia i suport emocional. A part de les atencions individualitzades també es pot participar en els Grups d'Ajuda Mútua (GAM), espai on poden expressar, compartir, escoltar i sentir-se escoltades en la seu procés d'acompanyament d'un fill/a afectat per un TCA. És important fer un treball amb les famílies⁸ on es puguin tractar diferents temes relacionats amb la malaltia, aconseguint una bona formació per tal d'afrontar millor la situació en la qual es troben.

➤ L'educador/a social en relació a la prevenció socioeducativa

D'altra banda, un àmbit molt ampli on la figura de l'educador social pot ser molt necessària és el de la prevenció, amb la qual es pot evitar l'aparició de nous casos de trastorns alimentaris i ajudar en la detecció precoç de persones que n'estan patint. Una entitat pionera en la prevenció dels TCA és la Fundació Imatge i Autoestima (Fundació IMA), la qual treballa principalment amb el col·lectiu més vulnerable de la societat en relació a aquestes malalties, els adolescents i joves. Defensen una prevenció integral, incloent així també a la família i als educadors/es.

Segons informa l'ACAB, després de realitzar una intervenció preventiva amb un grup de 30 nois i noies es detecten de mitjana 1,5 casos d'alumnes adolescents amb el quadre complert d'un TCA o amb alt risc de patir-ne. És per aquest motiu que la Fundació IMA compta amb el suport de la Conselleria d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya per treballar conjuntament la prevenció dels trastorns alimentaris. El programa de prevenció i promoció de la salut que aquesta fundació realitza consta de

⁸ Per tal d'aprofundir més en aquest apartat d'atenció a les famílies recomano consultar el web de l'Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia (www.acab.org). Allà s'hi pot trobar informació específica sobre què pot fer la família d'una persona afectada: pautes, formació, cursos, grups d'ajuda, articles d'interès...

tallers educatius de prevenció dirigits a infants i adolescents, formacions per a professorat i professionals dels centre educatius per tenir eines per a la prevenció i la detecció precoç d'alumnes en risc, formacions per a famílies per treballar la detecció i els factors protectors dins de l'àmbit familiar i, per últim, acompanyament si s'escau a joves que puguin estar patint un TCA i a les seves famílies per a obtenir un diagnòstic i un recurs especialitzat per al seu tractament.

Per tal d'aprofundir més en la temàtica de la prevenció, se'n poden distingir entre dos tipus: la inespecífica i l'específica. Tal com presenta la guia per a educadors i educadores en la prevenció dels Trastorns del Comportament Alimentari elaborada per la Generalitat de Catalunya l'any 2001, la prevenció inespecífica es basa en desenvolupar recursos i habilitats que permetin un creixement integral de la persona, tasca que hauria de ser fonamental en els adults que són referents pels infants i joves. En canvi, la prevenció específica es centra en donar informació sobre el risc que comporten certes conductes i quines poden ser les maneres d'evitar-les.

En relació a les funcions de l'educador/a social descrites en el Codi Deontològic n'hi ha una que coincideix amb aquests aspectes que es poden treballar des de la prevenció: coneixement, anàlisi i investigació dels contextos socials i educatius. Aquesta funció fa referència a la investigació i al coneixement de les dinàmiques institucionals i dels contextos socials en totes les seves dimensions, relacionades amb el desenvolupament de la persona. Com a competències associades en destaco les següents (ASEDES, 2007: 39):

- *“Capacitat per detectar les necessitats educatives d'un context determinat.*
- *Perícia per discriminar les possibles respostes educatives a necessitats, diferenciant-les d'altres tipus de resposta possibles (assistencials, sanitàries, terapèutiques, etc.).*
- *Capacitat d'anàlisi i avaluació del medi social i educatiu (anàlisi de la realitat).”*

Veure les necessitats que té la població en relació a aquest tipus de prevenció és bàsic per a poder orientar de la millor manera les pràctiques a realitzar, fent-les més efectives. També és important conèixer els tipus de necessitats que ens podem trobar i, per tant, és imprescindible estar ben informats i formats en l'àmbit d'intervenció on fem la prevenció, justament per a poder donar les respostes més adequades en cada cas.

4.7.1 Acompanyament i relació socioeducativa

D'altra banda, a nivell transversal dins de la intervenció en l'àmbit dels trastorns alimentaris hi ha una funció bàsica que pot desenvolupar l'educador/a social:

l'acompanyament i la relació socioeducativa. Si busquem la base teòrica, dins del seu Codi Deontològic es destaca el principi d'acció socioeducativa, el qual fa referència a la funció de l'educador/a social de crear relacions educatives amb la finalitat de facilitar que la pròpia persona sigui la protagonista de la seva vida. També hi afegeix que les seves accions socioeducatives com a professional han d'anar orientades a acompanyar a la persona, grup o comunitat per tal d'aconseguir una millora de la qualitat de vida. Per tant, ha de vetllar per dur a terme una aproximació directa a les persones destinatàries de la seva acció socioeducativa, afavorint l'aparició de processos educatius que permetin tenir un bon creixement personal i una integració en la seva comunitat.

També trobem evidències relacionades amb l'acompanyament en un article de Cruzat i Haemmerli (2009) on presenten que segons els principals descobriments recents la relació establerta entre pacient i terapeuta es proporcional a la probabilitats d'èxit en els resultats del tractament que duen a terme. Senyalen com a factors determinants la confiança i la confidencialitat i el recolzament i esforç per part del terapeuta. Aquest resultat ens indica la importància de crear un bon vincle amb la persona que acompanyem, tasca que l'educador social pot potenciar molt en la seva intervenció, ja que no ha de tractar directament la malaltia i el símptoma.

A més a més, aquest acompanyament també pot ser fonamental a l'hora de treballar amb les famílies. Necessiten un suport més enllà de la informació teòrica que poden rebre sobre la malaltia o de l'estat del tractament de les seves filles. Entendre com se senten les persones afectades, com ho viuen i perquè, també són aspectes a treballar que poden ser dinamitzats per la figura de l'educador/a social.

Evidentment, fer un bon acompanyament i establir una relació educativa en les diferents intervencions preventives en aquest àmbit pot ser molt beneficiós a l'hora de detectar possibles casos de trastorns alimentaris. També per fer un treball més de conscienciació i sensibilització amb el conjunt de població i, sobretot, amb els col·lectius d'adolescents que tenen el major risc de patir-ne.

4.7.2 Competències de l'educador/a social

Per últim, cal remarcar que la figura professional de l'educador/a social es caracteritza per la seva manera d'actuar i de fer les diverses intervencions, sigui en l'àmbit que sigui. Però centrant-nos en aquest àmbit dels TCA és important deixar constància d'algunes competències necessàries que pot aportar aquesta figura professional, les quals donen valor i qualitat a la seva tasca dins dels tractaments, acompanyaments i intervencions social que realitza o podria realitzar. Em refereixo a les **competències**

relatives a les capacitats comunicatives, relacionals (ex: escolta activa), d'anàlisi i síntesi, críticoreflexives i per a la selecció i gestió del coneixement i la informació, tal i com recull ASEDES (2007).

A mode de resum, faig una enumeració de les diferents competències que he anat citant en aquest apartat de la recerca per a que en sigui més fàcil la seva consulta:

- Perícia per identificar els diversos llocs que generen i possibiliten un desenvolupament de la sociabilitat, la circulació social i la promoció social i cultural.
- Capacitat per potenciar les relacions interpersonals i dels grups socials.
- Capacitat per crear i establir marcs possibilitadors de relació educativa particularitzats.
- Saber construir eines i instruments per enriquir i millorar els processos educatius.
- Capacitat per formalitzar els documents bàsics que regulen l'acció socioeducativa; projecte de centre, reglament de règim intern, pla de treball, projecte educatiu individualitzat i altres informes socioeducatius.
- Domini de tècniques de planificació, programació i disseny de programes i/o projectes.
- Capacitat de posar en marxa plans, programes i/o projectes educatius i accions docents.
- Coneixement de les diverses tècniques i mètodes d'avaluació.
- Capacitat per detectar les necessitats educatives d'un context determinat.
- Perícia per discriminar les possibles respostes educatives a necessitats, diferenciant-les d'altres tipus de resposta possibles (assistencials, sanitàries, terapèutiques, etc.).
- Capacitat d'anàlisi i avaluació del medi social i educatiu (anàlisi de la realitat).

5. Marc Metodològic

Aquest apartat de la investigació és el que vertebra el “com” es duu a terme la recerca i quins passos s’aniran seguint per tal d’obtenir respostes a l’objectiu plantejat a l’inici del TFG. Els apartats que he considerat necessaris han estat els següents: formular un objectiu propi pel marc metodològic; donar constància dels antecedents d’aquest tipus d’investigació; fer una descripció de la metodologia emprada, tenint en compte les fases i el cronograma de la investigació; exposar els instruments de recollida d’informació i els participants de la recerca; i, per últim, fer l’anàlisi de les dades obtingudes.

5.1 Objectiu

L’objectiu que guiarà el marc metodològic d’aquesta investigació consisteix en *Detectar les necessitats socioeducatives tant de les persones que pateixen un Trastorn de la Conducta Alimentària com de les seves famílies*. Amb aquest objectiu es busca poder establir quin pot ser el paper de l’educador social dins de la intervenció en trastorns alimentaris a través de les necessitats socioeducatives exposades per familiars i professionals directament relacionats amb les persones afectades.

5.2 Antecedents

Després d’una intensa recerca d’antecedents en el sector de l’educació social sobre les necessitats de les persones afectades per un TCA i els seus familiars, no he pogut trobar estudis específics que relacionin els trastorns alimentaris amb la intervenció socioeducativa des de l’educació social. Tots els estudis que tracten els trastorns alimentaris fan referència a aspectes clínics i estadístics de la malaltia i no s’analitzen els aspectes més de caire socioeducatiu.

L’única recerca enfocada a aprofundir en els factors més socials de la malaltia és la dirigida per Gracia. A (2007) des de la Generalitat de Catalunya on es busca una aproximació més antropològica als trastorns alimentaris. En aquesta investigació posen de manifest que *“en el si de les societats industrialitzades, els trastorns del comportament alimentari s’han estudiat àmpliament i han estat objecte d’innombrables treballs mèdics, psicològics, històrics i antropològics, ja que estem davant d’un problema de salut multifactorial que demana una anàlisi i una intervenció interdisciplinària. Tot i que en el moment de la seva emergència s’apel·la a factors de tipus genètic, psicològic i culturals com afavoridors d’aquest tipus de trastorns, els aspectes socials i educatius associats als TCA han estat poc o gens considerats, en*

part perquè hi ha hagut una desconexió important entre les aproximacions biomèdiques i les socials (p. 11).

Per tant, aquest pot ser un camp innovador d'investigació de cara a nous estudis a realitzar, tenint en compte la possible figura de l'educador/a social en la intervenció dels Trastorns de la Conducta Alimentària.

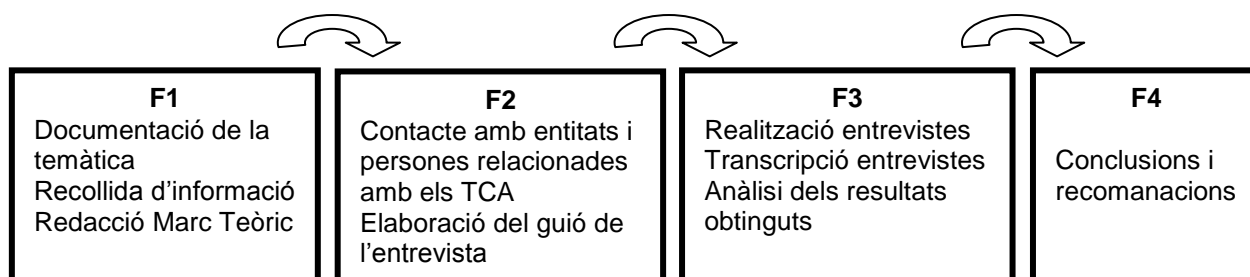
5.3 Metodologia

Per al desenvolupament d'aquesta investigació he considerat oportú utilitzar una metodologia qualitativa, perquè per una banda és la que millor s'adapta a l'objectiu de la investigació (*Identificar i descriure el paper de l'educador/a social en la intervenció socioeducativa amb persones que pateixen un Trastorn de la Conducta Alimentària*) i, per altra banda, m'ha permès poder extreure dades rellevants i profundes, assumint una realitat dinàmica i única en cada cas analitzat, ja que com afirma Bisquerra (2004:278):

“Una de las finalidades de la investigación cualitativa es sumergirse en el mundo subjetivo de las personas y hacerlo emerger. Sólo convirtiéndolas en actores y actrices de sus propias vidas se podrá comprender y atribuir significado a los acontecimientos y situaciones vividas en el contexto del estudio”.

5.3.1 Fases i cronograma de la investigació

Per dur a terme aquesta investigació s'ha seguit un pla de procediment, aconseguint així delimitar les quatre fases bàsiques que han guiat el procés. Per a poder visualitzar de manera ràpida les fases del procés d'investigació, a continuació realitzo un breu esquema d'aquestes:



Gràfica 3: Esquema de les fases de la investigació. **Font:** Elaboració pròpia.

Primer de tot, en la **Fase 1**, es va seleccionar un tema on poder enfocar la investigació: l'educador/a social envers l'intervenció socioeducativa en Trastorns de la Conducta Alimentària. Un cop definida la línia d'investigació es va iniciar la recerca de

dades rellevants amb les quals poder fonamentar aquest estudi i situar-se dins d'un marc teòric.

A partir d'aquí es desenvolupa la **Fase 2** on es comença el disseny de la recerca determinant els informants de l'estudi i la planificació necessària que es duria a terme per obtenir de dades, començant per l'elaboració del guió de les entrevistes. En aquest cas, s'han confeccionat dos models diferents de guió, ja que he considerat oportú poder concretar en la informació específica que aporten els familiars, per una banda, i els professionals, per l'altra. El contacte amb entitats i persones relacionades amb els TCA no m'ha estat molt complicat gràcies a la meva estada de pràctiques de quart a l'Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia, en la qual he conegut a molta gent de l'àmbit i a altres entitats que treballen amb els trastorns alimentaris.

Un cop enllestides aquestes fases s'inicia la **Fase 3** en al qual es recull la informació necessària a través de les sis entrevistes realitzades. Seguidament, després de fer-ne la transcripció, es duu a terme l'anàlisi dels resultats obtinguts, el qual és de caire qualitatiu per tal de donar valor i poder plasmar correctament les dades obtingudes. S'utilitza un sistema de categories⁹ on es recullen les diferents dimensions a analitzar en relació a les preguntes que es fa als entrevistats.

Per últim, en la **Fase 4**, ja es poden elaborar les conclusions finals de la investigació i deixar redactades algunes recomanacions que s'hagin extret al llarg de la recerca i que puguin ser d'utilitat per al camp de l'educació social.

D'altra banda, a continuació es pot observar la planificació i organització de les diverses tasques en relació al temps estimat en mesos que he dedicat a realitzar-les:

TASQUES	S	O	N	D	G	F	M	A	M
Delimitació temàtica TFG									
Recollida d'informació									
Redacció Marc Teòric									
Contacte entitats i persones									
Realització i transcripció entrevistes									
Anàlisi resultats obtinguts									
Redacció definitiva del TFG									

Taula 5: Calendarització de les tasques. **Font:** Elaboració pròpia.

⁹ Veure document de sistema de categories en l'apartat 5.4.2 *Guió de l'entrevista*.

5.4 Instruments de recollida d'informació

A l'hora d'escollir l'instrument de recollida d'informació per aquesta investigació he valorat que la millor eina per a fer la recollida de dades significatives és l'entrevista, ja que aporta una proximitat molt directe i propera a la realitat que s'està estudiant i amb persones especialment escollides per donar testimoni. Tal i com descriu Bisquerra (2004) *"la entrevista es una técnica cuyo objetivo es obtener información de forma oral y personalizada, sobre acontecimientos vividos y aspectos subjetivos de la persona (...) en relación con la situación que se está estudiando"* (p. 336).

He utilitzat entrevistes semiestructurades i per tal de poder dissenyar les entrevistes a realitzar he utilitzat el següent guió d'entrevista. En aquest si poden observar les diferents dimensions, les quals seran primordials a l'hora de fer l'anàlisi dels resultats obtinguts. Per a cada una d'aquestes dimensions he formulat un objectiu específic que clarifica la finalitat de cada dimensió. A més a més, també he marcat una relació entre les preguntes a formular i el perfil d'entrevistat a qui van dirigides: familiars, professionals o ambdós.

Tot i això, sempre hi ha l'opció de poder introduir noves qüestions que sorgeixin en el moment de realitzar l'entrevista i que aportin informació rellevant a la recerca.

GUIÓ DE L'ENTREVISTA			
Objectius específics	Dimensió	Preguntes	Perfil
Contextualitzar a l'informant de l'entrevista.	Caracterització	- Quina edat tens? - A què et dediques? Estudies, treballes...?	Els dos
Indagar sobre els coneixements que es tenen dels TCA.	Definició i tractament	- Què és per a tu un Trastorn de la Conducta Alimentària? - Quins factors creus que afavoreixen al desenvolupament d'un TCA? - Un TCA es pot superar totalment? - Quins factors poden afavorir aquesta recuperació? I quins factors la poden dificultar? - Quins professionals intervenen en el tractament dels TCA? Quines funcions i competències tenen?	Els dos
Conèixer la vivència personal de persones properes als TCA.	Experiència personal o professional	- Coneixes persones del teu entorn que pateixen o han patit un TCA?	Els dos
		- Quina ha estat la teva vivència personal	Família

		entorn als TCA? - Edat d'inici de malaltia? - Persones de suport? - Durant el tractament, has tingut contacte amb algun educador social?	
		- Què et mou a treballar en aquest àmbit de TCA? - Pots explicar una mica quina és la teva experiència personal com a educador/a social dins d'aquest àmbit?	Professionals
Recollir diversos aspectes de valoració personal relacionats amb els TCA. Conèixer els recursos destinats als TCA i la valoració d'aquests.	Recursos i valoració personal	- Quins recursos coneixes de tractament de TCA? Com els valors? - (Quins professionals intervenen en el tractament dels TCA?) Com els valors? - Creus que hi haurien d'intervenir altres professionals? Per què? - Quines necessitats creus que tenen les persones que pateixen un TCA? Obtenen resposta d'algun recurs?	Els dos
		- Quina aportació en la intervenció podria fer un educador social per donar resposta a aquestes necessitats?	Professionals

Taula 6: Guió de l'entrevista (sistema de categories). **Font:** Elaboració pròpia.

5.4.1 Participants

Les persones escollides per a ser entrevistades són, per una banda, familiars de persones que pateixen o han patit un Trastorn de la Conducta Alimentària i, per l'altra, educadors socials i professionals que ja treballen en aquest àmbit específic. És important poder escoltar la seva veu, ja que es donarà a conèixer de primera mà la realitat que es viu entorn a una persona que pateix aquest tipus de malaltia mental, des de la perspectiva de la família i dels propis professionals que participen en el seu tractament, en aquest cas la figura de l'educador social que és la que ocupa el focus d'aquesta investigació.

Tot i que la meua intenció inicial era comptar també amb la col·laboració de persones afectades, a mesura que anava avançant la investigació vaig decidir centrar-me en trobar familiars i professionals que vulguessin participar i donar el seu testimoni. No és fàcil tractar aquest tema amb persones que estan patint un trastorn, ja que és molt delicat, i no puc valorar fins a quin punt era imprescindible arriscar-me a alterar algun procés de recuperació.

Amb les persones que han participat hi he pogut contactar a través de les meves pràctiques universitàries de quart de carrera a l'Associació Contra l'Anorèxia i la

Bulímia. Gràcies a aquest apropament a l'àmbit dels trastorns alimentaris he conegut persones afectades, familiars i altres entitats on també hi ha presència d'educadors/es socials.

RELACIÓ ENTREVISTES	
Entrevista 1 (E1)	Familiar (pare) persona afectada de TCA
Entrevista 2 (E2)	Familiar (mare) persona afectada de TCA
Entrevista 3 (E3)	Familiar (mare) persona afectada de TCA
Entrevista 4 (E4)	Educador social que treballa a l'Hospital Clínic
Entrevista 5 (E5)	Educadora social que treballa a l'ACAB (Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia)
Entrevista 6 (E6)	Infermera que treballa a l'Hospital Clínic

Taula 7: Relació de les entrevistes amb els participants. **Font:** Elaboració pròpia.

5.5 Anàlisi de les dades obtingudes

Aquest apartat és un dels més rellevants de la investigació, ja que és on s'analitzen les dades recollides a les entrevistes realitzades, comparant-ne els resultats obtinguts i destacant aquells aspectes més significatius. A través d'algunes cites textuais sentirem de primera mà el testimoni de sis persones que han viscut els Trastorns de la Conducta Alimentària de ben a prop, ja sigui a nivell familiar o laboral.

Per tal de poder fer una anàlisi ordenada i estructurada he agrupat les respostes dels entrevistats en les tres dimensions més rellevants que ja he presentat anteriorment amb el guió de l'entrevista:

- Definició i tractament
- Experiència personal o professional
- Recursos i valoració personal

5.5.1 Definició i tractament

Començant amb els aspectes més teòrics és important veure quina **definició** té cada persona del què és un TCA. És curiós perquè tots donen respostes que van més o menys enfocades cap a la mateixa direcció, però amb particularitats específiques que en molts casos venen donades per la relació que han establert amb la malaltia. Trobem respostes molt tècniques com la que diu E6 *“és una alteració en la percepció*

de la imatge corporal que fa que un ho vulgui canviar d'una forma inadequada amb els hàbits alimentaris”, i d'altres molt més personals com la de E2 “es una alteración que puede afectar a una persona que no sepa gestionar sus emociones correctamente y que tenga dificultades a nivel afectivo. Entonces todas esas dificultades las centra en la comida, que yo pienso que es una de las cosas que van más unidas a la relación con la madre”.

Seguint amb la pregunta de **quins factors influeixen en el seu desenvolupament**, també hi ha respostes molt comunes, tot i que cadascú focalitza en uns o en uns altres els factors que per ells tenen més pes. El recull que se n'extreu és el següent:

- Factor de la imatge corporal, no sentir-se a gust amb el propi cos, generant així un patiment intern que dóna com a resultat que la persona no s'estimi (E5).
- Factors genètics i de la personalitat de la persona: alta autoexigència, baixa autoestima, rigidesa emocional, perfeccionisme, etc (E1, E2, E3).
- Factors familiars i també relacionats amb els hàbits alimentaris a casa (E3, E4, E5).
- Factors socials relacionats amb els valors socials, el món de la moda, els mitjans de comunicació i també amb el grup d'amics adolescents que tendeixen a les comparatives entre ells (E3, E4).

Quan se'ls pregunta si aquests trastorns **es poden superar totalment** tots responen afirmativament, tot i que en la majoria d'ocasions hi afegeixen matisos com fa E3 “*jo crec que sí que hi ha persones que tornen a controlar completament la seva vida i que tenen una vida normal amb les seves dificultats, com pot tenir una altra persona*”, o com diu E2 “*Yo pienso que sí, o como mínimo quiero creer que sí. Porque no hay manera de luchar en favor de algo si no crees en ello*”. També es pot destacar una explicació molt completa de la situació que poden viure aquestes persones afectades que fa E1 “*Hi ha un percentatge estadístic que diu que sí, un 60% que en principi ho supera, però sempre queda algun tipus de residu que en qualsevol moment pot fer rebrotar el trastorn. El que passa és que les persones que ja ho han superat ja tenen elements i tenen eines per preveure que hi ha aquest risc i d'alguna manera posar fre a algun tipus d'actituds o demanar ajuda en el moment en que es troben afectades pel trastorn*”.

Un cop resposta aquesta pregunta apunten quins són per ells els **factors que poden afavorir aquesta recuperació**. En aquesta ocasió cadascú destaca els aspectes que per a ell són més importants, però només en algunes ocasions coincideixen amb la resta d'entrevistats. El recull de factors és el següent:

- Reconèixer el problema, tenir consciència de malaltia (E1, E2,E5).
- Factor confiança i de deixar-los créixer (E2, E3).
- La motivació a superar la malaltia (E2, E5, E6).
- Sentir-se còmodes amb el seu cos (E4).
- Factor familiar com a motor per potenciar la motivació de les persones afectades, estant unida per poder lluitar contra la malaltia. També cal educar les famílies (E1, E2, E4, E5).
- Estabilitat emocional: trobar una parella sana o la solució de situacions externes que van provocar l'inici de la malaltia (E4).
- Realitzar un tractament terapèutic on es treballen factors importants com l'autoestima i els problemes de personalitat (E1, E3).

A més a més, tal com diu E3 la protecció és un factor que pot empitjorar aquesta recuperació, ja que és mantenidora de la malaltia i *“vulguis o no fas moltes coses protectores que potser amb normalitat no les faries”*. Un altre factor que pot jugar en contra és el fet de patir altres trastorns psicològics a part de l'alimentari, tal com apunta E2.

Per tancar aquest bloc d'anàlisi, es va preguntar pels **professionals que intervenen en el tractament** dels trastorns alimentaris i les respostes han estat completament coincidents en dues figures en concret: el psicòleg i el psiquiatre. També s'ha coincidit majoritàriament en la figura de les infermeres i en casos puntuals s'ha esmentat a la figura professional de la dietista / nutricionista, la terapeuta ocupacional, l'educador social i la mestra.

Les **funcions** d'aquest professionals sí que han coincidit completament a l'hora de descriure-les:

- Psiquiatre: s'ocupa de fer el diagnòstic i de fer el tractament farmacològic si és necessari. Realitza visites amb la família (E1, E3, E4, E5, E6).
- Psicòleg: fa el tractament psicoterapèutic, grupal o individual enfocat sobretot a treballar el símptoma. Realitza visites amb la família (E1, E3, E4, E5, E6).
- Infermera: s'encarrega de les conseqüències físiques o orgàniques de la malaltia (pesar, treure sang, controlar els àpats, administrar la medicació, etc.) Són les persones que passen més hores amb les persones afectades. També pot realitzar grups terapèutics (E1, E4, E5, E6).
- Dietista / nutricionista: determina la dieta que li correspon a cada pacient (E3, E4, E5, E6).
- Terapeuta ocupacional: tallers grupals que poden estar més desvinculats de la malaltia (E4, E6).

- Educador social: tallers grupals que poden estar més desvinculats de la malaltia (E4, E6).

5.5.2 Experiència personal o professional

L'anàlisi d'aquesta dimensió no ha estat massa senzilla, ja que es tracten temes d'experiències personals i no es pot generalitzar massa quan es tracta de casos particulars. Tot i això, en la pregunta que es feia sobre si **coneixen algú del seu voltant que pateix un TCA**, sense comptar el familiar afectat, tots han contestat negativament excepte dues persones.

En l'altra part on expliquen **el seu procés i la seva vivència personal** ho he analitzat en dos blocs: els familiars i els professionals.

Els professionals coincideixen en el fet d'afirmar que per a ells treballar en aquest àmbit és un repte i una motivació, ja que *"descobreixes cada dia alguna cosa nova, te m'adones que l'ésser humà és una incògnita en tota la seva globalitat"* (E5). E4 afegeix *"acostumen a ser noies d'alt rendiment i t'exigeixen molt als grups"*, i E6 explica *"no et pots relaxar, a la que et relaxes ja t'han colat una"*.

D'altra banda, els familiars transmeten en els seus comentaris la mateixa sensació de tristesa, d'estar perduts i de moments molt durs i complicats: *"No saps com afrontar-ho i a nivell emocional et desmunta"* (E1), *"Es algo muy difícil de vivir porque la impotencia que sientes ante un problema así es enorme"* (E2). També a mesura que van explicant la seva història se'n desprèn una certa acceptació després d'haver conviscut molts anys amb aquest tipus de malaltia: *"Tan de bo no hi hagués sigut, però sempre se'n pot treure coses positives tant la persona que li toca passar-ho com la família. El que passa és que (...) hi ha moments que les coses estan molt descontrolades, no entens què passa, el teu fill el veus entre la vida i la mort i és molt dur"* (E3).

En els casos d'aquests pares i mares, les seves filles van començar a partir un Trastorn de la Conducta Alimentària entre els 14 i els 20 anys, excepte en un cas molt aïllat que va ser als 33.

A nivell de suport personal que va tenir la família en aquells moments o que segueix tenint, tots coincideixen que no van tenir cap persona en concret en qui recolzar-se, només van comptar amb l'ACAB on hi van trobar el suport dels Grups d'Ajuda Mútua per pares. D'aquest suport en destaquen el fet que hi trobaven pares que havien passat per la mateixa situació que ells i compartir amb altres persones els ajudava: *"En*

aquells moments em van ajudar a canviar el xip, a veure les coses d'una manera diferent, jo com a persona poder canviar moltes coses. Per a mi va ser un gran suport i ho segueix sent. Són persones a qui encara acudeixo” (E3).

Per a ells era important trobar-se amb persones que estaven en la mateixa situació perquè des de fora la incomprensió cap a aquells trastorns mentals era total, tal com explica E1: *“La família no entén res, “amb un parell de bufetades això s’arregla. Si no ho entens tu la gent de fora és impossible que ho entengui. La gent entén que et trenques el braç i es cura, però els trastorns psicològics són tabú, una cosa que es desconeix”.*

També és important tenir en compte un comentari que fa E2: *“El hecho de estar tan desinformada y no saber cómo solucionarlo me desesperaba. Cuando yo me topé por primera vez con el problema la información que tenía era nula y obtener información o ayuda no era ni mucho menos tan fácil como lo es hoy. He vivido mucho tiempo escuchando que todo eran imaginaciones mías”.*

Després de poder sentir un resum de les seves vivències en relació als trastorns alimentaris els preguntava si en el seu recorregut de tractaments havien trobat algun educador social que hi treballés. La seva resposta va ser en tots els casos que no.

5.5.3 Recursos i valoració personal

En aquesta última dimensió que he analitzat els entrevistats han explicat els seus coneixements i experiències personals en relació als centre de tractament i a un seguit d’altres aspectes vinculats amb els TCA.

En referència als **centres de tractament**, tots els entrevistats coincideixen en afirmar que és necessari que siguin especialitzats en tractar Trastorns de la Conducta Alimentària. E5 explica molt bé el motiu: *“L’ideal és que les persones puguin anar a centres especialitzats, perquè s’entén que els professionals que hi ha estan formats en aquest trastorn, que per la seva complexitat (...) si tens molta experiència és molt més fàcil que puguis acompanyar el pacient molt millor i tenir millors resultats amb el tractament”.*

Una reflexió que fa E1 en relació a la valoració de centres privats i públics deixa entreveure la possibilitat que els centres privats es puguin aprofitar en certa manera de les situacions que viuen les famílies que tenen algú que està patint un TCA, ja que a nivell públic no hi ha recursos suficients per la durada de temps del tractament. Amb això apunta que seria convenient que tots els diagnòstics es fessin en un lloc públic,

evitant així que es pugui mirar pels propis interessos del centre a nivell de tractament, fet que no afirma que necessàriament s'hagi de produir.

Per altra banda, E4 aporta una conclusió que també cal tenir en compte: *“Jo penso que amb els TCA és difícil parlar d'un recurs on tot sigui positiu, perquè parlem de noies molt complexes (...) i penso que tots els recursos sumen”*.

Com a cas excepcional, una de les mares no ha conegut recursos específics fins al cap de molts anys de tenir la malaltia a casa i ho ha fet a través de l'ACAB on actualment ella és voluntària.

A nivell de professionals, també se'ls preguntava sobre si creien que havien d'intervenir **altres perfils professionals en el tractament**. En general, les famílies consideren que els pilars del tractament són els psicòlegs, però no descarten que algun altre professional, més de caire social, pugui complementar-lo a través d'activitats alternatives que ajudin a la persona a involucrar-se en el tractament i millorar les seves capacitats personals per així poder superar la malaltia més fàcilment.

En el conjunt de les entrevistes han anat sortint i **comentant tasques concretes que podria dur a terme un educador social**. Una d'aquestes va enfocada a un possible treball de reinserció social de les persones afectades un cop estan superant la malaltia. Una altra aportació la fa E5, assegurant que la figura de l'educador social dins del tractament dels TCA pot sumar i ho explica de la següent de manera: *“Si no hi és, segurament no passarà res, però afegeix valor al treball amb la persona, perquè aporta coses que des de l'àmbit psicològic únicament no s'aborden. Un educador social pot aportar treballar les altres parts de la persona que fan que en total tots aquests equips multidisciplinaris acaben intervenint en la totalitat de la persona com una unitat. Llavors l'impacte és més gran”*.

Aprofundeix en aquestes coses a treballar, destacant principalment tots els aspectes sans de la persona, les capacitats personals i socials com l'autoestima, les habilitats comunicatives i l'assertivitat, els valors i el treball emocional. Marca molt bé la diferència amb la feina del psicòleg: *“L'educador social al final no és que treballi unes coses concretes que no treballa el psicòleg, més que res l'educador social el que aporta és la seva manera de fer, més integradora, utilitzant el que hi ha en l'entorn, el que ja té la persona. És un treball que és més educatiu que no psicològic, perquè procura fer canvis en la persona ajudant-la a que s'apropriï d'un nou coneixement.”*

També es valora que una figura professional com la de l'educador social pot desenvolupar una tasca de prevenció i de transmissió de bon hàbits alimentaris en la societat, la qual es pugui fer abans d'arribar a necessitar un tractament i ajudi alhora a tenir més consciència social respecte als trastorns alimentaris.

5.5.3.1 Necessitats detectades

Per últim, aquestes entrevistes han servit per detectar les **necessitats que tenen les persones afectades i les seves famílies**. Coincidint amb el que afirma E4: *“a vegades ens pensem que les noies amb TCA no tenen més problemes que el menjar, i no. Tu les veus aquí fora i no et dona la sensació que hagin de tenir problemes. Són noies de famílies relativament estructurades, funcionen molt bé al cole, però tenen unes pors terribles, davant de qualsevol dificultat són capaces d'entrar en situacions de risc per qualsevol tonteria, i fan responsables al seu cos d'allò”*. Per això faig un recull del que s'extreu de les sis entrevistes realitzades:

Necessitats de les persones afectades

- Autovaloració en positiu, acceptar-se tan com són i estimar-se (autoestima). Autoconfiança i autorecolzament: que la persona confiï en si mateixa, es doni valor i existència (E1, E5, E6).
- Autoconeixement i redescobriments d'ella mateixa. Aprendre a gestionar emocions d'una altra manera (E5).
- Tenir un suport (E2, E5) per ajudar en la contenció del símptoma: “Com que la persona no pot parar de fer símptoma, se sent tan malament amb si mateixa que això la porta a fer més símptoma” (E5).
- Afecte (E2, E3).
- Comprensió (E3).
- Carències a nivell de recursos, habilitats socials (recursos de la vida diària) i d'expressar sentiments (E6).
- Formació en nutrició, dieta (falta de coneixement del cos), conseqüències de la malaltia (E6).
- Treballar el contacte (E6).
- Millorar relacions socials (E5, E6)
- Prevenció en diversos temes, per exemple drogues i sexe: “Són un col·lectiu d'alt risc sobretot a nivell sexual i de consum de substàncies tòxiques” (E4).
- Físiques: recuperació de pes (E6).

Cal tenir en compte que és molt possible que les persones afectades rebutgin l'ajuda que se'ls vol donar des de la família o els centres de tractament, "no tenen capacitats potser d'acceptar-ho, però ho necessiten més que mai" (E3)

Necessitats dels familiars

- Formar-se, entendre què passa per treure's el sentiment de culpa, què han de fer per ajudar i no ser mantenidors de la malaltia: procés molt educatiu on poden fer canvis en la seva manera de relacionar-se amb la persona afectada (E5, E6).
- Rebre ajuda per estar menys angoixades (E5, E6).

6. Conclusions

Tal i com he apuntat a l'inici d'aquest TFG, l'objectiu general que ha vertebrat tota aquesta investigació ha estat *identificar i descriure el paper de l'educador/a social en la intervenció socioeducativa amb persones que pateixen un Trastorn de la Conducta Alimentària*. Per tal de poder valorar si està assolit o no i quines respostes es poden generar caldrà posar tota la informació recopilada fins ara sobre la taula i començar a extreure conclusions. Els tres pilars que serviran com a font d'informació seran el marc teòric, l'anàlisi de les dades recollides i la meua pròpia experiència dins l'àmbit dels trastorns alimentaris.

Una de les conclusions més clares i directes que extrec és la importància de realitzar un tractament especialitzat en Trastorns de la Conducta Alimentària. Tal i com afirmen les famílies entrevistades és imprescindible que una persona que pateix aquest tipus de trastorn de salut mental es posi en mans d'especialistes que coneguin bé la malaltia i puguin fer un treball més efectiu i útil. Els professionals entrevistats també reafirmen aquesta necessitat d'un tractament específic, dient que "l'ideal és que les persones puguin anar a centres especialitzats, perquè s'entén que els professionals que hi ha estan formats en aquest trastorn i és més fàcil que puguin acompanyar el pacient molt millor i tenir millors resultats amb el tractament".

A més a més, es demostra materialment aquesta necessitat després de veure la quantitat de centres que atenen aquest tipus de malalties específicament, tant a nivell públic com privat i concertat. Això demostra que la complexitat d'aquests trastorns s'ha de tractar per professionals i serveis especialitzats.

Arran del tractament que reben les persones afectades entra en joc el paper de les famílies. Totes les persones entrevistades coincideixen en destacar la necessitat de formació dels familiars quan comencen a ser conscients de la malaltia que tenen els seus fills i filles. Remarquen l'ajuda que aporta rebre informació sobre què són els TCA, quines pautes han de seguir per treballar des de casa, com poden col·laborar en el tractament, etc. També destaquen amb molt èmfasi el suport que aporta participar d'un grup d'ajuda mútua entre familiars. Allà hi poden compartir amb altres famílies que passen per la mateixa situació inquietuds, pors, preguntes, recomanacions i, sobretot, un recolzament de persones que els entenen.

Aquest efecte positiu que genera la implicació de la família en el tractament ha estat estudiat i se n'extreuen conclusions com la que aporta l'Escola de Medicina de la Universitat d'Stanford, on es demostra que aquesta participació afavoreix la recuperació de la persona afectada de manera més ràpida i millor, tot el contrari de mantenir totalment aïllada la família del tractament.

Un cop vist a qui afecten més directament els trastorns alimentaris cal començar a posar nom a les funcions i tasques que pot desenvolupar l'educador/a social en una intervenció directe amb aquestes malalties. Al llarg del treball s'ha anat veient la poca presència de l'educació social en aquest àmbit, per les poques fonts teòriques que en fan referència i per la pròpia experiència de les famílies que han estat en contacte amb diferents tractaments, cap d'aquests amb educador/a social.

Per a poder establir unes funcions específiques cal revisar totes les aportacions que s'han anat fent respecte aquest tema, valorant principalment les necessitats de les persones afectades que s'han detectat i que poden ser cobertes per aquesta figura professional. En el marc teòric ja es perfilen algunes d'aquestes funcions i si ho comparem amb les aportacions dels entrevistats es pot elaborar un petit recull que englobi totes les possibles tasques d'actuació de l'educador/a social. Aquestes, segons el meu criteri, es poden dividir en tres grans blocs diferents que depenen dels destinataris a qui vagin dirigides:

➤ Treball amb persones afectades

Un/a educador/a social s'ha de plantejar el seu treball amb les persones afectades com a un espai on tenir una relació diferent amb la malaltia. Pel que han dit els professionals entrevistats que treballen en un hospital de dia, el tema alimentari monopolitza les converses de les noies afectades i totes les seves relacions, tant amb els professionals com amb les companyes, gira entorn a la malaltia. Per tant, poder

oferir aquest espai més de respir i no tant enfocat a tractar el trastorn pot ser un bon complement al tractament que realitzen. Com a educadors/es es pot treballar a través d'activitats alternatives que ajudin a la persona a involucrar-se en el seu tractament i a millorar les seves capacitats personals per així estar més preparades per a poder superar la malaltia més fàcilment.

Amb el recull fet a partir de les entrevistes i amb el que també apunta el Congrés Virtual de Psiquiatria i Neurociència citat al marc teòric, es pot concloure una sèrie d'aspectes que es poden treballar amb les persones afectades des d'una vessant més socioeducativa. Els he agrupat en diferents blocs per tal de fer més senzilla i entenedora la informació:

❖ **Capacitats personals i socials**

Aquest és el bloc més complex i amb més aspectes a treballar, ja que els TCA són trastorns que afecten principalment a les capacitats personals a l'hora d'acceptar canvis o d'afrontar conflictes. És important potenciar primer de tot els **aspectes sans** que conserva la persona, treballant des de les fortaleces per tal de poder enfortir-la en la seva lliuta contra la malaltia.

Si busquem l'arrel del trastorn segurament veurem que la principal cosa afectada és l'**autoestima** de la persona. Aquesta influeix directament amb tota la concepció que té d'ella mateixa, alterant la seva autovaloració, autoacceptació, autoconfiança i autorecolzament. És imprescindible treballar aquesta **acceptació del propi cos** per tal de generar un canvi en la seva percepció distorsionada, la qual impulsi una major consciència de malaltia i de col·laboració amb el tractament.

Com si es tractés d'un "efecte dòmino", la resta de capacitats també es veuen afectades pel trastorn. On tenen més dificultats és en **controlar les emocions** i en saber **expressar els seus sentiments**. Han de reaprendre a gestionar d'una altra manera les seves emocions i a exterioritzar els sentiments a través de la comunicació amb els altres.

Evidentment, les **habilitats comunicatives** també estan alterades i això dificulta les seves relacions i **habilitats social**. Cal treballar molt l'assertivitat i el contacte amb les altres persones, ja que en moltes ocasions el rebutgen. S'ha d'aconseguir que la persona afectada faci un procés d'autoconeixement i redescobriments de les seves capacitats i les limitacions personals.

❖ Relacions interpersonals

Tal i com es destaca en el bloc anterior, la persona pot tenir moltes dificultats a l'hora de relacionar-se amb el seu entorn més proper: família, amics o parella. És per aquest motiu que té tanta importància fer un treball socioeducatiu que treballi també en profunditat les relacions interpersonals i com millorar-les. Tenir el **suport** de la família, dels amics o de la parella és molt necessari a l'hora d'afrontar un tractament, ja que hi ha molts moments en què necessiten tenir algú en qui recolzar-se que els hi aporti afecte i comprensió.

A més a més, des de l'educació social també es pot intervenir en la **reinserció social**, laboral i/o acadèmica d'aquestes persones. És una necessitat que han detectat els experts i també les famílies entrevistades, ja que en moltes ocasions el fet de realitzar llargs períodes d'hospitalització o d'estar aïllades a casa fa que perdin molt contacte amb l'exterior i amb les seves vides quotidianes. Tal i com es comenta en una entrevista "les relacions socials es perden una mica, tenen la sensació d'estar aïllades, més tristes, amb molta sensació de culpa, de vergonya, d'estar més irritables".

La figura de l'educador/a social pot ser el principal agent rehabilitador d'aquestes àrees que la llarga durada de la malaltia ha alterat. Es poden treballar objectius relacionats amb el disseny d'un itinerari vital personalitzat, la creació d'un espai lúdic adequat i la construcció d'una xarxa social de suport que sigui sana.

❖ Formació i prevenció

La formació i la prevenció no només s'ha de donar prèviament a la malaltia, sinó que un cop s'inicia un tractament també hi ha de tenir presència. Aquesta necessitat ha estat observada sobretot pels professionals entrevistats, els quals en el seu treball diari tracten un seguit de temes que fan referència a prevenció i formació.

A nivell de formació és molt útil que tinguin **coneixements de nutrició** i de les **conseqüències que té la malaltia** per al seu organisme. S'han de donar pautes adequades per aconseguir un comportament alimentari saludable, deixant de banda les dietes per aprimar-se i apropiant-se de la dieta mediterrània. Aquesta intervenció es pot fer conjuntament amb l'equip d'infermeres que les tracten.

A nivell de prevenció s'ha detectat que les noies adolescents que pateixen un TCA són **molt vulnerables** en temes de substàncies addictives i en sexualitat i relacions de parella insanes. Per tant, a part de tractar el tema alimentari al llarg del tractament, l'educador/a pot planificar espais per poder treballar aquests aspectes que poden

afectar directament al trastorn i complicar-ne la recuperació. A més a més, es pot aprofitar per **potenciar l'esperit crític** davant els estereotips culturals i els models que ens proposa el món de la publicitat i la moda. Pel que he pogut anar observant, la majoria són noies molt influenciades per l'opinió dels altres i pels cànons de bellesa que imperen en la nostra societat actual, fet que han de treballar per evitar recaure en els mateixos complexos.

➤ Treball amb les famílies

Quan s'enfoca fer un treball amb les famílies de persones que pateixen un TCA, considero que una de les primeres tasques que s'ha de fer és desangoixar la família i donar el suport i els recursos necessaris per a que puguin conviure amb la malaltia de la millor manera possible. Tant els familiars com els professionals entrevistats han remarcat la necessitat de rebre ajuda per afrontar la situació amb la qual es troben, sobretot amb l'objectiu d'entendre la malaltia que pateixen els seus fills i filles: "El hecho de estar tan desinformada y no saber cómo solucionarlo me desesperaba".

Un dels recursos on coincideixen que obtenen més suport és en els Grups d'Ajuda Mútua per familiars. Això ho recolza l'ACAB, afirmant que en els grups familiars es pot millorar el coneixement de la malaltia i del tractament i ajuden a descarregar el malestar i el desgast que produeix la malaltia en la dinàmica familiar. També serveixen per fer arribar pautes a les famílies i per facilitar estratègies per afrontar el dia a dia amb la malaltia, treballant per millorar la comunicació amb la persona afectada.

Els entrevistats asseguren que entendre el que realment passa ajuda que els pares i mares es treguin el sentiment de culpa que sempre es genera quan un trastorn alimentari entra a casa. Aquest coneixement, en la majoria dels casos, serveix per tenir més eines des de la família per evitar ser un factor mantenidor de la malaltia.

A més a més, tal i com he comentat anteriorment, el suport familiar es considera fonamental a l'hora d'afrontar un tractament. Des de la meva experiència puc concloure que tenen més bon pronòstic els casos de persones afectades que tenen un suport familiar consistent en comparació amb les que han de superar el trastorn soles.

Amb tot això, considero que l'educador/a social pot ser una bona figura professional que respongui a les necessitats de les famílies a l'hora de donar informació i dinamitzar els grups de pares. Aquesta tasca també es pot compaginar amb altres especialistes com poden ser psicòlegs i infermeres, ja que actualment acostumen a encarregar-se'n i crec que és positiu comptar també amb una vessant i unes explicacions més de caire científic. La diferència que pot aportar valor a la presència

de l'educador/a social jo diria que és el com enfocar el grup i les dinàmiques a realitzar. Es pot treballar amb les famílies amb activitats més experiencials per a que es posin més a la pell de les seves filles i puguin entendre millor la malaltia i el que comporta, treballant molt més les emocions.

➤ Treball de prevenció

Des de l'educació social hi ha una branca professional que es dedica a la prevenció en diferents àmbits socioeducatius. En el marc dels Trastorns de la Conducta Alimentària també es pot potenciar molt aquesta tasca de prevenció que té com a finalitat conscienciar i sensibilitzar a la població. També pot servir com a recurs de detecció precoç de casos de trastorn alimentari i pot evitar que n'apareguin nous casos.

Tal i com recollia al marc teòric, podem agafar d'exemple la Fundació Imatge i Autoestima¹⁰ que es dedica a aquest tipus de prevenció, sobretot dirigint-se als joves i adolescents perquè tenen major risc de patir un trastorn alimentari, però també es treballen estratègies de prevenció amb les famílies i els docents. En aquestes intervencions es pot treballar a partir de tallers amb els infants i joves on es potenciïn els principals factors protectors d'aquestes malalties, com són l'autoestima, la satisfacció corporal i el sentit crític.

També es pot fer una important tasca de formació del professorat, per tal que tinguin eines i prou informació per poder fer deteccions precoces en l'alumnat amb més risc. Evidentment, s'ha de comptar amb una formació per a les famílies d'aquests infants i adolescents, per a que també siguin actors importants dins de casa i tinguin eines per detectar els trastorns i sobretot per potenciar un bon ambient familiar on es treballi l'autoestima i la satisfacció personal de l'adolescent.

En definitiva, un/a educador/a social pot aportar un complement dins de la intervenció dels trastorns alimentaris. Si no hi és la figura el tractament pot funcionar igualment, però la seva participació afegeix valor i proporciona un treball més profund en els aspectes de la persona que únicament des de la vessant psicològica no es poden abordar totalment. L'educador/a social aporta la seva manera de fer, més integradora perquè utilitza el que hi ha a l'entorn, el que ja té la persona i procura que faci canvis per ajudant-la a que s'apropii d'un nou coneixement.

¹⁰ Per ampliar la informació sobre la prevenció dels trastorns alimentaris recomano consultar el web de la Fundació Imatge i Autoestima (www.f-ima.org) on es detalla com fer-la des dels centres educatiu i des de la família entre altres informacions rellevants.

Com a tancament, vull tornar a revisar l'objectiu d'aquest TFG. A l'inici de la investigació em proposava *identificar i descriure el paper de l'educador/a social en la intervenció socioeducativa amb persones que pateixen un Trastorn de la Conducta Alimentària*. Veient els resultats que he anat obtenint i comentant en aquestes conclusions, me n'adono que cal matisar entre el paper que actualment té l'educador/a social i el que podria arribar a tenir o hauria de tenir. No totes les funcions i tasques que he atribuït a l'educador/a social s'estan desenvolupant en els centres de tractament avui en dia, però sí que sota el meu criteri i el dels experts amb qui he contactat aquestes podrien ser unes línies d'actuació vàlides per a que les realitzés la figura de l'educador/a social.

7. Recomanacions

No vull acabar aquest treball d'investigació sense deixar unes breus recomanacions als possibles professionals que vulguin orientar la seva intervenció en aquest àmbit dels trastorns alimentaris. Principalment va dirigit als educadors i educadores socials que vulguin seguir aprofundint i potser seguir avançant en aquesta recerca del paper de l'educador/a social.

Gràcies a les pràctiques universitàries que vaig realitzar en aquest àmbit i tot el que he anat aprenent i contrastant al llarg d'aquest TFG, he pogut conèixer i apropar-me bastant a la realitat que existeix avui en dia en relació als TCA i als seus tractaments. És per això que dono molta importància al fet que hi hagi el màxim moviment professional al darrere de les intervencions en tots els contextos possibles per tal de garantir una millora de qualitat de vida, tant per a les persones afectades com per a les seves famílies.

Una de les primeres recomanacions que vull fer a les persones que vulguin treballar en aquest àmbit és tenir un molt bon **coneixement teòric** del que són els Trastorns de la Conducta Alimentària i com afecta a les persones que els pateixen i a les seves dinàmiques relacionals i socials més properes.

En el cas de la intervenció per part d'educadors/es socials és evident que aquest treball no dona totes les respostes que encara es necessiten per fixar-ne les funcions i tasques que pot desenvolupar a nivell laboral. És per aquest motiu que vull animar a tots els **professionals** de l'educació social que actualment treballen en l'àmbit dels trastorns alimentaris que es reuneixin amb la finalitat d'**establir unes bases comunes** i contrastables que puguin servir com a una guia oficial orientativa per obrir-se camí dins dels tractaments específics que es realitzen.

Per últim, tal i com ja he destacat al llarg del treball, un sector d'intervenció molt potent que pot liderar la figura de l'educador/a social és el de la **prevenció**. Educar i prevenir pot ser una de les millors inversions que es poden fer per evitar que segueixin augmentant els casos de trastorns alimentaris i que hi hagi més sensibilitat social respecte a aquest tema. S'ha d'entrar encara més a les escoles i arribar més a les famílies per tal d'aconseguir intervenir l'abans possible en aquest tipus de malaltia i transmetre les pautes que poden ajudar a no caure en un d'aquests trastorns alimentaris. Ha d'existir una formació mínima dins les escoles que tracti la salut alimentària i els beneficis i riscos, i s'ha de poder seguir educar també en els menjadors.

7.1 Bibliografia per aprofundir

Després d'haver realitzat aquesta investigació sobre l'àmbit dels Trastorns de la Conducta Alimentària i el paper que hi pot tenir l'educador/a social, crec oportú elaborar una llista bibliogràfica que pugui servir per seguir aprofundint sobre el tema. A part de totes les referències bibliogràfiques que he utilitzat al llarg del treball, també he anat recollint altres articles, llibres i enllaços web que poden ser d'utilitat si algun altre vol seguir investigant en aquesta línia d'intervenció socioeducativa en els trastorns alimentaris.

Álvarez, N. (2001) *Yo vencí la anorexia*. Ed. Temas de Hoy, S.A.

Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia (2007) *Què li passa? Quan els trastorns del comportament alimentari entren a casa. Guia per a famílies*. Ed. El Tinter, SAL: Barcelona.

Bas, F., Andrés, V. (1999) *Trastornos de la alimentación en nuestros hijos. Educación y familia. Guía para padres*. Ed. EOS: Madrid.

Calvo, R. (2002) *Anorexia y bulimia: guía para padres, educadores y terapeutas*. Ed. Editorial Planeta, S.A.

Carballido, J. (2009) *Historias de mucho peso. Mejorar conductas y hábitos para ganar la batalla de los kilos*. Ed. Amat: Barcelona.

Chinchilla, M. (1995) *Guía Teórico-Práctica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Ed. Masson: Barcelona.

Fernández, L. (2004) *Anorexia y Bulimia. ¿Qué puede hacer la familia?*. Ed. Eneida: Madrid.

- Ferrero, J. (1999) *Anorexia y Bulimia nerviosas: Una guía práctica para padres, educadores y médicos de familia*. Ed. Promolibro: Valencia.
- Freire, E. (2002) *Cuando comer es un infierno. Confesiones de una bulímica*. Ed. Aguilar: Madrid.
- Generalitat de Catalunya (2004) *Actuacions preventives a l'adolescència. Guia per a l'atenció primària de salut*. Recuperat de <http://www.acab.org/fitxer/152/guia%20de%20salut%20dels%20adolescents.pdf>
- Gómez, B., García, G. i Corral, C. (2009) *Convivir con los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Ed. Médica Panamericana: Madrid.
- Hall, L. Y Ostroff, M. (2001) *Cómo entender y superar la anorexia nerviosa*. Ed. Gürze Books.
- Kolodny, N. J. (2000) *Cuando la comida es tu enemiga. Cómo enfrentarse y vencer a los trastornos alimentarios*. Ed. Granica: Barcelona.
- Lienas, G. (1999) *Bitllet d'anada i tornada*. Ed. Empúries: Barcelona.
- Raich, R. M. (2000) *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Ed. Piràmide: Madrid.
- Raich, R. M. (2002) *Més enllà del desig d'aprimar-se. Com detectar indicis d'anorèxia, bulímia i altres trastorns alimentaris*. Ed. Viena: Barcelona.
- Ruiz Lázaro, P.M (2002) *Bulimia y anorexia: guía para familias*. Ed. Certeza: Zaragoza.
- Santos, I. (6 abril 2015) «Que guapa, tan prima». *El Periódico*. Recuperat de <http://www.elperiodico.cat/ca/noticias/societat/que-guapa-tan-prima-4075165>
- Vandereycken, W; Castro, J; Vanderlinden, J. (1991) *Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona, Martínez Roca.
- Vaz Leal, F.J. et al. (2006). *Bulimia Nerviosa. Perspectivas clínicas actuales*. Madrid: Ergon.
- Ventura, L. (2000) *La tiranía de la belleza. Las mujeres ante los modelos estéticos*. Ed. Plaza Janés.

8. Limitacions i dificultats

Al llarg dels mesos que ha durat l'elaboració d'aquest Treball Final de Grau m'he anat trobant amb un seguit de limitacions i dificultats que he hagut d'anar sortejant. La primera limitació va sorgir a l'inici del procés, quan començava a fer la recerca sobre la temàtica a investigar que havia escollit. L'àmbit dels Trastorns de la Conducta Alimentària no és un dels més coneguts, però sí que ha augmentat l'interès i la

investigació en les últimes dècades, principalment des de la vessant psicològica que l'estudia com a malaltia de salut mental.

Per tant, totes les fonts d'informació teòrica que trobava analitzaven la malaltia i les dades estadístiques sobre la població, però no aprofundien en les necessitats socioeducatives que tenien les persones que la patien. Aquest fet m'afegia una dificultat complementària, ja que havia d'anar molt en compte en no centrar-me en la part psicològica de la malaltia per no oblidar el meu focus d'estudi que era la vessant social i educativa.

A més a més, actualment a nivell professional, la figura de l'educador/a social no està gaire contemplada dins de la intervenció en aquest àmbit. Si que se'n pot trobar presència en alguns centres, però tenint en compte el total de centres, aquests són una minoria molt considerable. Tampoc se'n parla durant la carrera d'educació social, fet que dificulta la formació de professionals que puguin entrar a treballar a l'àmbit amb uns mínims coneixements.

Una altra dificultat que he tingut ha estat la temporalització tan ajustada que hi ha per realitzar el treball al llarg del quart curs de carrera. Aquest treball requereix invertir moltes hores, sobretot fora de la universitat per fer el treball de camp i l'elaboració del document. També ha estat una limitació el fet de tenir alguna mancança a l'hora de redactar tots els apartats del TFG. Bàsicament em refereixo a la bona citació de la bibliografia, tasca que ha estat molt feixuga per a la majoria d'estudiants que ens hem vist poc preparats per fer-la just quan ja estem acabant la carrera.

Tot i això, considero que amb esforç i perseverança he aconseguit superar totes aquestes dificultats i acabo sentint-me molt orgullosa de la feina feta.

9. Difusió

Aquesta investigació aporta una sèrie de reflexions i orientacions sobre quin pot ser el paper de l'educador/a social en relació a les intervencions en l'àmbit dels trastorns alimentaris. A través de les entrevistes fetes als professionals i familiars s'han pogut elaborar unes conclusions que poden ser d'utilitat a l'hora de replantejar l'aportació que es pot fer des de l'educació social.

Tanmateix, crec que s'ha de seguir investigant els beneficis d'una intervenció socioeducativa tant amb les persones afectades, com amb les seves famílies i a nivell de prevenció. Es poden tenir en compte les limitacions que ja m'he trobat per fer

aquesta investigació i les línies de futur que he apuntat en les recomanacions als professionals.

Personalment, realitzar aquest TFG m'ha aportat un gran enriquiment personal, complementant així els coneixements adquirits al llarg de la carrera amb nous aprenentatges. En aquest cas, he pogut aprofundir en un àmbit molt poc tractat en el currículum del grau d'educació social. Espero que aquest treball pugui servir també per als futurs estudiants d'educació social, que els pugui arribar una mínima informació sobre aquest àmbit per poder potenciar una major conscienciació i sensibilització social i fer més visible la tasca que hi pot fer l'educador/a social.

És important difondre i treure a la llum els coneixements que aquí he anat recopilant i relacionant, justament per a no deixar en l'anonimat tanta informació i treball fet, com acostuma a passar amb els altres treballs universitaris.

També espero generar cert impacte als professionals entrevistats. Amb això em refereixo al fet que una de les maneres de donar a conèixer aquesta recerca és fer una devolució als diferents participants del procés per a que puguin reflexionar sobre les seves pròpies pràctiques i anar-les reformulant en la mesura que creguin convenient per seguir construint.

D'altra banda, em plantejo la idea de fer difusió a través de les plataformes d'educació social (revistes, webs, etc.), fent possible així poder publicar la meva investigació amb la finalitat de donar a conèixer la realitat que he pogut estudiar de ben a prop.

10. Ètica del TFG

Per realitzar aquest TFG he hagut de tenir molt en compte l'ètica professional a respectar al llarg de tota la investigació. Utilitzar una metodologia qualitativa et fa dependre de terceres persones a les quals m'hi he apropat a través de les entrevistes. He invertit molts moments en valorar fins a quin punt em podia apropiat de les vivències íntimes i personals d'aquestes persones i com fer-les sentir còmodes a l'entrevista perquè la visquessin com a una conversa simplement.

He tingut molt present el que dicta el Codi Deontològic respecte a l'ètica que cal seguir en l'acció professional quan tractem informació d'altres persones. Això fa referència al principi de la informació responsable i de la confidencialitat, fet que s'ha plasmat mantenint l'anonimat de les persones entrevistades i de la informació que han compartit amb mi.

D'altra banda, un aspecte que ha marcat l'enfocament d'aquesta investigació ha estat la meva vinculació i experiència prèvia en aquest àmbit dels trastorns alimentaris. Això m'ha permès poder centrar-me i dirigir la mirada cap als aspectes que més rellevància tenien per a la recerca, fent-ho des d'una vessant més analítica i global gràcies als coneixements que ja tenia de tots els seus contextos.

11. Avaluació

Ara que ja puc donar per acabat aquest TFG, miro enrere i puc veure tot el recorregut que he fet per arribar fins aquí. No només el d'aquest curs per tirar endavant un projecte d'investigació propi, sinó el que acumulo al llarg dels quatre anys de carrera i que m'ha de servir per encarar el meu futur com a educadora social.

L'elecció de la temàtica d'aquest treball no va ser fàcil i durant el procés he hagut d'anar superant els entrebancs que anava trobant, però ara que ja l'he acabat puc assegurar que n'estic molt orgullosa i que ha valgut la pena tot l'esforç invertit en aquest TFG. Per a mi ha estat essencial poder plasmar la vivència de familiars i professionals propers a les persones afectades per un trastorn alimentari, poder sentir la seva veu i les seves opinions, les quals han estat fonamentals per tirar endavant la meva investigació.

He volgut oferir una altra visió dels trastorns alimentaris, més real i propera i deixant de banda tots els tabús socials i prejudicis que encara avui en dia existeixen en relació a aquestes malalties. També he volgut aportar algunes recomanacions per tal de donar una possible continuïtat a aquesta investigació i sobretot per seguir reivindicant la figura de l'educador/a social en aquest àmbit tan sanitari.

Considero que he assolit bastant l'objectiu inicial d'aquest TFG: *identificar i descriure el paper de l'educador/a social en la intervenció socioeducativa amb persones que pateixen un Trastorn de la Conducta Alimentària*. Tot i que encara queda molta feina a fer per part dels professionals de l'educació social, aquest treball pot servir com a una orientació a l'hora de guiar la pràctica professional i les diverses intervencions que es poden fer en relació als trastorns alimentaris.

Referències bibliogràfiques

ABC Familia (12 d'octubre de 2014) Vencer la anorexia es más fácil en familia. ABC. Recuperat de <http://www.abc.es/familia-padres-hijos/20141012/abci-terapia-familiar-anorexia-201409291043.html>

Asociación Española para el estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (2010) Recuperat el 17 d'abril de 2015, de <http://www.aeetca.com>

Agència de Qualitat d'Internet (IQUA) en col·laboració amb l'Associació contra la Bulímia i l'Anorèxia (2011) "*Les pàgines pro ana i pro mia inunden la xarxa*".

Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia (2014) Recuperat el 9 de novembre de 2014, de <http://www.acab.org>

Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia (2004) *Trastorns de la Conducta Alimentària. Estudi Socio-Epidemiològic de la població juvenil catalana*. Recuperat de <http://www.f-ima.org/fitxer/436/estudi%20adeslas.pdf>

Associació Estatal d'Educació Social (ASEDES). (2007) *Documents professionalitzadors. Definició d'Educació Social, Codi Deontològic de l'educador i l'educadora social i Catàleg de Funcions i Competències de l'educador i l'educadora social*. Recuperat de <http://www.eduso.net/archivo/index.php?c=27.pdf>

Bisquerra, R. (2004) *Metodología de la investigación educativa*. La Muralla, S.A.: Madrid

Calidoscopi d'Educació Social (31 de maig de 2013) *Els trastorns de la conducta alimentària -els TCA-*. Recuperat el 3 de març de 2015, de <http://calidoscopiededucaciosocial.blogspot.com.es/2013/05/els-trastorns-de-la-conducta.html>

Colegio Profesional de Educadoras y Educadores Sociales Andalucía (2012) *Consejo General de Colegios oficiales de Colegios de Educadoras y Educadores Sociales es una corporación de derecho público que esta integrada por todos los colegios de Educadoras y Educadores (CGCEES)*. Recuperat el 15 d'abril de 2015, de <http://www.copesa.es/CGCEESyAIEJI.aspx>

Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (2005) *Quaderns de la Bona Praxi*.

Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales (18 de novembre de 2005) Presentación al Marco Conceptual de las Funciones y Competencias del Educador/a Social. *Revista de Educación Social RES*, 13. Recupere de http://www.eduso.net/res/pdf/13/mar_conc_res_13.pdf

Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya (14 de juny de 2002) *Campanya per a la detecció precoç dels Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA)*. Recuperat de <http://www.farmaceuticonline.com/>

Cruzat, C. i Haemmerli, C. (agost de 2009) Escuchando a las pacientes con trastornos alimentarios en relación a su tratamiento. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII, pp. 135-141. Recuperat de <http://www.clinicapsicologica.org.ar/resumen.php?id=120>

EDUSO (2001) *XV Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Educadores Sociales*. Recuperat el 2 de maig de 2015, de <http://www.eduso.net/red/infocongreso.htm>

Enciclopedia de salud, dietética y psicología (2014) *Definición prevalencia y incidencia*. Recuperat el 6 de maig de 2015, de <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/prevalencia>

Fairburb, C. G., i Cooper, P. J. (1982) Self-induced vomiting and bulimianervosa: An undetected problem. *British Medical Journal*, 284, 1153-1155.

Fundació Eroski (1 d'abril de 2000). Anorèxia i bulímia nervioses: Valorar-se un mateix i aprendre a menjar, les claus. [Versió electrònica] *Eroski Consumer*, 3. Recuperat de <http://revista.consumer.es/web/es/20000401/alimentacion/30513.php>

Fundació Imatge i Autoestima (2007) *Programa de prevenció*. Recuperat el 26 d'abril de 2015, de <http://www.f-ima.org/ca/prevencio/programa-de-prevencio>

Fundació Imatge i Autoestima (2008) *Quan no t'agrades, emmalalteixes*. Recuperat de <http://www.fima.org/fitxer/391/Resum%20informe%20Quan%20no%20t%27agrades.pdf>

Fundació Imatge i Autoestima (2010) *No trobar la teva talla promou l'anorèxia*. Recuperat de <http://www.f-ima.org/fitxer/390/Informe%203%20-%20Bar%C3%B2metre%20talles.pdf>

Fundació Viure i Conviure, amb el suport del Departament d'Educació del Govern de la Generalitat de Catalunya (2006) *Projecte "Mengim Menjam"*.

Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1982). *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York: Brunnel-Mazel.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2002) *Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA)*

Generalitat de Catalunya (2001) *Guia per a educadors i educadores en la prevenció dels Trastorns del Comportament Alimentari. Anorèxia i Bulímia Nervioses*. Barcelona

Gracia Arnaiz, M. et al. (2007) *Els trastorns alimentaris a Catalunya. Una aproximació antropològica*. Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria de Joventut. Estudis:23, Barcelona

Gracia et al. (2006) *Género, "dieting" y salud: un análisis transcultural de la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario entre las mujeres*. Instituto de la Mujer.

Gobierno de España. Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad (2015) *Anorexia nerviosa - Intervención psicosocial en trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperat el 3 de març de 2015, de <http://www.ingesa.msc.es/ciudadanos/suSalud/jovenes/anorexia/intervencionPsicoSoc.htm>

Habermas, T. (1986). Friderada: A case of miraculous fasting. *The International Journal of Eating Disorders*, 5 (3), 555-562.

Institut Nacional de Gestió Sanitària (2014) *Anorexia nerviosa. Intervención psicosocial en trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperat de <http://www.ingesa.mspsi.es/ca/ciudadanos/suSalud/jovenes/anorexia/intervencionPsicoSoc.htm>

Lozano, M et al. (2011) El papel de la educación social en el tratamiento de los TCA de larga evolución [versió electrònica] *Interpsiquis 2011. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría y Neurociencia*.

Martínez Hernández, A. i Recio Cáceres, C. (2004) La salud de los menores y los jóvenes. Patologías y malestares en una sociedad desigual, en CIIMU. Institut d'Infància i Món Urbà, *Informe 2004. Infància, famílies i canvi social a Catalunya*.

Ministeri de Salut i Consum (2006) *Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària*

Organització Mundial de la Salut (2015) *Temas de salud: Epidemiología*. Recuperat el 6 de maig de 2015, de <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>

Russell, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.

Sours, J.A. (1980). *Starving to death in sea of objects. The Anorexia Nervosa Syndrome*. New York: J. Aronson.

Steinhausen, H. (Agost 2002) The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century [Versió electrònica]. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 8, 1284-1293.

Toro, J. (1998). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel.

Toro, J. Y Artigas, M. (2000) *El cuerpo como enemigo. Comprender la anorexia*. Ed. Martínez Roca: Barcelona.

Turón, V (1997). *Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson

Turón, V., Velilla, M. i Turón, E. (2003). *¿Qué son los trastornos de la alimentación?* AEETCA. EGRAF. Barcelona

Annexes

Annex 1 : Criteris per diagnosticar Anorèxia Nerviosa	pàg. 58
Annex 2 : Criteris per diagnosticar Bulímia Nerviosa	pàg. 59
Annex 3 : Criteris per diagnosticar Trastorn per Afartament	pàg. 60
Annex 4 : Entrevistes transcrites	pàg. 61

Annex 1

Criteris per diagnosticar Anorèxia Nerviosa:

- Restricció de l'aportació energètica que porta a un pes significativament baix, considerant edat, sexe, trajectòria evolutiva i salut física.
- Por intensa a guanyar pes o convertir-se en obès, o conducta persistent que interfereix en el guany de pes. (Es podria diagnosticar també sense complir aquest criteri)
- Alteració de la percepció del pes i la silueta corporals, exageració de la importància en l'autoavaluació o negació del perill que comporta el baix pes corporal.

L'Anorèxia Nerviosa consta de 2 subtipus:

- Restrictiu: en els últims 3 mesos no ha recorregut a afartaments o purgues. El baix pes es deu a restricció alimentària o exercici en excés.
- Compulsiu/purgatiu: en els últims 3 mesos s'ha recorregut a afartaments o purgues.

Si es dona remissió d'algun símptoma, especificar:

- En remissió parcial: després de complir tots els criteris, deixa de complir-se el baix pes, però sí que es manté la por a engreixar i l'alteració de la percepció del pes o silueta.
- En remissió total: no compleix cap criteri durant un període sostingut

Cal destacar també que se solen donar:

- Altres alteracions psicopatològiques: Solen estar presents símptomes com estat d'ànim depressiu, apatia, dificultat per concentrar-se, ansietat, irritabilitat, aïllament social, pèrdua de la libido, alteracions de la son, obsessions i/o rituals obsessius al voltant del menjar. Aquestes alteracions tenen impacte directe en la vida diària del malalt, afectant en gran mesura les relacions que estableix amb la família i els amics.
- Alteracions físiques derivades d'una malnutrició greu: Descalcificació òssia, problemes cardíacs, sensació constant de fred, estrenyiment, caiguda de cabell, etc.

Annex 2

Criteris per diagnosticar Bulímia Nerviosa:

- Presència d'afartaments recurrents. Un afartament es caracteritza per:
 1. Ingesta d'aliment en un curt espai de temps (per exemple, en un període de 2 hores) en una quantitat molt superior a la que la majoria de les persones ingeririen en un període de temps similar i en les mateixes circumstàncies.
 2. Sensació de pèrdua de control sobre la ingesta de l'aliment (per exemple, sensació de no poder parar de menjar o no poder controlar el tipus o la quantitat de menjar que s'està ingerint).
- Conductes compensatòries inapropiades, de manera repetida, amb la finalitat de no guanyar pes, com són: provocació del vòmit; ús excessiu de laxants, diürètics, ènemes o altres fàrmacs; dejuni, i exercici excessiu.
- Els afartaments i les conductes compensatòries inapropiades tenen lloc almenys una vegada a la setmana durant un període de 3 mesos.
- L'autoavaluació està exageradament influïda pel pes i la silueta corporals.

Pel que fa als afartaments cal assenyalar que tot i que el tipus d'aliments consumits durant aquest varia, en la majoria de casos s'ingereixen dolços i aliments amb alt contingut en calories. Els afartaments es poden presentar a qualsevol hora del dia, però són més freqüents a partir de mitja tarda i solen desencadenar-se per estats d'humor alterats, dificultats interpersonals, fam intensa o sentiments relacionats amb el pes, la figura corporal o els aliments. S'acompanyen de sensació de manca de control i poden reduir el malestar de forma transitòria, però sempre van seguits de sentiments de culpa, automenyspreu o humor depressiu.

Annex 3

Criteris per diagnosticar Trastorn per Afartament:

- Presència d'afartaments recurrents. Un afartament es caracteritza per:
 1. Ingesta d'aliment en un curt espai de temps (per exemple, en un període de 2 hores) en una quantitat molt superior a la que la majoria de les persones ingeririen en un període de temps similar i en les mateixes circumstàncies.
 2. Sensació de pèrdua de control sobre la ingesta de l'aliment (per exemple, sensació de no poder parar de menjar o no poder controlar el tipus o la quantitat de menjar que s'està ingerint).
- Els afartaments tenen lloc almenys una vegada a la setmana durant un període de 3 mesos.
- NO existeixen conductes compensatòries.

Aquest últim criteri és el que marca la major diferència entre el Trastorn per afartament i la Bulímia.

Annex 4

ENTREVISTA E1

P: Per començar et pots presentar una mica: edat, a què et dediques...

R: Sóc el pare d'una noia que en aquests moments encara està afectada per anorèxia nervosa que ho està superant, però el procés està sent més llarg del que ens pensàvem. Jo sóc comerciant i en aquests moments ja estic jubilat, però encara treballo una mica.

P: Per tu què és un Trastorn de la Conducta Alimentària?

R: És un trastorn psicològic greu que en un principi és molt difícil d'entendre i es pot arribar a empatitzar amb el problema, però el desconeixement que hi ha del que és el trastorn moltes vegades implica molta dificultat per assumir una col·laboració amb un inici de tractament. Per les famílies al principi és un trastorn que desborda, que no entens res, que no tens les pautes ni els mitjans per començar a treballar amb el problema i que afecta greument a la convivència familiar, tant si hi ha germans com si no, la dificultat que hi ha per conviure amb el trastorn al principi és molt important. Dit això, penso que tractant-se es pot solucionar, però que implica diferents tipus d'intervenció que seria per part de la família, per part de la persona afecta responsabilitzant-se del trastorn i és indispensable un tractament a nivell terapèutic.

P: Amb el que has dit, creus que es pot superar totalment?

R: Hi ha un percentatge estadístic que diu que sí, un 60% que en principi se supera, però sempre queda algun tipus de residu que en qualsevol moment pot fer rebrotar el trastorn. El que passa és que les persones que ja ho han superat ja tenen elements i tenen eines per preveure que hi ha aquest risc i d'alguna manera posar fre a algun tipus d'actituds o demanar ajuda en el moment en que es troben afectades pel trastorn.

P: A part de la teva filla, coneixes gent del teu entorn que pateixi o hagi patit un trastorn alimentari?

R: Jo personalment del meu entorn no recordo que n'hagi tingut coneixement. De lluny he sentit que hi havia persones que en tenien però eren d'un entorn proper sense ser immediatament proper a mi.

P: Quins factors creus que poden afavorir a la recuperació?

R: El més important és que la persona afectada sigui conscient del problema i penso que és el primer pas i en principi el més important perquè reconèixer el problema vol dir que hi pot haver una certa predisposició a començar algun tipus de tractament. La família també juga un paper important. En la mesura que la família coneix una mica el trastorn li és molt més fàcil conviure amb la persona afectada, aplicar les pautes més correctes, les que t'ajuden i separar les errònies que havies aplicat fins al moment pel desconeixement del trastorn. I a la vegada és molt important que hi hagi un tractament terapèutic, perquè sense aquest tractament els factors importants que influeixen com pot ser l'autoestima a nivell psicològic i el contingut del problema de personalitat, de perfeccionisme, d'autocontrol excessiu són els que afavoreixen que el trastorn no es curi.

P: O sigui, aquests serien els factors que poden dificultar, oi?

R: Sí, sí. Els factors que poden dificultar el trastorn són aquesta taula amb tres potes: que la persona reconegui el problema i comenci a fer algo, la família que acompanyi a nivell emocional tot aquest procés i a la vegada un tractament terapèutic que sigui adient a les condicions de la persona malalta.

P: Quins recursos coneixes de tractament de trastorns alimentaris?

R: Jo conec bàsicament ITA (Institut de Trastorns Alimentaris) i la Mútua de Terrassa que és on va estar ingressada en dos moments la meva filla.

P: I com els valores?

R: (riu) A veure, ITA és una entitat privada amb uns bons professionals a dins. El que passa és que a nivell privat a vegades, des del meu punt de vista, prima més el que és el "negoci" que suposa un tractament privat que moltes vegades les necessitats reals de la persona afectada. D'alguna manera, al no haver recursos a nivell públic, és corre el perill de què aquestes entitats privades s'aprofitin de situacions molt concretes. Això no vol dir que ITA ho faci, però d'alguna manera si que hi ha indicis d'alguna situació concreta que dóna aquesta impressió. Jo entenc que un diagnòstic es faci sempre en un lloc públic on no hi ha aquesta possibilitat de mirar els propis interessos a nivell de tractament. És un centre que aplica alguns conceptes que per mi són molt correctes, però a la vegada es corre aquest perill. A nivell de Mútua Terrassa és un centre de sanitat pública amb uns recursos molt limitats i amb molta dificultat per aplicar teràpies, precisament per falta d'aquest recursos hospitalaris que té.

P: Quins professionals intervenen en aquest tractament?

R: Bàsicament són els psicòlegs i si fa falta algun tipus de medicació evidentment els psiquiatres. I també penso que les persones que poden ser més properes com les infermeres o les persones que estan diàriament treballant amb les persones afectades, ja sigui a nivell de menjador, tenen un paper important. No només els psicòlegs sinó les persones que estan en el dia a dia sobretot amb persones ingressades tinguin l'empatia suficient per ajudar en els moments difícils que poden ser on hi ha els àpats a que la gent es senti menys pressionada a nivell de l'alimentació. Evidentment els psicòlegs són molt importants, però tenen una tasca difícil perquè cada cas és diferent i protocols que poden servir per moments donats per un no serveixen per altres. Un dels problemes que hi ha amb les teràpies que es fan en els centres privats és que no tothom està al mateix nivell. Hi ha teràpies que hi ha persones que participen molt i altres que no participen gens perquè el seu estat de comprensió cognitiva del problema és molt limitat, potser per l'infrapés que no deixa a vegades entendre el que els hi està passant, i llavors hi ha persones que es queden una mica marginades. Per tant, és important separar aquests petits grups que hi ha perquè d'alguna manera siguin efectives les teràpies per tothom.

P: I com valors aquest professionals?

R: A nivell d'ITA en principi la valoració és bona amb la relació amb la persona afectada, en aquest cas la meva filla, però tenen moltes dificultats per transmetre pautes, per agafar-te trucades a vegades, quan hi havia algun problema es dilataven molt les respostes... I a nivell de Mútua Terrassa ho veig bé. Tinc alguna queixa personal per alguna situació de molt poca empatia per part de la responsable del centre [explica el cas personal].

P: Creus que a part d'aquests professionals hi hauria d'intervenir algun altre professional? Veus que queda tot cobert?

R: Penso que hi ha activitats alternatives que poden ajudar en un tractament de trastorn alimentari. Per exemple, la meva filla va fer equinoteràpia que li anava molt bé, també va fer

reiki que teòricament li anava bé... però són ajudes complementàries. Penso que és molt més important el fet de treballar l'autoestima que és "la madre del cordero" del trastorn. No s'estimen i al no estimar-se també els és molt difícil estimar a ningú. També cal treballar els objectius molt ambiciosos que es proposen i que si no s'aconsegueixen genera frustració. Treballar que no han de necessitar constantment el recolzament de la gent que els hi digui que són molt maques i ho fan molt bé... he de tenir el recolzament dels altres i si no el tinc sóc una merda.

P: I creus que només ho pot treballar el psicòleg?

R: En principi són els especialistes experts en el trastorn alimentari, amb qualsevol psicòleg no funciona. És necessari uns coneixements complementaris al què és el trastorn. De la mateixa manera que un estomatòleg no arregla braços trencats, a nivell psicològic hi ha d'haver una especialització per tractar aquest tipus de problemes psicològics. Potser un educador social pot fer algun tipus de feina, però el psicòleg és fonamental.

P: Quines necessitats creus que tenen les persones que pateixen un trastorn alimentari?

R: La més important és estimar-se, acceptar-se com són, amb les virtuts i defectes i això per mi és un pas molt important. L'autovaloració en positiu jo penso que és algo fonamental per a qualsevol persona. No es tracta de ser un narcisista, però sí saber interpretar les teves pròpies coses que funcionen i estimar aquestes coses que funcionen. I això té molt a veure amb l'autoestima, no estar pendent de com et veuen els altres... Estimar-se a un mateix és bàsic per superar el trastorn, per valorar-se i dir jo val i sóc una persona que funciona en molts aspectes. Però quan tenen el trastorn no ho valoren, i en canvi el que no funciona ho eleven a la màxima potència.

P: Creus que aquestes necessitats obtenen resposta dels recursos on van?

R: En aquests llocs és on teòricament s'ha de treballar tots aquests aspectes emocionals i de personalitat. Jo penso que també té molt a veure amb la predisposició de la persona que va a aquests centres a deixar-se ajudar, perquè per molt bo que sigui un centre o un psicòleg, si la persona no es vol deixar ajudar o no ha arribat al punt del procés on estigui preparada i conscienciada per deixar-se ajudar no funcionarà.

P: Si vols, pots explicar una mica la teva experiència com a pare en relació a aquest trastorn alimentari?

R: Quan comences a veure que està passant algo el primer que fas és preocupar-te pel tema de la salut física, perquè si no menja o menja molt malament o vomita cada dia quatre cops... Per tant, el primer que és veu, que és la punta de l'iceberg del trastorn és el que et preocupa. Evidentment això et preocupa i genera unes tensions molt importants a dins de la família perquè la persona que comença a tenir el trastorn té un canvi important de caràcter. Hi ha persones que són molt bons i de cop i volta treuen la ràbia per qualsevol cosa, les veus patir i no et saben dir el que els hi passa, el que t'equivoques ets tu perquè tu no entens res... En fi hi ha aspectes que et deixen una mica fora de joc. Primer que no saps com tractar-les ni què passa d'entrada, i per tant aquest procés és dolorós i si hi ha germans encara més, perquè els germans també ho pateixen. Llavors hi ha un procés d'entendre que està passant algo. També varia una mica si la persona és major o menor d'edat, o sigui la forma d'enfocar el tractament és diferent. Si és menor d'edat d'alguna manera la pots obligar a ingressar-la o el que sigui. En canvi si és major d'edat la cosa es complica a aquest nivell perquè és una persona adulta que a vegades no viu amb tu. Quan comences a veure els símptomes es complica molt i fins i tot entre els pares hi ha tensions precisament perquè no hi ha un coneixement clar del trastorn i perquè a vegades es difereix en com començar a funcionar amb la persona afectada. Si no hi

ha una ajuda concreta per part de professionals que entenen el trastorn i et donen una sèrie de pautes, això es complica molt més. En la mesura que tu busques recursos per veure com pots ajudar a la persona afectada d'alguna manera les pautes t'ajuden a conviure amb el trastorn. El que passa és que és dur. A vegades les reaccions són molt bèsties: reaccions de ràbia, d'amenaques d'intent de suïcidi, que d'alguna manera et manipulen. La persona et manipula, t'espanta si hi ha amenaces de suïcidi o d'autolesions això genera molta més preocupació. No saps com afrontar-ho i a nivell emocional et desmunta. Llavors hi ha un procés, a mida que la persona es posa en mans de terapeutes d'alguna manera descarregues la responsabilitat en els terapeutes, en les pautes que marquen del tipus d'alimentació que ha de prendre... d'alguna manera això descarrega la família. Però aquest primer procés és molt bèstia perquè no saps ben bé com tractar-la, com actuar, si l'has d'obligar a menjar, estàs sempre pendent de si ho estàs fent bé o no. En aquest punt, a nivell terapèutic la família tingui molt clar el que pot fer i el que no, el que funciona per ajudar-la i el que no. A partir d'aquí comences a veure una mica de llum al final del túnel, perquè el túnel és molt llarg. Hi ha diferents fases. Si tens relació amb els terapeutes pots anar contrastant informació del dia a dia i de les setmanes i d'alguna manera això t'ajuda. En el procés que estem ara nosaltres és que ella fa la seva vida, treballa, viu a casa seva i d'alguna manera sembla ser que per ella mateixa va funcionant. No està en tractament ara perquè diu que els psicòlegs no l'entenen, però de moment ha guanyat pes. Actualment encara patim per ella, però d'alguna manera la cosa està encarrilada i veus que té clar el que pot fer i el que no. Per tant l'angoixa que tenim ara per ella és un 3% de la que teníem fa 4 anys. També depèn molt del procés de cada persona malalta i en funció del grau d'acceptació dels pares de què és un procés llarg i a vegades no hi ha paciència.

P: Amb quants anys va començar la teva filla?

R: La meva filla va començar amb 31. Es va separar del company i va demanar un destí lluny de mosso d'esquadra per començar de nou. Se'n va anar a viure a Cambrils i la vàiem cada 15 dies i un dia va venir i havia perdut 15 kg en dues setmanes. Havia deixat de menjar. Perden el control de la seva imatge perquè ella deia que es veia bé que estava fent una mica de règim. I a partir d'aquí, no vivia amb nosaltres i en un mes va començar a caure en picat fins que la vam ingressar a ITA. Hi va estar 4 mesos, va demanar alta voluntària i allà ens van dir que no estava bé, però nosaltres la vàiem bé i havia començat a treballar un altre cop, però al cap de 4 dies va tornar a caure en picat. Jo el que veig és que està en un punt en què no sé si cronificarà, avança però és molt difícil. Penso que on es veu si la cosa funciona o no és amb el patiment, si estàs patint igual menjant-te un bombó ara que fa 4 mesos vol dir que la cosa està estancada.

P: Quines persones de suport heu tingut vosaltres en aquest procés?

R: Més que persones hem tingut a l'ACAB. Nosaltres vam començar a veure la llum quan vam venir aquí, sobretot en el moment inicial quan va fer el primer ingrés ens va servir perquè d'alguna manera vam veure que hi havia gent que estava en la mateixa situació que nosaltres amb uns problemes molt semblants. Ens van anar molt bé els grups d'ajuda mútua per tenir l'ajuda per conviure amb el trastorn d'una manera més eficaç en col·laborar amb el tractament. La família no entén res, "amb un parell de bufetades això s'arregla". Si no ho entens tu la gent de fora és impossible que ho entengui. La gent entén que et trenques el braç i es cura, però els trastorns psicològics són tabú, algo que es desconeix. El que fa la gent a vegades és culpar-te a tu i als pares aquest sentiment de culpabilitat els afecta molt. Pensen "què hem fet malament?" i des de la culpa a vegades cedeixes en coses que no hauries de cedir. En definitiva si mires molt endarrere no és efectiu, has de mirar el present.

P: Durant el tractament vas tenir contacte amb algun educador social?

R: No.

ENTREVISTA E2

P.: A modo de presentación, explique un poco quién es usted y a qué se dedica.

Tengo 55 años y soy madre de 3 hijos. Ahora me estoy ocupando principalmente de sacar adelante mi vida, cosa que hasta ahora no he podido, y dedico gran parte de mi tiempo a la asociación ACAB, con la cual llevo ya trabajando unos 6 años.

P.: Un poco para entrar en la parte más teórica del tema, ¿para usted qué es un trastorno de la conducta alimentaria? ¿Cómo lo definiría?

Para mí es muy difícil definirlo, pero yo creo que un trastorno de la conducta alimentaria es una alteración que puede afectar a una persona que no sepa gestionar sus emociones correctamente y que tenga dificultades a nivel afectivo. Entonces todas esas dificultades las centra en la comida, que yo pienso que es una de las cosas que van más unidas a la relación con la madre. Porque desde el primer momento que nace la criatura, la madre tiene la obligación de cuidarla, pero de cuidarla sobre todo a nivel de nutrirla. Y yo creo que es ahí cuando comienza esa conexión entre la comida y la alimentación. Desde el inicio, la madre mantiene una relación con los hijos ligada a la comida: la comida es amor, la comida es cuidado, la comida es atención. Se da mucho afecto a través de la comida; la madre dedica su tiempo personal a nutrir al hijo, y en estos momentos los lazos que se crean entre madre e hijo son muy intensos, aunque puede que eso ocurra de forma inconsciente.

Así pues, llegado un momento de dificultad afectiva, es probable que por este motivo se centralice más atención de lo normal en la comida, aunque también juega un papel importante el hecho de que sea un elemento cotidiano y que genera satisfacción. Sea como fuere, yo uno mucho estos trastornos con esa primera obligación materna de cuidar al recién nacido mediante su nutrición, la cual conlleva desde el principio una relación muy directa entre ambos.

P.: ¿Qué factores cree que favorecen a que se desarrolle un trastorno?

En mi caso pienso que ha sido una cuestión principalmente genética, es decir, debido a las características de la personalidad.

Mi hija tiene ahora 34 años y comenzó con la enfermedad a la edad de 14 años. Eso son muchos años que hemos tenido para reflexionar, ya que en ese transcurso de tiempo han ocurrido muchas cosas. Por ejemplo, yo tengo una sobrina, la cual acaba de cumplir los 25 años de edad, que sufrió un trastorno de la conducta alimentaria. Ella vive en Madrid, así que eso provoca que casi no tengamos relación. Pero curiosamente, cuando ella era muy pequeña, recuerdo las conversaciones que yo tenía con mi hermana en las cuáles ella me contaba muchas cosas de mi sobrina que me recordaban mucho a mi hija cuando era pequeña. Tenían muchos rasgos de personalidad muy parecidos y eso me hizo pensar, mucho antes de que se topara con la enfermedad, que esa niña podría también en un futuro sufrir un trastorno alimentario. Y, efectivamente, así fue.

Y en este caso creo que no podríamos decir que existe ningún mimetismo ni ninguna influencia debido a la relación entre mi hija y mi sobrina, ya que, como he dicho, debido a la lejanía y a la diferencia de edad, prácticamente no había contacto entre ellas. Recuerdo encontrar en mi sobrina, ya de niña, esas características que mi hija también tenía: una cierta introversión que no le impedía relacionarse con las demás niñas, pero que sí le creaba una inseguridad y una preocupación anómala sobre la opinión ajena. Ello aparecía ya en informes de la guardería, del colegio, etc., en los cuales se destacaban unas características que describían a una persona vulnerable.

También, gracias al hecho de trabajar en la ACAB, he aprendido que hay otros factores que pueden influir mucho: el tipo de educación que se recibe en casa o la presión que pueda sufrir la persona en el ambiente familiar son clave.

Esto lo he podido presenciar con mi hija pequeña, la cual si bien no ha padecido un trastorno de la conducta alimentaria definido como tal, sí que ha sufrido un desorden alimentario. Ella, a diferencia de su hermana mayor, no tiene ninguna característica que pueda considerarse determinante para padecer un trastorno alimentario, es decir, no tiene un perfil típico que la haga propensa a la enfermedad. Pero ella ha vivido una situación especialmente traumática: ha sido sometida a una presión muy grande por parte de su padre. Así pues, en este caso es una historia muy diferente, pero debido a estos problemas familiares ella empezó a tener una relación anómala con la comida. No se le dedicó un diagnóstico estricto pero sí que existió un desorden alimentario; ella tenía mucho miedo por comer más de la cuenta. Pero en esta ocasión el problema se desarrolló de una forma muy distinta a cómo ocurrió con mi hija mayor. Al existir razones muy diferentes y al no tener esas características que la hacen vulnerable, mi hija pequeña ha puesto de su parte desde el primer momento para acabar con el problema, yo he podido mantener la distancia necesaria para no agobiarla y ella ha pedido ayuda y ha colaborado en todo momento. Actualmente sigue aun trabajando en ello, pero lo está resolviendo muy satisfactoriamente. Cada caso es distinto, pero yo no sé qué hubiera ocurrido con mi hija pequeña si yo no hubiese tenido el conocimiento previo que tenía gracias al trastorno que había sufrido su hermana anteriormente. Así pues, yo creo que hay muchos motivos que pueden favorecer a que una persona desarrolle un TCA, pero pienso que lo realmente determinante es la personalidad de cada uno.

P.: A parte de los casos que ha comentado de su familia, ¿conoce otras personas en su entorno que sufran o hayan sufrido un trastorno de la conducta alimentaria?

De fuera de la asociación ACAB, conozco distintos casos pero no son personas que hayan sido o que estén siendo tratadas con la ayuda que debieran recibir. Por mi casa han ido pasando diferentes amigas de mis hijas y entre ellas he observado que hay casos que son muy evidentes pero que de algún modo no se quiere ver que es así. Además, son personas que gozan de un buen ambiente familiar en casa y cuyos padres tienen una buena formación. Por ejemplo, pienso en el caso de una compañera de trabajo y buena amiga de mi hija, cuya madre es médica. Ésta considera que su hija tiene que moderarse con la comida y que tal moderación no es mala. Así pues, esta chica lo está pasando muy mal, y de hecho le ha pedido a mi hija el número de teléfono de ACAB en diversas ocasiones. Pero desde su casa no recibe ningún apoyo en ese sentido, lo ven como algo mucho menos importante de lo que es. Supongo que sus padres utilizan la excusa de que están muy ocupados y no tienen tiempo para dedicar a este tipo de problemas.

En resumen: sí, he conocido personas, y la mayoría personas adultas, que, aunque no hayan sido médicamente diagnosticadas, están extremadamente delgadas y que cuando vas con ellas a tomar alguna cosa, toda la conversación se centra en las calorías que tiene aquello que está bebiendo o comiendo, lo cual evidencia como mínimo una relación insana con la comida.

P.: ¿Usted cree que un trastorno alimentario puede superarse totalmente?

Yo pienso que sí, o como mínimo quiero creer que sí. Porque no hay manera de luchar en favor de algo si no crees en ello.

No me gusta la palabra crónica cuando hablamos de enfermedades de este tipo, ya que para mí significa una sentencia. Pensar que una persona no puede curarse no hace más que paralizar el proceso de ayuda que pueda estar recibiendo e impedir que se siga luchando con la energía que se necesita.

Siendo realistas, está claro que cada persona tendrá dificultades de distinto grado a la hora de enfrentarse al trastorno, pero yo creo que si se quiere luchar adecuadamente para salir adelante de un TCA, siempre hay que pensar que es una enfermedad superable. Y después ya se verá hasta dónde se llega.

Yo no me considero una ilusa, ni mucho menos. Simplemente creo que la lucha contra un trastorno alimentario no podría tener éxito si, ya desde un principio y sin dejar de ser realista,

no estuviera convencida de que puede superarse. Además, ahora sé que la persona que saca fuerzas para hacer este trabajo y que lucha para recuperarse, tiene muchas oportunidades en sus manos para conocerse, para profundizar en su crecimiento personal y para ser mejor. Y eso es muy positivo para poder dejar atrás una enfermedad así.

P.: ¿Qué factores crees que favorecen a esa recuperación?

Sobre todo, pienso que lo más importante es que la persona tenga una mínima consciencia de que padece una enfermedad psicológica. Porque si no es así, pienso que intentar alcanzar la recuperación es tan difícil como intentar atravesar una pared.

Además, puede ser también que la persona afectada no quiera reconocer su enfermedad. Puede que hacerlo le supusiera demasiado cambio, que se viera ante la obligación de dejar atrás la mayor parte de su vida después de haber convivido durante tanto tiempo con la enfermedad. Tal situación provoca que muchas personas afectadas sientan pánico a ser diagnosticadas, igual que si estuvieran cayendo al vacío. Uno puede pensar: "Los demás me aceptan tal como soy, con la enfermedad. Y se relacionan conmigo y con mi enfermedad. Yo tengo unas manías y la gente las respeta. ¿Qué haría yo sin todo eso? ¿Qué sería de mi vida si todo eso desapareciera?".

Así pues, esa mínima consciencia sobre el hecho de estar padeciendo un trastorno es básica. También, pienso que es vital que la familia esté unida para luchar ante el problema. Tienen que estar todos batallando codo con codo para procurar que la persona afectada reciba y siga un tratamiento y para convencerla de que ella es quien tiene las herramientas para seguir adelante. Es muy importante que la persona afectada no pueda columpiarse en sus obligaciones para con el tratamiento utilizando manipulaciones o chantajes con alguno de los progenitores. Es decir, que ambos vayan a una en todas las decisiones y sean igual de inflexibles con respecto al tratamiento.

P.: ¿Y qué factores cree que pueden dificultar dicha recuperación?

Pues justo lo contrario. Cuando hay un ambiente familiar en el que la persona afectada sabe que puede columpiarse, chantajear y engañar, ahí existe un entorno propicio a dificultar la superación del trastorno. Eso puede ocurrir en núcleos familiares en los cuales la comunicación no sea buena, en los cuales la persona afectada se comunica sólo con uno de los progenitores y por lo tanto las decisiones no se toman a la vez.

También puede dificultar mucho la recuperación el hecho de que la persona pueda tener otro tipo de alteración psicológica a parte del TCA. De hecho, son muchos los casos en que el trastorno alimentario es una consecuencia de otros trastornos psicológicos, y asimismo a la inversa. En estas ocasiones obviamente es mucho más difícil poder diagnosticar y tratar cada uno de los síntomas.

P.: ¿Qué recursos conoce, tales como la asociación ACAB, para hacer frente a los trastornos alimentarios?

Ahora conozco la ACAB y a través de ésta conozco muchos otros recursos, pero cuando yo me topé por primera vez con el problema la información que tenía era nula y obtener información o ayuda no era ni mucho menos tan fácil como lo es hoy. He vivido mucho tiempo escuchando que todo eran imaginaciones mías.

Años atrás se oía hablar de anorexia pero estaba mucho más ligado a un problema que era terminal, a una enfermedad inevitablemente mortal. Yo no tenía ni idea de qué era mejor o qué era peor hacer en estos casos. Simplemente todo se centraba en que la persona afectada comiera. Supongo que en aquella época habría ya algunos recursos, pero está claro que no tiene nada que ver con toda la información a la que tenemos acceso hoy en día. Actualmente, en un momento accedes a Internet y consultas las redes y obtienes más o menos lo que buscas, pero antes esto no era posible.

Así pues, la mayor parte de lo que conozco ahora es gracias a la ACAB. Por lo tanto, mi hija mayor nunca ha seguido ningún tratamiento profesional.

P.: ¿Qué profesionales intervienen en un trastorno de la conducta alimentaria?

En mi caso, como ya he dicho, no intervino ningún profesional. Supongo que en general lo normal es que haya un psiquiatra y un psicólogo, como mínimo. Desconozco si debe haber más profesionales.

Obviamente, a nivel educativo existen actualmente muchos más profesionales que pueden ayudar y actuar. El trabajo debe empezar en los colegios: debe existir una mínima formación focalizada en la salud alimentaria y procurar seguir educando en los comedores. Después también debe haber una educación a nivel de sociedad. En nuestro país se come muy mal y se habla demasiado de comida. Hay que evitar muchos malos hábitos. Continuamente hablamos sobre si tal cosa engorda o tal cosa no, se cuentan las calorías de cada alimento que ingerimos, las dietas y los trucos mágicos para adelgazar están a la orden del día, etc. Todo eso no debería estar tan presente en nuestra sociedad, así como factores potenciadores de otras enfermedades no aparecen en nuestras vidas cotidianas.

Así pues, los profesionales necesarios son todos aquellos que tengan alguna función educativa mediante la cual puedan tener una intervención para combatir estos trastornos. Prevención, hábitos y sobretudo una educación que focalice la atención en los valores importantes para potenciar una formación más humana. Y tal cosa no está reñida, ni mucho menos, con los hábitos saludables de cuidarse, tener un cuerpo sano y querer tener un aspecto bonito. Yo pienso que el físico es muy importante, pero el problema es que en nuestra sociedad se da una exagerada importancia al aspecto físico por delante del resto de aspectos personales.

P.: ¿Qué necesidades cree que tienen las personas afectadas?

Es una respuesta difícil, pero pienso que tienen una gran necesidad de afecto, lo cual no equivale a consentimiento. Es la necesidad de tener una figura afectiva próxima pero a la vez que sepa ser respetuosa y que no sea invasiva. Yo creo que es importante ser capaz de ofrecerle a la persona afectada la opción de responsabilizarse de su problema, mostrando confianza en ella y no sobreprotegiéndola. No creo que deban generarse imposiciones tales como lo haríamos ante un niño pequeño. Es un trato más de adulto, el cual obviamente no aplicaríamos en los casos en que la enfermedad apareciera en una muy temprana edad, con el cual pienso que la persona afectada debería sentirse guiada pero que no deje de tener la oportunidad de ir tomando sus decisiones.

Y después también creo que tienen la necesidad de que no exista un beneplácito extra. Ni en el entorno doméstico ni en todo lo que conlleva el tratamiento. Es decir, que, debido a la enfermedad, no aparezcan concesiones que antes de ésta no existieran, ya que eso solo favorecería a hacer más difícil el poder superar el trastorno.

P.: Entrando un poco más en su vivencia personal, ¿cuál ha sido su experiencia como madre al estar al lado de una persona afectada por un trastorno alimentario?

Pues es un sufrimiento tremendo. Es algo muy difícil de vivir porque la impotencia que sientes ante un problema así es enorme.

Basándome en la experiencia que ya tengo ahora y haciendo referencia sobre todo al caso de mi hija pequeña, que es el más reciente, he tenido que mantenerme al margen de forma prudente y dejar que ella vaya descubriendo lo que le pasaba. Y eso es algo bastante duro de llevar cuando te estás dando cuenta desde el primer momento de lo que está pasando. Y aparte de eso, está el miedo. El miedo de no saber qué es lo que va a pasar. Y este miedo se une al de la persona que sufre el trastorno.

Es una situación muy complicada porque tú tienes que estar haciendo de pilar autoconvenciéndote de que puedes hacerlo aún i sentir pánico por pensar que ella no pueda. Con mi hija mayor lo viví diferente porque en ese caso tenía auténtico miedo a que se muriera. El hecho de estar tan desinformada y no saber cómo solucionarlo me desesperaba. Además me encontré con obstáculos en casa, en el colegio y con los propios médicos, ya que en ninguno de estos entornos se le daba suficiente importancia a la enfermedad que padecía mi hija. Eso me generaba un sentimiento de impotencia absoluta, ya que sentía que no estaba lidiando con mis responsabilidades para con mi familia. Y a la vez me sentía culpable por no saber evitar equivocaciones, que por otro lado he aprendido que son prácticamente inevitables, las cuales me daba cuenta que provocaban que empeorase aún más el problema.

P.: Dice que su hija mayor empezó a padecer el trastorno a los 14 años. ¿Con su hija menor fue lo mismo?

No, no tienen nada que ver los dos casos entre ellos. Mi hija pequeña empezó a los 21 años. Llevaba ya varios años sufriendo una gran presión debido a los problemas familiares y ello la llevó a su límite.

P.: ¿Cree que el trastorno que sufrió su hermana mayor pudo condicionarla a ella?

No, eso seguro que no, porque cuando mi hija mayor tuvo el trastorno alimentario, la pequeña era tan solo un bebé. Aun así, sí que ha convivido de algún modo con una parte del trastorno ya que mi hija mayor ha seguido teniendo problemas psicológicos toda su vida. Y, por otra parte, a su hermano, mi hijo, le diagnosticaron una afectación neuropsiquiátrica grave cuando mi hija menor tenía once años.

Todo ello ha provocado que ella crezca con miedo a desarrollar también algún trastorno mental. Ese miedo, juntamente con la presión que sufría, le empezó a provocar la creación de conductas insanas con la comida. A la vez, mientras se daba cuenta de lo que le estaba pasando, el miedo que llevaba tantos años sufriendo, se incrementaba. Llegó hasta tal punto que estaba convencida de que no saldría adelante, estaba convencida de que no podría hacerlo. Así pues, ese miedo tan grande le supuso una carga extra enorme.

Y, de hecho, no iba del todo desencaminada. Ella nunca lo supo, pero durante una temporada estuvo bajo vigilancia médica porque los rasgos de comportamiento que presentaba inducían a pensar que podría llegar a desarrollar un trastorno similar al de su hermano. A los 12 años observamos que esos rasgos ya habían dejado de estar presentes y pudo suprimirse la vigilancia médica.

Sea como fuere, pienso que es muy curioso el miedo que ella ha sentido siempre a desarrollar un trastorno como les ha ocurrido a su hermano y su hermana. Y efectivamente, ese miedo la poseía por encima de lo normal durante el tiempo que sufrió el desorden alimentario, lo que provocaba que se negara a recibir medicación y otras ayudas.

Aún hoy intenta un poco alejarse de sus hermanos o tener una relación distinta con ellos, puede que para evitar volver a sufrir los desequilibrios que sufrió. Es en ese miedo a lo mejor donde puedo encontrarle los rasgos vulnerables que caracterizan a su hermana mayor, pero como ya he comentado, son dos personalidades muy distintas.

P.: Muchas gracias por haber participado en esta entrevista.

Gracias a ti.

ENTREVISTA E3

P: Podries presentar-te?

R: És una mica complicat. Jo tinc 57 anys i ara en aquests moments... La meva formació és Biologia i després sempre he estat en el món de l'educació, relacionat amb les ciències. En aquests moments estic portant activitats per a escoles i diferents públics relacionades amb la ciència que fan en museus.

P: Què és per a tu un trastorn alimentari? Com el definiries?

R: En aquests moments no sé massa bé què és un trastorn alimentari. Són persones que tenen unes dificultats. Aquestes dificultats estan relacionades amb el menjar. Jo crec que hi ha una varietat brutal de trastorns. Des de la persona que en una situació molt complicada no pot decidir res sobre si mateixa, fins a persones que tenen alguna dificultat però tu veus que poden portar una vida molt normal. Quan entrem en el grau de malaltia? Suposo que és quan aquesta part obsessiva que porta a la persona a unes conductes alimentàries que posen en perill la seva salut és el que domina sobre la persona. Domina que no poden controlar aquest tipus de conductes. Però per altra banda també hi ha una part psicològica que d'alguna manera es fica dins. La conducta alimentària és per tapar tota aquesta part psicològica. A vegades simplement és la seva pròpia personalitat, que no han crescut adequadament o a vegades sí que hi ha un trastorn mental molt més important. Aquí hi ha molta varietat, pots trobar trastorns mentals molt complexos, i veus persones que no poden tirar endavant, i altres coses que són simplement una falta de maduració o una manera de desenvolupar la seva pròpia personalitat de manera inadequada.

P: Quins factors creus que ajuden a afavorir aquest desenvolupament de trastorns alimentaris?

R: Bé, suposo que aquí hi ha moltíssimes coses. Els llibres expliquen que si és multifactorial i tot això, però agafant des de la meva experiència jo penso que hi ha moltes coses. Òbviament la família és un factor. La part social és un factor, i en aquesta part social hi podem ficar les relacions amb amics i de grups que tu et bellugues i coses més àmplies com poden ser els mitjans de comunicació, els valors que hi ha en aquests moments socials. Tot això és evidentment influència. I jo també crec que hi ha una part genètica. Vivint en la mateixa societat i amb els mateixos sectors socials i familiars hi ha gent que ho desenvolupa i gent que no, per tant hi ha algun factor genètic que ho pot explicar.

P: Coneixes persones del teu entorn que han patit o estan patint un trastorn alimentari?

R: Sí, la meva filla.

P: A part de la teva filla, que és el cas que suposo tens més proper?

R: He conegut persones a partir del problema de la meva filla. Anteriorment a la meva filla que jo en sigui conscient no. Tinc una amiga que ella després de molts anys ha manifestat que va estar en un moment que possiblement podia haver tingut un trastorn alimentari, quan érem adolescents. El que passa que no hi va caure, però ella reconeix que anava cap a un trastorn alimentari. El que jo he entrat en la malaltia i he conegut diferents casos, persones, alguns els has seguit més a prop, altres més puntuals, però bé tot a partir de la meva filla.

P: Tu creus que un trastorn alimentari es pot curar totalment?

R: A veure, la meva casuística és que no. Jo amb la meva filla porto molt de temps i no considero que estigui curada. No ho sé si està curada o no. El que passa és que tampoc

s'entén que es vol dir amb aquest totalment. A vegades jo crec que les persones que han passat per un trastorn alimentari tenen una etiqueta tan forta que curada totalment vol dir que facin X coses que no necessàriament s'haurien de donar sense trastorn alimentari. A veure si m'explico. Quan tu tens una persona que ha passat per un trastorn alimentari vol dir que amb el menjar no pot jugar, que no pot tenir cap conducta... quan molta gent normal juga amb el menjar, té conductes que no són iguals... Totes aquestes persones les emmarques des del punt de vista de que ho facin bé , que segueixin una conducta molt més estricta que la que seguiria una persona que no ha passat mai per un trastorn alimentari. I també des del punt de vista de personalitat. Qualsevol alteració en la personalitat d'una persona que ha passat per un trastorn alimentari sempre ho acabes lligant amb la malaltia. A vegades et preguntes: la curació què és? Que sigui una persona equilibrada? O la curació és que aquesta persona controli la seva vida i pugui disfrutar malgrat tingui algunes manies amb el menjar, tingui unes inseguretats... com ens passa a tots. Moltes vegades el que a mi em costa és definir que vol dir curada en una persona que ha tingut un trastorn alimentari. Tot i que jo crec que sí que hi ha persones que tornen a controlar completament la seva vida i que tenen una vida normal amb les seves dificultats, com pot tenir una altra persona. Aquesta etiqueta és el que està travada en aquestes persones. Són més exigents en el moment de treure-la.

P: Més els de fora que la pròpia persona creus?

R: Jo crec que són més els de fora. La pròpia persona la manté perquè els altres l'alimenten. Aquí som més mantenidors d'aquesta etiqueta els de fora. Tot i que la persona pot ser conscient o no de coses. A vegades hi ha certes conductes que ells les veuen molt normals i tu no les veus normals, i potser tu tens una part de raó. Però crec que en aquest cas ho has passat tan malament i has passat tanta por que en aquest aspecte som nosaltres els que mantenim més l'etiqueta.

P: Quins factors creus que poden afavorir a aquesta recuperació?

R: Jo penso que hi ha un factor de confiança, que tornin a tenir la confiança que es mereixen, i no és gens fàcil. Hi ha d'haver molta confiança i deixar-los créixer. Amb tot això es mouen moltes coses i aquestes parts emocionals no les tenim tan clares, ni elles ni nosaltres. No deixa de ser que és una malaltia en la que s'està tractant molt la conducta. Molts dels tractaments que es fan són molt conductuals i amb segons quines personalitats deixen coses per tracta. T'ensenyen molt a controlar-les en un moment determinat, sobretot quan parles amb adolescents, a casa portar molt el control. Crec que hi ha d'haver aquesta part conductual, no me la puc carregar. Penso que aquesta part conductual hi ha un moment que és la salvació per a elles i també per les famílies. Però falta el que sapiguem tots com retornem això a la normalitat, sense que quedin aquests residus. A vegades sense voler ets controlador i elles d'alguna manera esperen que els altres determinin, perquè ja s'han acostumat a que els altres els han marcat les pautes en els moments que un ha de reafirmar la seva personalitat. I es troben en situacions que no poden. Per això suposo que si tens capacitat per donar-los confiança i deixar-les créixer amb el que passi, poden ser dues maneres per començar a canviar aquesta etiqueta.

P: Algun factor o aspecte que creus que pot empitjorar o que no ajuda a que es recuperin?

R: La protecció. Tendim a protegir molt. La protecció és mantenidora de la malaltia i és molt fàcil, perquè elles o ells són persones que tenen un cert grau de dependència, per tant s'arrepengen. I tu has passat tanta por i les veus que és molt fàcil, encara que pensis que no ho estàs fent, però les estàs protegint. Si fa això, si se'n va per aquí, i si torna a caure... Vulguis o no fas moltes coses protectores que potser amb normalitat no les faries. I la protecció penso que és mantenidora de la malaltia. El que passa és que és molt difícil evitar-la per part dels pares. Primer has de ser conscient que ets sobre protector. Moltes vegades és e fet d'assumir

la seva vida elles mateixes i les responsabilitats. Començant per la responsabilitat de curar-se i la responsabilitat de tot el que suposa. A vegades el que fem amb tot això és: ho retallem i els ho donem fet.

P: Quins recursos coneixes del tractament del trastorn alimentari?

R: Jo recursos de moment és la teràpia conductual cognitiva que és la que quan la meva filla feia teràpia i estava jo present és la que vaig viure més. Després suposo que n'hi ha d'altres. Jo no sé fins a quin punt poden ser vàlides o no. No tinc criteri per poder-les avaluar des d'un punt de vista professional. Saps que hi ha persones que han fet altres tipus de coses que també se n'han sortit, també passa que moltes vegades quan porten tant de temps van a molts tipus de teràpies. Però no saps fins a quin punt són les teràpies que no funcionen o són les fugides que elles van fent per no afrontar que tenen un problema. A vegades és difícil dir si és més bo un altre tipus de teràpia o no. Això els psicòlegs són els que han de veure, són ells qui hi estudien. Diuen que la psicoanàlisi no ajuda, que és més complicat... Jo la que vaig viure amb la meva filla va ser aquesta.

P: Com la valores?

R: Jo et puc fer la que va estar més temps, després l'altra que ha anat fent després ella altres històries diferents. Però la que va estar més temps van ser quatre anys. Inicialment per a mi va ser la salvació. Vaig passar d'una situació que no controlava en absolut i que la meva filla s'escapava per tot arreu i era molt angoixant. De cop i volta la portes a un lloc que són capaços de controlar-la i que t'ajuden amb tot. Tu saps que la deixes allà i que fins que tornis a anar-la a buscar com a mínim te la trobaràs viva, que ja és molt. Jo des d'aquest punt de vista per a mi va ser bona, a més a més tenia molt contacte amb el centre, hi anava cada setmana, tenies molta informació directa... Jo m'ho vaig creure. Ara en aquests moments quan la sents parlar a ella hi ha coses que li van fer molt mal. La meva visió com a mare... No me'n penedeixo d'haver-la portat allà, i ella tampoc d'haver-hi anat. Hi ha una part que sí li va anar molt bé, que reconeix que la van salvar, però hi ha tota una altra part que va estar molt conduïda, molt en grup, que ella es va sentir malament. Quan això t'ho pot manifestar amb tranquil·litat, sense pressió, penses que no tot van ser flors i violes. Que possiblement al mateix lloc no s'està fent ara el mateix, perquè no deixa de ser que el trastorn alimentari també encara era un assaig.

P: Quins professionals intervenen en un tractament del trastorn alimentari?

R: Psiquiatres i psicòlegs bàsicament.

P: Quines funcions creus que tenen?

R: Jo penso que hi poden intervenir molts més professionals, però realment el centre on està la meva filla, i a la majoria de centres qui porta el pes de la recuperació de les persones són els psicòlegs. El psiquiatra té una funció més de marcar criteris i sobretot perquè hi ha casos en què hi ha medicació i ells la controlen. Realment el que ajuda a la persona és la teràpia psicològica. Hi ha d'haver la part psiquiàtrica perquè hi ha casos en què es necessita i casos en què no. La part de metge també perquè hi ha molts alts i baixos i hi ha un control. La part alimentària hi ha vegades que la porten els mateixos psicòlegs i hi ha vegades que hi poden haver dietistes. Jo penso que si ara no costa tant trobar a psicòlegs especialistes en trastorns alimentaris (cada vegada n'hi ha més), trobar dietistes que estiguin especialitzats en trastorns alimentaris costa molt més. Penso que moltes vegades en aquests equips sí que n'hi ha, però dietistes que sàpiguen portar una persona amb trastorn alimentari, moltes vegades costa. I elles hi acudeixen molt però en coneixen poc. Moltes vegades volen colar-se a través d'una dieta. Seria bo que les dietistes coneguessin més el trastorn alimentari perquè els arriben molts casos. Després pots trobar-te que com a suport pots trobar moltes altres coses. I òbviament hi

ha una part molt important que potser en l'inici no és important o no ens preocupa, però després sí que és important, que és com aquestes persones es tornen a reinserir a la societat, tornar a reprendre la seva vida. Trobo que un assistent social o educador social, potser quan tens una persona que està molt malament necessita al terapeuta i oblidem-nos de la resta, perquè és qui pot saber què fer amb ella. Però aquesta persona després ha de tornar a reincorporar-se a la societat, hi ha gent que té moltes dificultats. Tot depèn del grau de malaltia que ha tingut i del que ha tallat la seva vida social. Però després des de buscar feina, com gestionar el seu dia a dia... Hi ha moltes coses d'aquestes que poder tenir un suport en aquest nivell seria important, i no només en aquest tipus de malaltia. I que de la mateixa manera que es cuida molt aquesta part més mental, que lo altre també hauria de tancar el cercle i poder tornar a reprendre la meua vida. Hi ha moltes casuístiques, hi ha moltes persones que realment sí que tenen una xarxa familiar i una xarxa de suport molt important, per tant aquí possiblement aquest paper, entre la família es va suplir. Però hi ha gent que està molt sola i ha viscut el trastorn molts anys sola i després tornar-se a incorporar... O que vénen d'estructures familiars molt desfetes. O encara que l'estructura familiar estigui molt estructurada, no encaixen en aquella estructura, perquè hi ha hagut tant trencament que no hi ha un encaix, i l'única manera de poder tornar a encaixar és que algú t'ajudi a tornar a refer tota aquesta vida que portaves. Hi ha gent que s'ha quedat sense amics... Hi ha gent que no, que manté una colla d'amics, manté un seguit de coses i pot enganxar-se. Però n'hi ha d'altres que no, que han perdut parelles, han perdut amics, han perdut de tot. Suposo que algú que la pugui ajudar a com refer tota aquesta part social seva penso que també seria una bona floreta per acabar de lligar-ho tot.

P: Quines necessitats creus que tenen les persones que pateixen un trastorn alimentari?

R: En quin sentit necessitats?

P: Què creus que necessiten, al nivell que tu creguis.

R: Jo penso que ho necessita tot: necessita afecte, necessita comprensió, necessita carinyo, necessita de tot. Però moltes vegades no és capaç de recollir res de tot això. I que per les persones que estan fora moltes vegades no saps com apropar-te. Quan una persona està tan malament amb sí mateixa moltes vegades el que fan és justament tirar en contra de tothom. Et trobes que tu ets dolenta... Quan tu vas rebent només bufetades no saps què fer. Moltes vegades et trobes que rebutgen el teu afecte, el contacte físic, no deixen que t'aproximis. Això t'està dient lo malament que estan. Però això no vol dir que no ho necessitin. No tenen capacitat potser d'acceptar-lo però ho necessiten més que mai. Perquè es barregen moltes coses, molts sentiments... Elles se senten molt culpables de veure't patir a tu. A vegades es creen discussions molt fortes i és molt complicat gestionar i depèn de cada persona. Cada persona a banda del trastorn alimentari potser és un rebel... i es troben situacions molt difícils.

P: Com ha sigut la teua experiència com a mare? Com ho has viscut?

R: Hi ha una part de molta tristesa perquè això ha fet que la meua filla tingui mancances i dificultats i ara estigui lluitant per a moltes coses. Hi ha una part que a nivell personal pots dir, segur que podrien haver hagut coses diferents i més dolces. Veus a altres famílies i penses: per què no m'ha pogut passar això a mi... Però quan això ja ho deixes, et trobes davant d'un problema. I davant d'un problema intentes tirar el millor que pots i intentes lluitar al màxim. Això m'ha fet fer unes coses a la meua vida que no hauria fet si no hagués tingut aquest problema. Per tant m'ha fet segur tenir relacions i m'ha fet aspectes dels meus fills i m'ha fet veure coses que altres persones que no han hagut de passar per aquest trastorn no les han vistes. Donar-li gràcies no, jo no vull. Tan de bo que no m'hagués passat, qualsevol malaltia jo hauria preferit que no. Però a mi m'ha tocat aquesta i sempre en pots treure un aspecte positiu. I respecte a mi com a mare i respecte a la meua filla, tot i amb el patiment i tot això ha hagut treballar molts aspectes de la seva personalitat, ha de buscar moltes coses que no les hagués buscat. Però

això no vol dir que sigui benvingut el trastorn alimentari. Tan de bo no hi hagués sigut, però sempre se'n pot treure coses positives tant la persona que li toca passar-ho com la família. El que passa que hi ha èpoques que són molt dures, hi ha moments que les coses estan molt descontrolades, no entens què passa, el teu fill el veus entre la vida i la mort i és molt dur.

P: A quina edat va començar la teva filla?

R: Va començar que en siguéssim conscients 14 anys i ara en té 33. El moment fort 16 i 17. Després amb 18 anys és quan va haver d'ingressar a l'hospital de dia.

P: Quin suport heu tingut, quines persones de suport?

R: Jo mateixa. Com a suport l'ACAB, per a mi. Inicialment, quan no saps què està passant però veus que estan passant coses, la pediatra em va respondre, després vam anar al psiquiatra infantil, que també va ajudar... Jo vaig anar fent el meu petit recorregut. Però aquest petit recorregut no donava solució, la cosa semblava que s'havia arreglat però a l'hora de la veritat va tornar a ecllosionar de mala manera. Quan ja estava en una situació que estava la pública però al fer 18 anys havia de canviar. Ella sabia engatussar molt bé als metges, i quan vaig haver de plantejar-m'ho vaig aparèixer aquí a l'ACAB i amb la gent que hi havia en aquell moment aquí vaig trobar molt de suport. Tot eren pares que havien passat per aquesta situació i no només era el compartir. Els recursos me'ls vaig buscar jo, no els vaig treure d'aquí. Justament un company de la feina coneixia una senyora que la seva filla tenia TCA em va trucar i em va donar les referències d'aquest lloc. Em va venir el recurs així. Jo hi vaig anar sense que m'ho diguessin des de l'ACAB. Però el fet d'estar aquí i compartir amb persones em va ajudar moltíssim. Amb aquesta gent encara em veig, ens estem trobant. En aquells moments em van ajudar a canviar el xip, a veure les coses d'una manera diferent, jo com a persona poder canviar moltes coses. Per a mi va ser un gran suport i ho segueix sent. Són persones a qui acudeixo quan tinc... Encara ens trobem.

P: En algun d'aquests llocs que ha estat la teva filla o tu, hi havia presència d'educador social?

R: Que jo sàpiga no. Estem parlant d'uns anys enrere. No sé si en aquests moments ara n'hi ha, estem parlant d'uns anys enrere i segurament hi ha coses que s'estan fent d'una manera diferent. Però en principi com a tal no. Que cuidaven de reinserir a aquesta persona és veritat que ho feien, però els mateixos terapeutes. El que tenien de reforç era algú que els feia tallers, etc. Sí que feien coses amb els mateixos terapeutes que no deixa de ser la feina d'un educador social. Fins i tot per al propi afectat seria diferenciar la teràpia d'aquesta part més social, perquè la persona de referència no és la mateixa. Recorrien molt també a l'ajuda entre les pròpies famílies dels afectats.

P: Pels pares o per també les noies?

R: Per a tot. Tu pensa que jo a casa meva vaig tenir la tira de persones dormint a casa... La meva filla va entrar allà i de seguida va venir setmana santa i jo vaig tenir una altra persona a casa. Aquesta persona necessitava més i qui la marcava i controlava a casa era la meva filla, no jo. Elles ja tenien una referència de a qui trucar, a qui no trucar... Per exemple, quan surten de festa, per a que si tenen problemes s'ajuden... Es contemplava perquè això aquí és important, però no es feia a través de la figura de l'educador social.

ENTREVISTA E4

P: Què és per a tu un trastorn de la conducta alimentària?

R: La resposta no correcta és que és una putada. Mai m'ho havien preguntat. Per a mi un TCA és una de les malalties més perilloses que hi ha en aquest moment en la societat occidental i la gent no n'és conscient. Jo treballo els matins amb tot tipus de problemàtica a nivell de salut mental, però la gent és més conscient dels problemes que es poden trobar, un noi que pateix un trastorn de l'espectre autista, un noi que té una problemàtica amb substàncies addictives... El fet de que moltes vegades la imatge pública coincideix molt amb la imatge de les noies que tenim aquí, i això fa que sigui una malaltia que la gent no la percep, no sigui conscient dels riscos que té, i per això dic que és una de les malalties més perilloses, de més difícil evolució, de menys consciència social... Ara per ara veig que existeix, l'ACAB està movent moltes coses últimament, i això és súper bo. Però encara falta molt per fer, i hi ha el xoc frontal amb les marques de moda... Ara em comentava la meua companya infermera que la casa Mango està fent talles grans i talles encara més petites de les que ja ven. La casa Mango ja es caracteritza per vendre talles petites, doncs encara fa una talla més petita. Tot això fa que no es visqui com una problemàtica tan gran com la que pot arribar a ser.

P: Quins factors creus que afavoreixen el desenvolupament d'un TCA?

R: El familiar és un. Jo el que veig és que hi ha moltes nenes que a casa seva que el tema alimentari és un tema molt secundari, els hàbits alimentaris a casa ja no són bons. També vivim en la societat que vivim i cada vegada el tema dels àpats com a espai d'unió, de trobada amb la família també han deixat d'existir, cadascú va com va. És una societat que cada vegada el culte al cos és més gran, ens trobem amb pares i mares que són els primers que miren molt la dieta. Tot això va calant en els nanos, llavors normalitzen el fet de menjar només una amanida per sopar, o el fet de no menjar carn, o el fet de restringir segons quins aliments... Tot això, aquesta educació familiar, penso que genera que a la llarga puguin aparèixer totes aquestes problemàtiques. També el que dèiem, el món de la moda cada vegada ven aquesta imatge de noia més prima... El que dèiem també de les talles. Els governs tampoc són capaços de posar-se d'acord amb el tema d'unificar uns criteris que es considerin saludables. També el tema dels joves entre sí. Els joves arriba una edat on les comparatives, amb els canvis en la pubertat, la persona que està una mica grassoneta i tal de seguida és exclosa del grup. O el fet que els nois es fixin físicament en les models, aquestes noies falses, retocades per totes bandes... Tots aquests factors per a mi són els que generen que hi hagi aquesta dinàmica negativa. A vegades n'és un, a vegades en són dos, a vegades són tots que sumen. Jo parlo del que he rebut per part de les noies. Per exemple, de noies que veus que estan aquí i quan els agafes confiança que estàs parlant amb elles t'ho diuen: a mi m'agradava un noi i un dia vaig sentir que jo no li agradava perquè estava grassa. Això genera tot el tema aquest, que entrin amb això. Amb el que t'he comentat del Mango, hi ha unes noies que volien fer una fulla de reclamació queixant-se d'això. Però per a mi són aquests tres factors: el tema familiar, el tema més de les grans marques comercials que els interessa vendre aquest model de noi i de noia, i per altra banda el tema social, la imatge perfecta de noia és aquesta. Això genera que potser noies que no haurien de tenir problemes d'aquest tipus per una situació d'aquestes de poca acceptació social comencin a fer algun tipus de restricció...

P: A part de les noies que has conegut aquí, en el teu entorn proper coneixes casos de trastorn alimentari?

R: Sí. Jo de fet el primer contacte que vaig tenir va ser una amiga molt amiga de la meua edat. És una noia que sempre havia estat molt prima, quan fèiem dinars en grup no menjava gaire... Però tampoc hi dones molta importància, no li poses nom, fins que un dia la van acabar ingressant. Estic parlant que la noia tenia 33 anys. El meu primer contacte amb la malaltia va ser aquest. I de fet encara mantenim l'amistat. És una malaltia molt lenta pel que fa a l'evolució.

Jo tinc noies que van conèixer la meva dona embarassada i la meva filla ja té 4 anys. Potser físicament ja no estan aquí, n'hi ha una que sí que fa quatre anys i mig. Al matí això no t'ho trobes, el nano té la seva evolució, li regules la medicació, busques alguna escola més adaptada a les seves dificultats, i el nano està un any. Aquí el que em va impactar va ser això, acomiadar-te d'una noia que marxa tota contenta i un mes després tornar-te-la a trobar, i fer grups... Va ser el meu xoc amb la realitat amb TCA. Acostumat al matí li vaig fer una postal de comiat... i al mes següent ja tornava a estar aquí. La gent és conscient del tema drogues, videojocs, però del que comporta un trastorn d'aquest tipus no en són prou conscients.

P: Si tornen què vol dir, que han fallat elles, aquí?

R: No ho sé, no et sabria dir què ha fallat, són molts factors. Jo penso que s'acaben curant, però el que veus hi ha un moment que troben un equilibri en què elles saben que hi ha la línia del pes, que saben que si baixen d'aquesta línia el que suposa, i quan troben aquest equilibri fan el pas de curar-se. No sé si s'arriben mai a curar o és una cosa que sempre tindran. És un procés molt llarg i no se sap mai com acabarà. Hi ha noies que se'n surten, l'evolució és llarga i lenta, són noies molt manipuladores, amb la família la situació és molt difícil, però sí que és cert que van evolucionant. És com aquell fumador que deixa de fumar però quan veu algú altre fumar es posa a olorar el tabac del costat. Aquest fumador encara no ho ha deixat. Les noies amb TCA no sé si sempre tindran...

P: Quins factors creus que poden afavorir a aquesta recuperació?

R: Sobretot el tema de que elles se sentin còmodes amb el cos amb el que viuen. Hi ha un exercici d'imatge corporal que els fan dibuixar en un paper la silueta del seu cos. Elles es dibuixen molt amples i després fan la realitat, i després fan el que seria el contorn més sa. Primer això, el tema de que prenguin consciència del que és tenir un cos sa. Després el tema familiar, que les famílies també se les ha d'educar. Una cosa de les que es fa és el grup de pares. Els pares entren amb dinàmica de que qui marca les pautes són elles, i això ha de canviar. Una de les coses que es fa al grup de pares és ensenyar la safata amb el que mengen aquí, per a que vegin que les seves filles poden menjar el que mengen aquí. Avui per exemple els ensenyem una safata on hi ha bròquil gratinat i un pollastre amb patates, amanida i una mandarina de postres. És un àpat que és impensable a casa seva. I és una cosa que s'ha de treballar amb les famílies. Amb aquestes noies també a vegades els va bé trobar una parella sana, que faci que se sentin còmodes, que algú les estima. Són noies molt inestables en aquest sentit. Són noies que per exemple a nivell sexual són noies que per a sentir-se bé, sentir-se estimades són capaces de fer qualsevol bogeria, animalada, anar-se'n amb el primer que troben al llit pel fet de sentir-se guapes. He vist evolucions negatives en el moment que troben aquesta persona. Igual que evolucions negatives, però el fet de trobar una parella estable que està per elles, les cuida, les estima... això fa una evolució més positiva. Jo els factors que contemplo són aquests: la família, que s'acceptin elles mateixes, perquè són noies que els costa molt acceptar-se, i després el tema de l'estabilitat emocional. Si troben una parella o situacions externes que han fet que entressin en la dinàmica de la malaltia se solucionin. A vegades et trobes amb noies que tenen separacions familiars pel mig, o que han trencat amb la parella, o una situació escolar de bulling o el que sigui i tot peta per aquí. El fet que s'estabilitzi aquesta situació externa ajuda a que la noia evolucioni cap a millor.

P: Quins recursos coneixes de tractament de TCA?

R: Amb els que he tingut més contacte professional han estat l'ACAB i ITA. A partir d'aquí, altres hospitals de dia, dins del seu programa general podria ser aquest que t'he presentat dels matins, tenen alguna noia amb trastorns de conducta alimentària.

P: I com els valores?

R: Amb els dos he tingut experiències positives. Amb ITA sempre hi ha la polèmica que és més la privada i tot això, de que potser la manera de treball que tenen no és sant de la meua devoció, però al mateix temps és cert que hi ha noies que han anat a ITA i han funcionat bé. Jo penso que tots els recursos tenen la seva part positiva i la seva part negativa. En el fons tots els recursos són útils i tots tenen algo. Amb ACAB, penso que porten programes de prevenció molt xulos. Estan fent una feina de prevenció molt bona, molt gran i molt necessària. ACAB els conec més per això. I a ITA els conec més per la part aquesta residencial i d'hospital de dia. Jo ITA també en tinc una visió més negativa perquè és on vaig tenir ingressada aquesta amiga que et deia abans, i aleshores quan l'anaves a veure allà, tot el que rebies d'aquesta noia era tot lo negatiu. Però al mateix temps he vist la seva evolució, i aquesta noia ha evolucionat bé. Jo penso que amb els TCA és difícil parlar d'un recurs on tot sigui positiu, perquè parlem de noies molt complexes, parlem de noies que no et funcionarà en un lloc i aquí si i al revés. Penso que tots els recursos sumen i hem de ser conscients. En el fons la idea és la mateixa, que la noia faci una evolució positiva i pugui sortir d'aquest bucle en el que ha entrat.

P: Quins professionals intervenen en un tractament?

R: A nivell d'aquí és psiquiatria, el psiquiatra porta el cas amb una psicòloga. Les psicòlogues són les que fan els grups terapèutics. Després l'equip d'infermeria, seria més l'equip mèdic, format per la infermera, l'auxiliar, la terapeuta ocupacional, la mestra i els educadors socials. Cadascú en el seu àmbit. El psiquiatra no fa grups, és més tema medicació i pautes, control de pes, visites amb la família... La psicòloga és qui fa el seguiment, és la persona que fa els grups, es la persona que pauta amb la pacient el tema del pes, la persona que s'entrevista amb les famílies. Tot això barrejat, perquè hi ha psiquiatres que també entrevisten les famílies. El psiquiatra i el psicòleg fan tasques molt comunes. La diferència és la medicació, la resta són funcions que van portant paral·lelament. A nivell d'hospital de dia els psiquiatres no fan grups terapèutics, són les psicòlogues. Infermeria, tan educadors socials com terapeutes fem els grups en aquesta primera franja. Jo a part de fer els grups el que faig és seguiment individual, cercar recursos de tipus extern, sobretot quan s'acaba el curs. Són noies d'alt rendiment, pel matí és cole i per la tarda hospital de dia i quan no estan venint aquí o redueixen dies i tal és estudi, estudi, estudi. Són nenes de 10. Quan arriba l'estiu és el gran buit, no hi ha estudi, no hi ha cole. És quan em poso més la feina de buscar-los recursos a aquelles noies que no en tenen. La terapeuta ocupacional fa grups de taller artístic, psicomotricitat i tot això, relaxació. La mestra fa de mestra i també cerca recursos educatius si fos necessari, si cal posar-se en contacte amb alguna escola per alguna feina a realitzar. Potser en algun cas d'adaptació curricular... La infermera és la que porta el control del pes, control dels àpats amb l'auxiliar. Fa grups terapèutics específics. És veritat que aquí els educadors socials no fem grups específics de la malaltia, els fa la gent que està més formada. La infermera fa aquest grup, fa també el seguiment diari de les noies, tot i que les noies no ho viuen així és un dels grans pilars, ja que són les que estan amb elles totes les hores. Són les que més límits posen, més pautes posen, però al mateix temps són les que estan amb elles tot el dia, les que saben veritablement com respiren aquelles noies.

P: Creus que faltaria algun professional en aquest equip o creus que queda tot cobert?

R: Jo penso que queda tot bastant cobert en el moment en què com a educadors socials ens incorporem a treballar amb TCA tot queda cobert. Així com al matí si que ens faltaria alguna persona més exterior, que quan derives un nano pugui fer un seguiment, d'això ens trobem una mica curts. Tu dones les eines al nano, i potser estàs enviant-lo a un lloc a que s'informi però no està preparat per fer-ho encara, però has de confiar que ho faci perquè per tema horaris o altres coses tu no el pots acompanyar. Al matí faltaria aquesta figura. Però a la tarda som molts professionals que anem intervenint en un moment o altre. Penso que fins i tot s'atabalen de veure tantes bates blanques, ja no saben ni qui ets. A mi em pregunten: tu ets un terapeuta? Tu què ets? Pensa que aquí estem els que som professionals, el que formem l'equip, però també tens residents de psicologia, gent que està fent el màster del clínic, residents de psiquiatria. A

tot això suma-li els estudiants... Arriba un moment que veus tants bates blanques que ja... Jo penso que s'agobien a vegades de veure tanta gent. I fins i tot hi haurà un moment que potser correm el risc que diferents professionals estiguem treballant el mateix. El tema de sense voler trepitjar-te. Ara mateix tenim molt clar fins on arriba cadascú. Sí que és cert que hi ha hagut algun petit problema, per exemple l'altra educadora fa habilitats socials. Els psicòlegs valoraven que ells ja treballaven les habilitats socials amb les noies. Va costar una mica. O per exemple amb mi, m'he hagut de coordinar amb la infermera perquè ella també treballa la sexualitat i per treballar diferents temes o complementar-nos. L'altre dia per exemple va sortir tot el tema de les ETS i vaig treballar fins aquí, tu treballes fins aquí. Sempre que entra una figura nova sempre passa. És anar parlant, informant del que fas i el que deixes de fer i poc a poc anar fent. Així com al matí quan em vaig incorporar sí que hi havia la treballadora social que feia molts grups, a la tarda no hi havia ningú. Eren noies que potser estaven en el grup d'estudi o feien alguna manualitat. Vaig arribar aquí amb tot el meu paquet. Al matí quan vaig arribar ja hi havia la treballadora social que feia d'algunes de les tasques que vaig anar agafant ja les feia ella, i hi havia una infermera que també en feia. Potser va ser més complicada l'entrada. A la tarda no.

P: Quines necessitats creus que tenen les noies?

R: Precisament és la base fonamental dels meus grups. Els primers mesos que vaig començar a fer els grups de tarda amb TCA van ser d'observació, perquè no tens cap coneixement, no saps, hi ha coses que encara ara t'enganxen. Per exemple, entraves al menjador i deies: bon profit. Error, perquè per a elles no és un bon profit, estan passant un mal moment perquè s'estan enfrontant a totes les seves pors i arribes tu i fiques la pota. El tema de seure, els moviments compulsius... Tot això et vas situant. Per exemple veus que s'asseuen a la punta, doncs no poden perquè saps que ho fan per cremar. O que estiguin movent la cama. Tu ho relaciones amb un moviment nerviós, penses que estarà nerviosa, però no, ho fan per cremar. Són totes aquestes coses que de sobte descobreixes. Vaig començar amb activitats molt planeres. Vaig començar fent jocs de taula, llegíem algunes notícies i les comentàvem. Poc a poc el que vaig veure és que a vegades ens pensem que les noies amb TCA no tenen més problema que el menjar i no. Són noies on per exemple, estan disposades a tenir relacions sexuals amb qualsevol noi pel fet de sentir-se guapes, que algú les estima. Noies que potser per oblidar-se dels seus problemes o per agafar i que se'ls obri la gana es fumen uns porros. Em vaig començar a adonar de moltes d'aquestes coses al parlar molt amb elles, d'anar veient com respiraven... Va ser quan vaig començar a fer tota la feina del treball de prevenció que faig amb elles de diferents àmbits. El que jo vaig detectar que era la problemàtica va ser la base del que estic fent jo ara amb elles. Tu les veus aquí fora i no et dóna la sensació que hagin de tenir problemes. Són noies de famílies relativament estructurades, funcionen molt bé al cole, però tenen unes pors terribles, davant de qualsevol dificultat són capaces d'entrar en situacions de risc per qualsevol tonteria, i fan responsables al seu cos d'allò. Per exemple, el tema de tenir relacions sexuals. Elles pateixen molt de que quan tinguin la primera relació amb el novio ell no trempi, i ho relacionen amb que són elles que són lletges, són elles les que no agraden. Això no és així, potser el teu novio s'ha begut dos cubates i no funciona, potser el teu novio ha fumat massa marihuana i no funciona. Però això elles no ho veuen, elles ho relacionen amb tota la vivència del seu cos. Amb això va ser amb el que vaig començar a treballar, vaig detectar aquesta necessitat i vaig començar a treballar, i encara hi treballo.

P: Les famílies, quines necessitats creus que poden tenir a l'hora de tenir un familiar amb TCA?

R: Jo amb les famílies treballo poc. El treball amb les famílies no el tinc. Tinc el meu horari molt limitat i no tinc espais per poder agafar-les. És amb les dificultats amb les que em trobo, que no tinc espai per quan alguna vegada veig alguna cosa amb alguna noia poder-la treballar de manera individual amb ella. Amb això també entra el treball amb les famílies. Si detecto alguna cosa el que faig és dir-ho a la infermera i que sigui ella qui ho comuniqui a les famílies o a la psicòloga. Però llavors hi ha el risc de com arriba la informació al passar per tantes persones.

P: Qui fa els grup familiars?

R: Està la infermera i una de les psicòlogues. Venen les famílies i tenen un espai de descàrrega, de poder explicar les dificultats amb les que es troben i aquest reforç positiu de què vegin que hi ha gent que ha començat ara i estan molt malament i gent que va avançant. Les pautes, tot el tema de límits i normes, això ho van treballant.

P: Què creus que pot aportar l'educador social en la intervenció o a què dona resposta?

R: No ho sé... Jo el que em vaig trobar és que amb les coneixements que tinc, tant teòrics com pràctics, puc fer el que puc fer. Potser d'aquí una anys quan algú es desperti i digui anem a fer una formació específica sobre això aleshores la persona que vingui a treballar dirà no no l'educador social no només ha de fer això. Jo quan vaig entrar a l'hospital de dia de matins vaig anar a visitar els altres hospitals de dia que tractaven malalties de salut mental per comparar i compartir experiències i metodologies. Però amb TCA no ho he pogut fer. Jo tinc el meu llibret que he creat jo i ja està, no tinc amb qui comparar-ho. Potser d'aquí uns anys si l'educador en hospitals de dia per trastorns alimentaris ha augmentat potser et venen i et diuen, el teu llibret estava equivocant o podries haver millorat fent això altre. Jo no tinc la formació específica sobre el tema i en el que em baso és sobre el que observant. Una de les coses que faig és que siguin elles les que triïn les temàtiques, i ja sé que el tema de sexualitat i drogues sortirà perquè són els temes estrella. Però perquè es vinculin més i estiguin al taller de 1:30h, el que ofereixo es que triïn elles les dinàmiques que volen fer. Amb això m'asseguro que el que parlarem serà del seu interès i de les necessitats que tenen, sent flexible. No em posaré a parlar de bullying si no els cal, però potser de violència de gènere si que interessa que parlem, perquè potser són noies que estan patint alguna situació de violència psicològica. És un camp (els TCA) que hi ha molta feina a fer i per exemple la meua companya que treballa el tema d'habilitats socials i ho està potenciant molt. El que anem fent és adaptar el que tu saps amb les noies, tenint en compte que també són adolescents i ho focalitzes amb les coses que elles demanen. Aquí tenen l'avantatge que són grups reduïts i poden sortir moltes més coses i preguntar sense que ningú se'n rigui. I no dona la sensació, però són un col·lectiu d'alt risc sobretot a nivell sexual i de consum de substàncies tòxiques. Potser una noia que trenca amb el seu novio estarà disposada a fer el que sigui, i si el novio la menysprea, la controla i li diu que deixi la seves amigues per estar amb ell ho fan. Tot això passa i s'ha de treballar perquè elles siguin conscients del risc que corren. I externament no donen aquesta sensació, però quan t'agafen confiança i rasques una mica van sortint aquestes coses i és aquí on jo treballo.

P: Què et mou a treballar amb trastorns alimentaris?

R: Doncs què és molt interessant. Primer que reps una resposta totalment diferent dels altres grups d'adolescents amb els que treballo. L'enfocament que tu li pots donar és totalment diferent, perquè estem parlant de noies d'alt rendiment i que t'exigeixen molt als grups i això és una motivació. Primer el fet de poder-li treure rendiment al grup quan les tens motivades. Segona, com que al meu grup no es parla de la malaltia a vegades és el grup que més esperen de la setmana. T'exigeix anar-te renovant contínuament, no és una feina que t'estanquis, t'obliga a estar constantment replantejant les dinàmiques, els temes que vols treballar i això per mi és una motivació. La riquesa de treballar aquí és que sempre tens gent diferent i no comences un curs al setembre i acabis al juny amb els mateixos nanos, sinó que tens un grup que t'està responent súper bé a les dinàmiques i de sobte els hi donen l'alta perquè l'evolució està sent positiva i et canvia el grup amb el que no et funcionen tant bé aquelles dinàmiques i això t'ho fa replantejar tot. Això per mi és una motivació i la resposta que rebo per part seva és el que et fa tirar endavant.

P: Com a curiositat, això que porteu bata?

R: Són ordres de l'hospital i t'han d'identificar com a personal de l'hospital, no només elles sinó també a nivell extern. De fet en un principi jo hauria d'anar amb to l'uniforme, però aquí entres, surts al carrer amb els xavals o els acompanyes a algun recurs i era inviable anar-me canviant cada vegada.

P: Per últim, ja has explicat molt, però si vols afegir quina és la teva experiència en el tracte amb trastorns alimentaris?

R: Jo porto sis anys a hospital de dia general i cinc a les tardes amb trastorns alimentaris. És súper enriquidor com a experiència professional treballar amb psiquiatria i omple moltíssim veure l'evolució del pacient i com va creixent i va cap a millor. Com a experiències personals en tinc mil i una. Des de què treballa aquí veus veritablement els problemes i no tant queixar-se amb "tinc tants problemes". Els problemes són els xavals que estan aquí, problemes és quan fan 18 anys i entren en el món dels adults i no és com aquí que estan molt atesos, allà tenen visites cada dos mesos i no es controla tant l'assistència de les visites. Això també et fa créixer personalment i plantejar-te "de què et queixes? si som uns privilegiats". Quan veus a nanos que se'ls dóna l'alta administrativa perquè són majors d'edat i han de marxar. Quan et presenten un cas d'un nano que té 17 anys i 9 mesos amb un quadre important i tens 3 mesos per treballar amb ell perquè amb 18 anys és alta. És dur i veus les ganes que tenen de tirar endavant.

P: Doncs les preguntes eren això. Vols afegir alguna cosa més?

R: Jo el que et volia explicar és com faig la presentació al grups. En el fons, el grup que comença aquesta setmana el que veuen en mi és un bata blanca més, no saben si sóc psicòleg, psiquiatre... Jo el que faig en la primera sessió és em presento, els hi dic qui sóc i què faig i el primer que els hi dic és que no parlarem de la malaltia. No vull que parlem de la malaltia perquè li estem donant voltes tot el dia i aleshores vull que sigui aquest espai perquè desconnectin. Els hi enfoco com aquest és el vostre grup i treballarem temes que a vosaltres us interessin de les maneres que més vulguin. Llavors jo els hi passo el material i els grups i el que faig és sortir de la sala i els hi dic "trieu vosaltres", de manera que elles trien les dinàmiques. Però sempre molt obert i miro de ser el més flexible possible perquè elles visquin el grup com un lloc que les deixa respirar de tot el tema alimentari. I més que els temes a tractar això és el que les fa estar còmodes als meus grups, perquè qualsevol conversa que elles tenen en un altre moment és sobre el tema alimentari. El que vull oferir és deixar l'espai on elles veritablement es puguin deixar anar i on siguem els professionals que aquests dubtes que elles tenen del dia a dia ho puguin preguntar. En aquest sentit ha anat bé que hi hagi un professional que sortís una mica de l'àmbit tan alimentari en el que estan tancades. Pel que he anat parlant amb elles i amb les infermeres crec que elles ho agraeixen. També estic intentant potenciar l'esperit crític, perquè amb els joves passa que cada vegada estan menys preparats per decidir. Ens eduquen amb ordres i ho notes quan els hi dius "trieu vosaltres" i es crea el silenci absolut. La pitjor pregunta que els hi pots fer és "què voleu fer avui?".

ENTREVISTA E5

P: Et vols presentar una mica, de què treballes, quants anys portes, per centrar.

R: Treballo en l'associació contra l'anorèxia i la bulímia fa uns set anys. Vaig començar fent pràctiques d'educació social. Faig varies coses: una part més de gestió de l'entitat o de gestió de projectes, gestió i coordinació de projectes, en aquest cas el projecte que jo porto més gran és la dinamització dels equips humans i la gestió de tot el projecte en general: disseny, execució i avaluació. I després la part de l'atenció i l'acompanyament a persones amb trastorn de la conducta alimentària. Això seria en resum.

P: Què és per a tu un trastorn de la conducta alimentària? Com ho definiries?

R: Un trastorn de la conducta alimentària és un trastorn mental, per tant un trastorn psicològic que és multi causal, és a dir, mai es trobaria mai una sola causa que fa que es desenvolupi sinó que és un conjunt de factors. És un trastorn complex, per a mi i per a tothom que treballa en l'àmbit i, segons jo entenc el símptoma, per a mi el símptoma és la forma en què l'organisme manifesta un patiment intern, un patiment intern que vol dir que la persona que pateix aquesta malaltia a través d'aquest símptoma està dient que algo internament no va bé, no hi ha una coherència entre el que la persona sent, fa i pensa. Però d'una manera molt forta. I tot i que hi ha un patiment intern i llavors aquest símptoma és el que la persona d'alguna manera ha escollit aquest símptoma i no un altre per a manifestar aquest patiment, per tots aquests factors que expliquen la malaltia. Perquè té una determinada imatge corporal, perquè associa el seu cos i la seva imatge a unes determinades qüestions, vivències i significacions emocionals, perquè ha tingut una determinada relació amb el menjar, perquè òbviament no es valora, no s'estima i moltes més coses.

P: Quins factors creus que afavoreixen a que es desenvolupi un trastorn alimentari?

R: El primer és que hi hagi aquest patiment intern, aquesta incoherència o aquesta situació emocional, psicològica que no va bé, que per a mi això el que dona com a resultat és que la persona no s'estimi, no es valori. O que la persona tingui un nivell tan alt d'exigència que és impossible que s'estimi i es valori perquè mai està satisfeta amb ella mateixa. Per a mi aquest és el punt més important, pesa molt. Després hi ha tot el tema de la imatge corporal i la relació amb el menjar. La imatge corporal és un aspecte que per les raons que sigui s'ha patològitzat, la persona no s'agrada a un nivell molt elevat, és rebutja. I després també sol haver una determinada relació amb el menjar molt patològica també. A través del menjar o del no menjar s'expressen les emocions. Per tant aspectes que tenen a veure amb la personalitat, l'alta exigència, la baixa autoestima, la rigidesa, persones que són molt mentals, que no expressen emocions... Per a mi aquest és un factor molt important. Després tot el que té a veure amb el cos aquí hi ha factors socials, tots som vulnerables perquè el cànon estètic és el mateix per a tots i totes i aquest és un factor també molt important. Però la persona que pateix un trastorn alimentari això ho ha viscut d'una manera més angoixant que una altra persona. Per a mi això és el més important. I després hi ha factors familiars, evidentment, però que al final estan molt vinculats amb els altres.

P: A part de la gent que coneixes aquí a l'associació, al teu voltant coneixes casos de gent que hagi patit o pateixi un trastorn?

R: En general no. Fa poc una persona que és coneguda ens va semblar que sí, però molt propera no n'he tingut mai casos propers ni propis.

P: Tu creus que un trastorn alimentari es pot arribar a superar?

R: Sí. Jo crec que sí. No és el que jo crec sinó el que jo he vist. Jo he vist gent que s'ha recuperat. Ara, del total desconec quanta gent es recupera. Jo sé les dades oficials, però jo no sé quanta gent es recupera. Perquè el que ens arriba aquí és amb malaltia, però poques vegades ens arriba la recuperació. Llavors jo he vist recuperació, però en relació a la malaltia que he vist és molt poca la proporció. Però el que sí sé és que hi ha gent que es recupera.

P: Quin creus que poden ser els factors que afavoreixen més aquesta recuperació?

R: Per mi la autoconsciència. És el més important. El fet de que una persona es conegui i entengui com funciona i de què li serveix el trastorn fa que pugui fer un procés de recuperació. L'autoconsciència, el treball personal... I previ a això la motivació en el sentit d'una gran motivació. La convicció de que jo no vull això en la meua vida, la convicció total. Què vol dir, que cap de les coses que em dona el trastorn no les visqui com a beneficioses per a la meua

vida, deixi de viure el símptoma com a beneficiós, i passi a viure-ho com a totalment destructiu per a la meua vida.

P: Entenc que els que no afavoreixen seria el mateix, o creus que hi ha algun factor més que pot perjudicar i fer que realment no puguis arribar a superar-ho?

R: Bé, jo t'estic parlant més del que jo penso que del que diuen alguns estudis. Un factor de bon pronòstic és la família. Però quan es diu la família jo prefereixo dir les persones que estan molt a prop de la persona afectada, perquè contribueixen a que hi hagi aquesta motivació, perquè contribueixen a que hi hagi aquesta vivència de que el trastorn no m'aporta res positiu i tot el que m'aporta és negatiu, i perquè contribueixen que jo pugui fer un procés d'autoconeixement i d'autoconsciència. Per tant com a factor de mal pronòstic també l'entorn més proper que no afavoreix aquestes qüestions seria un factor mantenidor. Però per exemple, un factor molt mantenidor són certs trets caracterials més aviat genètics i que estan molt patologitzats. És a dir, persones que si són ben diagnosticades per uns psiquiatre, podríem dir, altres trastorns mòrbids són molt mantenidors. Persones que els trets de personalitat ja estan molt patologitzats solen tenir altres trastorns. I aquest trastorn en aquest cas aquest factor pesa molt. Per exemple, una persona que és molt rígida i molt exigent fins a un extrem important és segurament una persona que tindrà un trastorn obsessiu compulsiu, per exemple. És molt freqüent. Doncs aquesta persona, si això és molt patològic, és molt difícil que es recuperi, perquè això és una resistència molt gran per a poder superar el trastorn. Una persona que té uns trets de personalitat molt addictius i, realment tu veus la diferència entre una persona que entra en una addicció i una persona que realment s'ha passat tota la vida addicta a coses. És molt patològic aquest tret i molt interioritzat. Aquesta persona, que pot tenir un trastorn per dependència, ho tindrà molt més complicat. Una persona que té un trastorn límit de personalitat, aquest tipus de trets de personalitat ho compliquen moltíssim.

P: Quins recursos coneixes que tractin els trastorns alimentaris?

R: Recursos de l'àmbit de la salut públics i privats, centres de tractament... En definitiva, a la pública estan les unitats de tractament de la conducta alimentària, on hi ha diferents règims de tractament. A la privada estaríem parlant de centres on també hi ha diferents règims de tractament i que estan especialitzats. I després podríem entrar en tot l'àmbit de tractaments psicològics generalistes, perquè qualsevol psicòleg en la seva consulta o en un centre de salut mental genèric estan tractant trastorns de la conducta alimentària. L'ideal és que les persones puguin anar a centres especialitzats, perquè s'entén que els professionals que hi ha estan formats en aquest trastorn, que per la seva complexitat segurament la mateixa que altres, per la seva particularitat si tens molta experiència és molt més fàcil que puguis acompanyar el pacient molt millor i tenir millors resultats amb el tractament.

P: En general com valors aquests tipus de recursos, en tens alguna valoració?

R: Home, els tractaments que s'estan oferint a nivell públic, tot i que els professionals que hi ha són molt especialistes, com sempre possiblement els millors en sentit dels que tenen més experiència i més coneixement, els tractaments són insuficients, sobretot per temps. Perquè la durada d'un tractament en una unitat pública és de quatre o cinc mesos, i amb aquest temps sabem que una persona no es cura d'un trastorn alimentari. Per tant, sabem que aquella persona sortirà d'allà simptomatològica i que haurà de continuar fent un tractament a la privada o haurà de tornar a començar. A la privada hi ha coses que estan molt bé... Bé, nosaltres tenim la sort de que tenim molt bons recursos, molts bons professionals i molts bons centres. Després a cada persona li va bé un determinat tipus de tractament, depèn del que la persona necessita o en quin moment està... A nivell privat jo crec que hi ha molts bons centres.

P: Quins professionals intervenen directament en el tractament?

R: El psiquiatre, el psicòleg i l'infermer. També hi ha alguna nutricionista i poc més.

P: Quines funcions més delimitades els veus?

R: El psiquiatre clarament és la persona que fa el diagnòstic i en ocasions si hi ha un tractament farmacològic és qui el dona. El psicòleg el que fa és el tractament psicoterapèutic, grupal o individual. I aquí dins tenint en compte que en aquest cas miraran més el símptoma i treballaran més al voltant del símptoma. I després una infermera tant en un centre públic com privat s'encarregaria de temes que tenen més a veure amb les conseqüències físiques o orgàniques de la malaltia, en el sentit de pesar a la persona, treure-li sang si cal o fer les proves que una infermera hagi de fer, controlar el tema dels àpats, medicacions... Una nutricionista no sé si més en un centre privat s'ocuparia de determinar quina seria la dieta a nivell de calories, la dieta que li correspon a cada pacient segons com està.

P: Creus que falta algun professional?

R: A veure, jo crec que sent educadora social et diré que falta l'educador social. Però no és tant que falti, pot sumar. Si no hi és, segurament no passarà res, però afegeix valor al treball que la persona, la pacient, fa. Perquè aporta coses que des de l'àmbit psicològic únicament no s'aborden. S'amplia, és com si tu mires a la persona, la persona és un organisme, un tot. En funció de com tu la dissecques per tractar això o això altre tu la separen en parts. Però és clar la persona no deixa de ser mai un tot, i aquest tot, totes les seves parts estan relacionades entre elles. Si hi ha una part que està malalta, no és que les altres no ho estiguin, perquè estan relacionades. Llavors, per exemple, si una persona desenvolupa un trastorn alimentari i nosaltres, un psicòleg es dedica a mirar el símptoma i a tractar aquest símptoma. Però aquest símptoma està relacionat amb valors que té la persona. Però potser aquest psicòleg no es dedica a fer sessions on es treballin els valors o la visió que té aquella persona del món... Són aspectes que no estan relacionats directament amb el símptoma, però sí que estan relacionats. Un educador social pot aportar treballar les altres parts de la persona que fan que en total tots aquests equips multidisciplinaris acaben intervenint en la totalitat de la persona com una unitat. Llavors l'impacte és més gran. Per això crec que els educadors socials poden fer coses dins de l'àmbit de la salut mental, òbviament.

P: Mirant les necessitats en aquest cas de les persones afectades, quines creus que són?

R: Les necessitats en quin sentit? Necessitats de tractament?

P: Sí, una persona que té un trastorn alimentari, quines necessitats veus que té? O pots mirar més de la teva part més social o relacionat amb el pes, etc.

R: Jo crec que són paral·leles dues necessitats molt clares. Una, que pugui tenir un suport per a que el símptoma no la segresti. Que hi pugui haver una gran desral que s'ocupi de que el símptoma pugui estar controlat perquè ella es pugui ocupar d'altres coses. Perquè quan hi ha molt símptoma, tota l'energia de la persona està posada en el símptoma i acaba sent un cercle viciós. Com que la persona no pot parar de fer símptoma, se sent tan malament amb sí mateixa que això la porta a fer més símptoma i és un bucle del que és molt difícil sortir. Mentre està en aquest bucle ficada, el treball psicoterapèutic o el treball psicoeducatiu és molt difícil. Per això és molt important la contenció del símptoma. Perquè en el moment en que el símptoma remet és com si s'alliberés a la persona, té més energia la persona per a dedicar-la a altres coses. No està totalment enfocada al símptoma. Paral·lelament a aquesta necessitat, que a vegades te la demanda la mateixa persona però altres vegades no, hi ha la necessitat que la persona pugui fer un procés d'autoconeixement i de redescobriments de sí mateixa, tant de el que té a veure amb el símptoma: per a què em serveix el símptoma? què estic intentant evitar amb el símptoma?; com tot el que hi ha en l'extraradi del símptoma i que també o per causa o per conseqüència està afectat. Sobretot aprendre a gestionar les emocions d'una altra manera,

identificar-les, expressar-les... La majoria de vegades això no ha evolucionat d'una manera satisfactòria per a la persona. Després l'autoconfiança i l'auto recolzament, el fet de que la persona confii en sí mateixa, és doni valor i existència. Tota aquesta part, són persones que és com si passessin pel món i per la vida de puntetes, com que ningú em vegi. I ha altres tipus, perquè no tothom és així. En conseqüència de tot això pateixen molt internament i això els fa que no puguin mirar el món, elles no veuen el món. En general no posen realment interès pel que passa al món i per tant no tenen bones relacions socials, està tot relacionat.

P: Les famílies quines necessitats tenen quan els apareix un trastorn alimentari?

R: Mira, jo crec que entre altres coses, primer que algú les ajudi a estar menys angoixades, o amb menys pànic. És com objectivitzar la situació per a que elles puguin no entrar en un estat de pànic. Després rebre molta informació sobre la malaltia per a poder-se desculpabilitzar: és una malaltia multi causal i passa això, això i això i no és culpa teva. Si saps això pots entendre que no és culpa teva, sinó no pots. Molta informació sobre la malaltia per a poder també sentir menys por, saber que perquè no mengi en tres dies no es morirà, coses d'aquest tipus, desengoixar... I després segurament fer un procés que és molt educatiu en el qual puguin fer canvis en la seva manera de relacionar-se amb la persona que està afectada. Canvis de tipus: regular l'autoritat o la no autoritat, els límits, la sobreprotecció, l'afecte... Aquests factors s'han de re-regular, perquè segurament estan una mica alterats. I això és un procés.

P: Quina aportació pot fer més en particular un educador social en aquesta intervenció que no faci el psicòleg?

R: Jo no sé si ho fa el psicòleg o no, però en tot cas, encara que el psicòleg ho fes, l'educador ho pot fer igual. El psicòleg normalment estarà més centrat en el símptoma i sobretot quan parlem de tractaments cognitiu-conductuals. Si estiguéssim parlant de teràpies més humanistes aquí potser ens podríem perdre una mica més, però la teràpia per excel·lència és la cognitiva-conductual. Està molt enfocada al símptoma i no entra tan a fons en altres qüestions. Aquí és on l'educador social pot aportar dintre d'un tractament psicològic d'aquest tipus no arribem. L'educador pot aportar treball de tots els aspectes sans de la persona, treball foment i redescobriments de tots aquests aspectes, de les capacitats personals i socials, treball de valors, treball emocional. El treball és això però el format és immens, perquè tu pots treballar sobre un tema d'actualitat i a través d'aquí veure prejudicis, judicis, valors, idees preconcebudes que tothom té al cap, pots treballar autoestima, pots treballar habilitats comunicatives, assertivitat... hi ha moltíssimes coses. I totes aquestes tenen a veure amb les capacitats personals. I això, que un psicòleg ho podria treballar, però segurament no treballarà perquè està molt dedicat al símptoma. I tot això amplia i millora les capacitats que la persona té per afrontar la malaltia. L'educador social al final no és que treballi unes coses concretes que no treballa el psicòleg, més que res l'educador social el que aporta és la seva manera. Perquè un psicòleg ha de treballar autoestima, però un educador social no ho farà individualment en un divan parlant, ho farà en grup en una dinàmica, en una excursió, veient una pel·lícula... És un treball que és més educatiu que no psicològic, perquè procura fer canvis en la persona ajudant-la a que s'apropii d'un nou coneixement. És simplement una altra manera de fer-ho però que té un impacte molt gran en la persona, jo crec. Un educador social no és que sàpiga una cosa en concret, el que se suposa que sap és com transmetre qualsevol cosa, mostrar-ho en el món. És una altra manera de fer, més integradora, utilitzant el que hi ha en l'entorn, el que ja té la persona. Crec que és un complement.

P: Què et mou per a seguir treballant en aquest àmbit?

R: Jo el que passa és que sóc una mica tramposa. A mi el que em mou per a treballar en aquest àmbit, a mi m'encanta aquest àmbit, jo disfruto, però no només amb el treball amb persones amb trastorn de la conducta alimentària, també m'encanta dissenyar projectes, redactar projectes. A mi m'agrada tot, m'encanta l'ambient dels trastorns alimentaris, el trobo

súper interessant, descobreixes cada dia alguna cosa nova, te m'adones que l'ésser humà és una incògnita en tota la seva globalitat, és descobrir cada dia. Jo dic que faig trampa perquè jo em barrejo, però al final és el mateix mirat des d'un altre punt de vista. Tot el que seria la teràpia més Gestalt que jo tinc de formació, doncs ja se'm barregen les coses. Però jo la visió més humanista va molt lligada a la visió més social de mirar a la persona d'una manera més global, des de les capacitats i no des de la dificultat.

P: Quina ha sigut la teva experiència en aquest àmbit?

R: Jo no he estat en altres àmbits, ja que vaig entrar a aquí des de que vaig acabar la carrera.

P: Has dit que gestiones, fas els projectes, tens experiència en portar grups... Una mica el teu recorregut, quina experiència t'ha donat?

R: El primer de tot el coneixement teòric dels trastorns de la conducta alimentària. És important. Un educador no ha de saber moltíssim perquè mira la persona des d'una altra perspectiva, però conèixer l'àmbit a fons et dóna més seguretat. I més si he de transmetre coneixement. Tu t'empapes d'aquest coneixement per a després transmetre'l de la millor manera possible. Després crec que l'experiència que jo he tingut aquí és totalment aplicable en qualsevol associació que treballi amb qualsevol malaltia mental perquè al final cada malaltia té la seva particularitat però també té moltes coses en comú. La vivència de la família també deu ser molt semblant i per tant el conèixer les necessitats d'una persona que està patint un trastorn alimentari i d'una família que té un fill amb un trastorn mental, què necessiten i com s'acompanya. L'acompanyament a familiars i persones que estan patint un problema. Això és el que crec que en trec d'aquí. A part d'aprendre totalment de veritat a realitzar i executar un projecte, gestionar-ho tot, fer protocols, avaluar... Tota aquesta part l'he après aquí.

P: Tu que tens el contacte directe amb les noies, veus que aquest contacte amb l'educador...?

R: Per això jo et deia que faig trampa, perquè jo tinc una visió molt gestàltica, no la puc treure, un cop la tens, la tens. Però en el fons s'assembla molt. Acaba sent més terapèutic i no tan educatiu, acaba sent més terapèutic en el sentit que és un treball més dens. No és tant com faria un educador... També influeix l'espai. Abans estàvem en un lloc més gran i ho fèiem tot a través de dinàmiques, llavors era molt diferent, tenia un to més educatiu i d'educació social. Però ara que estem en un lloc més petit, on la paraula té molt de protagonisme perquè no ens podem moure gaire, me'n vaig més a lo terapèutic però des de la mateixa visió, que és la globalitat de la persona, treballar les capacitats, treballar els aspectes sans, prendre consciència... I es pot fer de moltes maneres. Jo per a mi sí que porto una jaqueta d'educadora social, a mi m'agrada treballar les coses a través de dinàmiques. Què vol dir treballar a través de dinàmiques? Vol dir que la persona fa coses, i fer és el que fa que aquell contingut t'apropiïs d'ell. No és el mateix que et diguin: estàs espantada; que tu facis una dinàmica en què la persona s'adoni que està espantada, o que està trista. Lo educatiu que té això és la manera, el com, significa que un ha d'apropiar-se del coneixement, i és una acció. La persona ha de fer algo, s'ha de moure, no t'ho donen fet. D'aquí lo experimental del treball. La diferència amb una teràpia psicològica potser és més parlar i prou. Des d'aquí s'intenta que sigui més educatiu, aquesta perspectiva fa que la persona faci accions experimentals per apropiat-se, per entendre, per assolir un coneixement.

ENTREVISTA E6

P: Com definiries un trastorn alimentari?

R: Una alteració en la percepció de la imatge corporal que fa que un ho vulgui canviar d'una forma inadequada amb els hàbits alimentaris. Un comença un trastorn alimentari possiblement perquè no s'agrada físicament, i al no agradar-se físicament és quan comença a fer tot de conductes restrictives, de dietes... Aquests són els factors a vegades que predisposen a enganxar-se a la malaltia.

P: Creus que un trastorn alimentari es pot arribar a superar?

R: Sí, i tant. Bueno, jo confio. Amb totes les nenes que vénen aquí un gran tant per cent, perquè són menors d'edat. També això crec que és un avantatge, perquè encara no estan molt... El que és a nivell cognitiu es pot treballar molt perquè encara és flexible, perquè vénen de l'orella dels pares, no es necessita un ingrés involuntari. I es pot treballar molt amb elles. Jo crec que hi ha un índex de curació molt alt. Amb pacients més adultes no ho sé, perquè no hi tinc tanta experiència. Però diuen que hi ha un tant per cent de nenes que potser no es curen i queden algunes manies, entre cometes, i hi ha un altre tant per cent que es mor. Es mor per inanició o per suïcidi. No tant per inanició, perquè possiblement tenim els serveis sanitaris que de seguida poden arribar i podem renutrir, però per altres factors, sobretot suïcidi, pot ser també que aquestes nenes morin. Però hi ha un gran tant per cent que es cura.

P: Em sembla que està en un 70%.

R: Sí, 70-80, jo diria una mica més. Tampoc sé els estudis però amb el que veiem aquí és una malaltia molt llarga de tractar però sí que hi ha curacions.

P: Molt bé. Quins factors creus que poden ajudar a aquesta superació?

R: La motivació és un dels factors que aquí ens estem plantejant de medir abans d'iniciar el tractament psicològic, perquè moltes de les pacients vénen sense consciència de la malaltia i amb una motivació zero al canvi. Llavors, moltes vegades la sensació que tenim és d'estar parlant amb la paret, realment estem picant pedra. Perquè si una persona no està receptiva l'únic que fa és boicotejar, molestar al grup. Però a mida que van passant els dies, a mida de treballar en grup que és lo maco, senten que el que els passa a elles li està passant a una altra companya i això fa que prenguin més consciència i poc a poc van prenent consciència. Quan ja tenen la sensació de que algo passa raro, llavors comencen elles a intentar canviar. Però tot necessita un temps, un procés. Cada nena està en un moment diferent de la malaltia. I es poden influenciar cap a positiu i es poden influenciar cap a negatiu. També és la dificultat de treballar amb un volum de nenes totes juntes en un hospital de dia.

P: Tu, pel que has vist, quines necessitats veus que tenen les noies que arriben aquí?

R: La primera que considero important és a recuperació de pes. Perquè evidentment si no estan en un pes saludable el cos està patint, no menstruen, els ossos es queden amb densitometries molt baixes, el cervell tampoc funciona bé, poden marejar-se, poden caure. Totes les dificultats físiques. I paral·lelament, les carències que tenen són a nivell de recursos, d'habilitats i d'expressar sentiments. Llavors per això quan ja estan aquí a hospital de dia es treballa tot el tema de l'autoestima perquè normalment tenen una autoestima molt baixa. Es treballa com elles tenen els pensaments, que normalment són tots negatius: jo sóc la pitjor, la comparació que fan sempre surten perdent elles ... Hi ha una sèrie de coses que fan automàticament que sempre surten perjudicades. Fem també formació en nutrició, no tant enfocada en el tema de les calories, que és el que elles saben i controlen, sinó en el que es considera una dieta saludable amb el que fan elles, el que fan els companys de l'escola i una

mica perquè elles sí que estan aquí i els companys de l'escola encara que mengin fatal no ho estan. Perquè s'han de valorar altres coses. Els expliquem els criteris que per un diagnòstic d'un trastorn alimentari i els criteris per no. Per què elles ingressarien a totes les nenes que veuen primes pel carrer o a totes les persones que veuen primes pel carrer les portarien aquí. I els has d'explicar que no, que és una malaltia mental. Que no perquè una persona sigui prima ha de tenir un trastorn alimentari. Després tenen necessitats també, o almenys el que veiem són falta de coneixements del funcionament del cos, de l'aparell digestiu sobretot i temes de sexualitat. La sexualitat molt sovint en nenes molt anorèxiques és com que la rebutgen o que el contacte físic tampoc el volen, no els preocupa. Hi ha altres nenes que sí, potser de caràcter més de bulímia o que són més impulsives, potser sí que tenen més interès. Però treballem aparell digestiu i aparell genital femení bàsicament. També per explicar perquè la regla se'ls envà. Jo sempre aprofito la fisiologia per a que vegin les conseqüències que té la malaltia: per què se'ls cau el cabell, per què el fet de vomitar fa que es pugui cremar l'esòfag i caure les dents, per què si prenen laxants també tot l'aparell digestiu s'irrita. Aprofito també per fer cosetes de primers auxilis que els agrada i els motiva. I a part d'alguna manera també estàs treballant el contacte, que és una cosa que també rebutgen. Una educadora social fa habilitats socials, que realment necessiten molt. És una cosa que s'ha incorporat farà tres anys. I el Santi fa recursos de la vida diària: opinió sobre altres coses, sobre el que passa per fora, o interessos que puguin tenir elles. Jo crec que és súper important perquè nosaltres estem sempre amb el tema alimentari i és terrible per a elles. Nosaltres estem 7 hores, però elles tenen 24 hores en el seu cap la malaltia. Llavors que un altre professional els pugui explicar altres coses, o que pensin en altres coses crec que és algo molt saludable. També fan psicomotricitat i fan artteràpia (aquest ho fa la terapeuta ocupacional). La psicomotricitat també és molt bona perquè se'ls restringeix l'activitat física a l'estar tan baixes de pes, no se'ls recomana que facin activitat física. Si eren jugadores de bàsquet, se'ls treu l'activitat de moment. L'activitat física de l'escola també se'ls treu perquè es poden desplomar en mitat de l'esport. Llavors elles entenen que l'esport és dolent, i nosaltres no els volem transmetre això. Ara no és el moment per a que facin esport, és molt saludable fer esport, però sense l'obsessió de cremar i cremar calories. Perquè elles fan esport compulsivament, no per disfrutar del cos. Llavors amb els jocs de psicomotricitat que fa la terapeuta ocupacional juguen disfrutant del cos sense pensar en les calories que estan cremant (en principi). És una feina molt maca. A part el treball que es fa també com a necessitats que tenen elles del que s'ha après amb la malaltia, tot el que manipulen, marranegen a l'hora dels àpats. Tot això també ho treballem.

P: Esteu tu i l'auxiliar?

R: La infermera i l'auxiliar estem en els àpats i és clar han après una de trampes, de maneres de marranegar i de fer veure que han menjat i no han menjat, i totes això ho treballem a l'estona dels àpats.

P: És molt complicada l'estona dels àpats?

R: Bé no ho sé, ja al final... Si tu entres alguna vegada a veure l'estona dels àpats o veuràs res. Jo porto uns deu anys i ja... avui per exemple una nena amb el tovalló, cada cop que menjava algo, el tovalló pels llavis. Cullerada i tovalló pels llavis. S'estava eixugant l'oli d'aquella cullerada amb el tovalló. Tenim tota una sèrie de conseqüències o avisos per dir: això no és correcte que ho facis, ho has de canviar. I per a desaprendre tot el que la malaltia els ha fet aprendre. I per a que no perdin el que és la normalitat els posem l'exemple: si estiguessis en un restaurant, tu faries això? Agafaries amb les mans la pasta amb salsa? O tallaries a trossos tant petits un macarró? Perquè ja han perdut el que és normal i el que no. O trigaries dues hores en un restaurant a menjar un primer plat? Cosetes així. També els costa i tenen necessitat amb el control del moviment. Amb lo de cremar calories estan molt inquietes, movent les cames, o estan en tensió amb el pensament o la creença que això fa que cremin calories. I aquí també ho treballem molt, relaxar les cames, seure bé, relaxar l'esquena... Perquè sinó estan súper en tensió. Segons la postura en la que estan es poden veure més gordes o menys.

Llavors si estan a la punta de la cadira es veuen més primes les cames. Si estan ben assegudes a la cadira les veuen més amples. És normal, però elles ho distorsionen molt més. Si estan movent les cames, els relaxa perquè estan cremant calories. Llavors tot això són pensaments anorèxics.

P: Estan tot el dia pendents no?

R: Sí, perquè és molt contagiós. Si ho fa una ho fan totes, perquè si ella ho fa i està cremant calories jo també vull. I llavors marquem el límit: això no és convenient per a vosaltres. Si no ho poden fer així fem servir un altre sistema: anem marcant palets a la pissarra, que són els avisos. Si tenen molts avisos es queden una estoneta després a la nit. És una manera d'anar frenant tot això, sinó les tindríem a totes aquí de peu, berenant de peu, dinant de peu, fent-ho tot de peu, perquè els costa molt relaxar-se. Més necessitats, la família. La família crec que és qui més necessitats té d'entendre què està passant, de treure's el sentiment de culpa, de què han de fer per ajudar, i de no entrar en la trampa de les nenes. Perquè són molt convincents, molt seductores, saben persuadir molt bé per sortir-se'n amb la seva amb el tema de la malaltia. Les mares diuen: la meua filla em menteix! No és la teua filla qui et menteix, ara mateix és la malaltia la que està mentint. Perquè sinó ja trenquem la relació mare-filla i no, realment és la malaltia la que comença a dir mentides. Clar, els pares es queden: no entenc com el meu fill m'ha pogut mentir si és una nena que mai m'havia mentit. I també hi ha un procés dels pares de consciència de que la seva filla està malalta, que és una malaltia molt llarga, que han de regular les forces, que s'han de cuidar ells també. Perquè si no es cuiden ells no aguantaran fins al final. Que ni renyant, ni pegant ni forçant aconseguiran curar-les. Ara els dolents som nosaltres. Vosaltres ara us relaxeu i si ella no ho pot fer bé aquí amb el pes ja ho veurem i aquí ja tindrà les conseqüències. L'únic que demanem als pares és que siguin capaços de posar el menjar a casa. Sembla una cosa fàcil però que no poden fer moltes vegades, perquè els costa posar un plat de macarrons, posar una carn arrebossada, posar patates fregides a la seva filla... perquè segurament abans el plat de macarrons haurà volat per les parets. Llavors tenen por a posar certes coses per la reacció de la filla. I les nenes ho saben que tenen por, les nenes saben que els pares tenen por. Llavors van jugant una mica amb això, la malaltia va jugant. Amb els pares fem reunió de pares. Avui per exemple tenim reunió de pares i ells van comentant els dubtes que tenen, les coses que els passen. També entre ells es donen suport i clar, les nenes els donen una visió... la visió que tenen elles d'estar aquí, que és el més terrible del món i que dintre la malaltia aquí les volem engreixar com a porques i l'únic que volem és donar-los porqueria per menjar... I clar, tota aquesta sensació és el que expliquen als pares. Els pares es deuen quedar pensant que és tot molt estrany. Quan vénen aquí a la reunió els ho expliquem des de la perspectiva professional i ho veuen d'una altra manera. També és divertit perquè les nenes els diuen que no cal que hi vagin a la reunió de pares, perquè els donem eines als pares per a poder ajudar-les amb la malaltia i la malaltia no ho vol, la malaltia ha guanyat tot el terreny a casa. I si ara els pares aprenen estratègies per combatre la malaltia elles en un principi tenen rebuig. Els diuen: no hi vagis que et menges el cap, t'estan menjant el cap. No hi vagis a la reunió, total ja ho faig bé. És un control total de tot, volen controlar tot lo de casa. Tot això porta temps. En l'escola, si són nenes amb anorèxia i amb un perfil molt perfeccionista i molt auto exigent l'escola la porten perfectament i treuen millors notes que una persona que està allà en horari complet. Les nenes amb trastorn de la conducta alimentària més de tipus purgatiu, com la bulímia, sí que són més despistades i bé si no hi van tampoc els importa, tampoc estudien tant... és un altre perfil de nena. Les relacions socials entre elles... s'allunyen molt del que són les amigues de tota la vida perquè creuen que no les entenen. Com que només poden pensar en el que té relació amb el menjar i les calories no poden quedar amb els amics de sempre. I fan més vincle amb les nens d'aquí, perquè s'entenen. L'únic que nosaltres recomanem és que no es fomentin aquestes relacions amb la gent d'aquí sinó que es potenciïn les relacions amb la gent sana, amb les amigues de sempre. Però com que els de fora no ho entenen el que els passa, els amics els pregunten: si solo con comer ya estás curada porqué no lo haces? Con lo fácil que es! Clar, llavors van rebent tots aquests comentaris dels amics de sempre i fa que s'allunyin. Llavors el tema de les relacions

socials es perd una mica, es queden més aïllades, tenen la sensació d'estar aïllades, més tristes, molta sensació de culpa, de vergonya, d'estar mes irritables. La sensació de culpa la tenen, pobres. Això t'ho expressen elles. De malestar, falta de concentració també t'expliquen a vegades. Irritabilitat, molta irritabilitat, que aquí a vegades no la descarreguen però quan arriben a casa munten uns pitotes importants. També els germans petits o els germans queden bastant tocats, perquè els pares centren molt l'atenció amb el fill que té la malaltia i deixen de banda als germanets petits o als que són una mica més grans que elles. I també treballem amb els pares que no es quedi amb tota l'atenció la pacient sinó que també dediquin temps als altres que també necessiten que els cuidin. Capten tot el temps i els altres es queden: estic fart de la teva malaltia, estic fart que estiguis malalta, estic fart de que siguis la flaca, jo no puc fer el que fan les meves amigues per culpa teva, perquè estàs flaca (diu una nena amb cinc anys), és que m'estàs fastidiant perquè tu estàs flaca i jo no puc anar a la piscina amb la meva mama i no puc fer el que fan les meves amigues ni res.

També hi ha un deteriorament físic a nivell d'autolesions. Un càstig brutal ja és no permetre's menjar, no permetre's beure aigua, el prendre laxants, diürètics, fer exercici sense poder parar... això ja és un maltracte. Però després elles expliquen diverses sensacions a l'hora de fer-se mal. És com que els allibera de l'angoixa. Hi ha diverses explicacions que elles donen: una que les relaxa, i sí que és cert que hi ha un mecanisme físic que quan un es fa mal es generen endorfines per evitar aquell dolor inicial tan fort. Altres diuen que es per recordar-se de que no han de menjar. A vegades es posen gorda, es posen insults. S'ho miren i vale, m'he de recordar d'això per no tornar a menjar. I altres sí que ho fan com una demanda d'atenció, crec jo, perquè ho van mostrant a tothom. Veus qui t'està demanant: mira el que m'he fet, presta'm atenció. L'altra que s'ho ha fet però ho amaga i és com un patiment més intern, s'ho ha fet per sentiments de culpa o per aquesta sensació de relax que entre cometes no és l'adequada però que elles busquen... I nosaltres els anem donant recursos per a que no arribin a l'autolesió però els costa molt.

P: És molt genèric que s'acabin autolesionant?

R: És bastant habitual. No és genèric. Hi ha nenes que mai ho han fet però sí que ho veiem sovint. I també hi ha un efecte de mimetisme. Al tenir les nenes juntes, imiten. I això no ho podem... a no ser que tinguéssim un hospital per a cada nena. Però tampoc tindria validesa perquè el treball en grup també ens ajuda molt a que una es vegi a través de l'altra, però hi ha un efecte mimetisme total. Si en una època es fa una trampa, la comencen a fer totes. Si en una època una nena es fa mal, probablement començaran les altres també a fer-se mal. Si una comença a moure la cama, les altres ho imiten. També són molt fràgils de personalitat, són molt vulnerables i es deixen influir molt per qui pugui ser més líder. Però sí, hi ha un factor mimetisme molt curiós entre adolescents. L'edat també és un factor important, el que fa l'amiga o li diu l'amiga és molt més important que el que li diu el de blanc o els pares. I bàsicament això, no sé és tot un món.

P: Perquè tu quants anys portes treballant amb trastorns alimentaris?

R: Jo diria que uns 10 anys. He treballat en psiquiatria d'adults, amb psicogeriatria, però amb infantil uns deu anys.

P: Són molts anys.

R: És molt desgastant. És una malaltia molt desgastant, i també potser amb l'edat. S'ajunta l'adolescència amb la malaltia i són guerrerres, molt guerrerres. Tenim els recursos que tenim i la malaltia és molt dura.

P: I què et mou a seguir treballant?

R: Doncs no ho sé. Hi ha dies que penso, tan de bo m'hagués fet secretaria, estaria davant d'un ordinador i no m'hauria de discutir amb ningú ni fer de policia ni d'estar aquí... a part no pots baixar el llistó, has d'estar sempre... ells el que esperen... et provocaran, et desafiaran, però has d'estar sempre bé. Si et veuen malament t'han guanyat. Ostres, també per un, que som humans, estar cada dia mantenint la normalitat, les normes per a tothom és molt dur, jo acabo d'aquí feta pols les 7 hores que estic és molt desgastant. No et pots relaxar, a la que et relaxes ja t'han colat una. Però també té coses reconfortants. Són adolescents. Recordo un dia que em van enviar a neurologia perquè havia de cobrir una companya i em vaig trobar amb gent que estava en coma, gent adulta en coma, gent que l'havien hagut d'operar d'un tumor, i ostres, em va semblar, vaig dir, prefereixo treballar amb aquestes nenes perquè com a mínim és vida, és guerra, és lluitar per la vida i no com en altres coses que potser no pots fer tant. Amb un coma o un càncer o malalties d'aquestes... Em vaig adonar que treballar en un servei o en un altre... Aquestes són guerreres, desgasten però cuidar persones amb altres malalties terminals també és dur.

P: Per què aquí?

R: Perquè aquí? Doncs no ho sé. D'aquí a cinc anys no sé on estaré. Si amb 65 o 70 m'he de jubilar aquí, tampoc ho veig perquè crec que són bons els canvis. Lo maco que veig és que ja me les miro i ja sé. Suposo que és l'experiència. Però també per altra banda, per les meves inquietuds m'estic tancant molt en aquest camp i també m'agrada aprendre altres coses. Jo ara com ara em sembla que només sé de temes de trastorns alimentaris i tot i així encara em falta molt per aprendre, però m'agradaria fer altres coses, aprendre altres coses i treballar potser amb altres col·lectius. I jo sempre els dic a elles que han estat les meves mestres. Mira que a la universitat segurament hem fet l'anorèxia i la bulímia, però no tenia ni idea.

P: És un tema que no es toca gaire.

R: Jo no ho recordo. Si es va tocar no ho recordo especialment. No ets capaç d'entendre-ho fins que no estàs aquí dins amb elles.